



6005-72. ESTUDIO SOBRE LA MORTALIDAD POR COVID-19 EN PACIENTES CON HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA PREVIA

Zaira Gómez Álvarez, Julia Playán Escribano, Teresa Romero Delgado, Carlos Nicolás Pérez García, Daniel Enríquez Vázquez, Juan Carlos Gómez Polo, Carmen Olmos, Marcos Ferrández Escarbajal, Adrián Jerónimo Baza, Eduardo Martínez Gómez, Noemi Ramos López, Eva Orviz, Rosario Iguarán, Manuel Méndez Bailón e Isidre Vilacosta

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Desde su descripción en diciembre de 2019, el SARS-COV2 se ha diseminado globalmente ocasionando una pandemia. La letalidad del COVID-19 es elevada (0,8-1%), alcanzando hasta un 4,6% en pacientes por encima de los 70 años y con comorbilidades asociadas. La presencia de hipertensión (HTA), diabetes (DM) y enfermedad cardiovascular se asocia con mayor gravedad y letalidad de la infección. Paralelamente, el SARS-COV2 se relaciona con múltiples complicaciones cardiovasculares. El objetivo del estudio fue identificar diferencias entre los pacientes con y sin antecedentes de cardiopatía isquémica (CI) que fallecieron a consecuencia de infección por COVID-19.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva y consecutiva todos los decesos a consecuencia de enfermedad por COVID-19 en un hospital terciario, en un periodo comprendido entre el 9/3/2020 y el 16/4/2020. Se recogieron variables clínicas, radiológicas, analíticas y electrocardiográficas y se clasificó a la muestra en dos grupos en función del antecedente de CI.

Resultados: Se analizaron un total de 322 muertes, de ellos, 40 (12%) tenían CI previa. La edad media fue de 81 ± 10 ($p = 0,435$); con una mayor proporción de mujeres en el grupo sin historia de CI (47 vs 23%; $p = 0,003$). Los pacientes con CI tenían mayor prevalencia de HTA y dislipemia; mayor prevalencia de fibrilación auricular y disfunción ventricular (55 vs 23%; $p = 0,001$), así como mayores valores de troponina I (tabla). No se encontraron diferencias en la presencia de otras comorbilidades (tabla); ni en el tratamiento con IECA/ARA II previo. Tampoco hubo diferencias en el CURB-65 al ingreso ni en el empleo de fármacos antirretrovirales e hidroxycloquina para el tratamiento del COVID-19 (tabla). No se registraron diferencias en la estancia media (6 ± 5 días; $p = 0,612$); ni en el tiempo hasta la muerte, observando como más de la mitad de los pacientes en ambos grupos fallecieron antes del décimo día desde el inicio de la clínica (fig.).



Análisis de Kaplan-Meier de supervivencia en pacientes ingresados por enfermedad por COVID-19 en función del antecedente de cardiopatía isquémica.

Características basales

	Sin cardiopatía isquémica previa (N = 238)	Cardiopatía isquémica previa (N = 40)	Total (N = 322)	p
Sexo femenino	134 (47)	9 (23)	143 (44)	0,003
Edad	81 ± 10	83 ± 7	81 ± 10	0,4351
HTA	215 (76)	38 (95)	254 (78)	0,006
Dislipemia	153 (54)	33 (83)	187 (58)	0,001
Diabetes mellitus	97 (34)	14 (35)	111 (34)	0,928
Insuficiencia renal	109 (39)	21 (53)	130 (40)	0,091
Patología pulmonar	86 (30)	12 (30)	98 (30)	0,96
Disfunción ventricular	66 (23)	22 (55)	88 (27)	0,001
Fibrilación auricular	47 (17)	15 (38)	40 (12)	0,002
Ictus previo	28 (10)	9 (23)	37 (11)	0,019
IECA previo	87 (31)	18 (45)	105 (33)	0,072
ARA II previo	59 (21)	11 (28)	70 (22)	0,339
CURB65 ≥ 2	237 (87)	36 (95)	274 (88)	0,162
Niveles de troponina I en ng/mL	0,6 [0,02-0,23]	0,7 [0,03-0,25]	0,06 [0,02- 0,24]	0,004
Antivirales	114 (40)	14 (35)	128 (40)	0,523

Hidroxicloroquina	190 (67)	24 (60)	215 (67)	0,355
Anticoagulación a dosis plenas	57 (20)	14 (35)	71 (22)	0,021
Días de ingreso	6 ± 5	6 ± 5	6 ± 5	0,6122

HTA: hipertensión arterial; IECA: inhibidores de la enzima convertidor de angiotensina; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina-II; mediana [rango intercuartílico].

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes fallecidos por enfermedad por COVID-19, la historia previa de cardiopatía isquémica previa no parece haber condicionado el tratamiento dirigido frente al SARS-COV2 ni parece relacionarse con un menor tiempo hasta la muerte a pesar de una mayor incidencia de infarto miocárdico. Esto probablemente obedezca a que la causa fundamental de muerte es la insuficiencia respiratoria que ocasiona esta enfermedad.