



# Revista Española de Cardiología



## 6033-346. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA Y COVID-19

Pablo Catalá Ruiz<sup>1</sup>, Ignacio J. Amat Santos<sup>1</sup>, Marta Marcos<sup>1</sup>, Gonzalo Cabezón Villalba<sup>1</sup>, Diego López Otero<sup>2</sup>, Álvaro Aparisi Sanz<sup>1</sup>, Gino Rojas<sup>1</sup>, Carlos Veras<sup>1</sup>, Jordi Candela<sup>1</sup>, Jose Fernando Gil<sup>1</sup>, Sandra Santos-Martínez<sup>1</sup>, Itziar Gómez<sup>1</sup>, Javier López-Pais<sup>2</sup>, José Ramón González Juanatey<sup>2</sup> y José Alberto San Román<sup>1</sup>

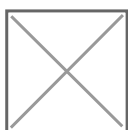
<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, CIBER de Enfermedades Cardiovasculares, CIBERCV, Valladolid. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña).

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La infección por el coronavirus SARS-coV 2 (COVID -19) se ha expandido por todo el mundo en los últimos meses. La enfermedad cardiovascular, y en concreto la cardiopatía isquémica se ha asociado a peor pronóstico pero existen múltiples confusores. Nuestro objetivo fue analizar el impacto independiente de la cardiopatía isquémica (CI) en COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo con pacientes diagnóstico de COVID-19 en 3 hospitales españoles. Se usó un modelo de regresión logística para identificar los factores predictores de diferentes eventos.

**Resultados:** Se analizaron datos de 859 pacientes de tres hospitales españoles (edad media  $65 \pm 14,7$  años). El tratamiento de la infección COVID-19 se realizó según el protocolo local. La insuficiencia cardiaca se observó en un 7,4% de los pacientes ingresados. La mortalidad total fue del 20%). Analizamos de manera específica los pacientes con cardiopatía isquémica (8,32%). Eran más añosos ( $p < 0,001$ ), sin deferencia por sexo, con más comorbilidades, incluyendo hipertensión ( $p < 0,001$ ), diabetes mellitus ( $p < 0,001$ ) y dislipemia ( $p < 0,001$ ). Recibían con más frecuencia tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina ( $p < 0,001$ ), betabloqueantes ( $p < 0,001$ ), estatinas ( $p < 0,001$ ), y aspirina ( $p < 0,001$ ). Analíticamente presentaban valores menores de dímero D ( $p > 0,001$ ), menor filtrado renal ( $p < 0,001$ ) y mayores niveles de PCR ( $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en el tratamiento aplicado para la infección por COVID-19. Presentaron una mayor mortalidad y un mayor incidencia no significativa de insuficiencia cardiaca y otros eventos adversos ( $p = 0,059$ ). Se realizó un análisis multivariado para evaluar los factores relacionados con aumento de mortalidad (fig.). La cardiopatía isquémica aunque en el análisis univariado se relacionó con mayor mortalidad, no fue así en el análisis multivariado. Tampoco se vio diferencia significativa en muerte + insuficiencia cardiaca + infarto agudo de miocardio.



*Predictores independientes de mortalidad.*

**Conclusiones:** La cardiopatía isquémica no se relacionó de manera independiente con una mayor mortalidad ni mayor eventos combinado (muerte + insuficiencia cardiaca + infarto). Nuestro trabajo, por lo tanto, sugiere que el peor pronóstico observado en pacientes con cardiopatía isquémica que ingresan por COVID-19

se debe a la presencia de un mayor número de comorbilidades.