



Revista Española de Cardiología



5007-5. ¿ES LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 UNA NUEVA CAUSA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO?

Cristina de Cortina Camarero¹, Victoria Espejo Bares², Eloy Gómez Mariscal¹, Alberto Núñez García², Verónica Artiaga de la Barrera², Roberto Muñoz Aguilera¹ y Javier Botas Rodríguez²

¹Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ²Fundación Hospital Alcorcón (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: La infección por el nuevo Coronavirus SARS-CoV-2 ha originado una pandemia a nivel mundial en los últimos meses. Estudios previos han demostrado que infecciones víricas como la gripe, causada por el virus Influenza, produce un aumento en la incidencia de síndromes coronarios agudos (SCA). El objetivo de este estudio es describir la incidencia de SCA, las características clínicas y el manejo terapéutico de los SCA diagnosticados en una amplia cohorte de pacientes con COVID-19.

Métodos: Se estudiaron 3.108 pacientes con diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 confirmada mediante PCR o probable según criterios clínicos, analíticos y radiológicos, ingresados en 2 hospitales de la zona Sur de la Comunidad Madrid entre el 1 de marzo y el 15 de mayo. Los pacientes con SCA fueron recogidos prospectivamente por los Servicios de Cardiología. Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas y analíticas y de la mortalidad hospitalaria.

Resultados: Diez pacientes fueron diagnosticados de un SCA de manera intercurrente durante el tiempo de hospitalización, lo que supone una incidencia del 0,3%. La mayoría eran varones (80%), con edad media de 66 (RIC 57-77) años y con un alto riesgo cardiovascular (fig.), aunque sin antecedentes de cardiopatía isquémica previa ni estado de hipercoagulabilidad. El intervalo de tiempo entre el inicio de síntomas de la infección y el SCA fue de $9,7 \pm 6,3$ días. Seis pacientes cumplían criterios de severidad para infección por SARS-CoV-2. Ocho pacientes estaban tratados con hidroxiclороquina y 2 con lopinavir/ritonavir. La estancia media hospitalaria fue de 17,7 (RIC 7,7-31) días. Se realizó un manejo invasivo del SCA en el 60% de los casos. Se registraron 2 muertes en el ingreso (20%), una debida a una complicación mecánica del SCA y otra a insuficiencia respiratoria. Las características relativas al SCA y datos analíticos se recogen en la tabla.

Tabla de características de pacientes con SCA

Características	TOTAL (n = 10)
SCACEST/SCASEST	8/2

	Inferior 6
Localización	Anterior 2
	Posterolateral 1
Síntomas	Dolor torácico 7
	Ninguno 3
Manejo	Invasivo 6
	Conservador 4
	Sin lesiones:1
Número de vasos enfermos	Enfermedad de 1 vaso:1
	Enfermedad de 2 vasos: 3
	Enfermedad de TCI:1
Revascularización	4
Complicaciones	3 (1 rotura cardiaca, 1 shock cardiogénico, 1 edema agudo de pulmón)
FEVI (%)	50,5 ± 9,1
D-dímero (RIC, ng/L)	16.810 (816-38.297)
Ferritina (RIC,ng/ml)	1.745 (672-2.289)
PCR (RIC, mg/L)	63 (12-128)
Pico CPK (RIC, U/L)	675 (261-960)

SCACEST: síndrome coronario con elevación ST; SCASEST: síndrome coronario agudo sin elevación del ST; FEVI: fracción de eyección de ventrículo izquierdo; RIC: rango intercuartílico.



Perfil del riesgo cardiovascular de los pacientes con SCA.

Conclusiones: En nuestra amplia serie de pacientes con infección por Sars-CoV-2, el diagnóstico intercurrente de SCA fue una complicación poco frecuente pero asociada a una elevada mortalidad. Además, suele incidir en pacientes con un curso grave de la infección, en los que, debido a su compromiso respiratorio, el manejo invasivo está con frecuencia limitado.