

6036-2. INFLUENCIA DEL TIPO DE FIBRILACIÓN AURICULAR EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19

Elena Sola-García¹, Ricardo Rubini-Costa¹, Francisco José Bermúdez-Jiménez¹, Ricardo Rivera-López¹, Hadi Nagib-Raya², Miguel Ángel López-Zúñiga³, Adela Briones-Través⁴, Miguel Sequí-Sabater⁵, Javier Maíllo-Seco⁶, María Rivadeneira-Ruiz⁷, Lucas López-Valero⁸, José Antonio Aparicio-Gómez⁹, Miguel Álvarez-López¹, Rosa Macías-Ruiz¹ y Juan Jiménez-Jáime¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Hospital Clínico San Cecilio, Granada. ³Complejo Hospitalario de Jaén. ⁴Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ⁵Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁶Complejo Asistencial Universitario de León. ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁸Hospital General de Castellón. ⁹Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Introducción y objetivos: La fibrilación auricular (FA) se ha descrito como un predictor independiente de mortalidad en pacientes ingresados con formas graves de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), sin embargo, hay pocos datos sobre su pronóstico en función del tipo de FA. Nuestro objetivo fue analizar las diferencias pronósticas según el tipo de FA en una cohorte multicéntrica de pacientes ingresados por COVID-19.

Métodos: Se seleccionaron retrospectivamente todos los pacientes con FA ingresados por COVID-19 entre marzo y mayo de 2020 en 9 hospitales españoles. Se compararon las características basales, la evolución durante el ingreso, la mortalidad a 6 meses y la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) (tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda) de los pacientes con FA *de novo* versus FA conocida, y entre los diferentes tipos de FA conocida (permanente, persistente y paroxística).

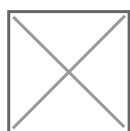
Resultados: Se incluyeron 305 pacientes con FA ingresados por COVID-19: 36 (11,8%) con FA *de novo* y 269 (88,2%) con FA conocida (69,1% permanente, 5,9% persistente y 24,9% paroxística). No se observaron diferencias significativas entre las características basales del grupo de FA *de novo* y el de FA conocida, excepto un mayor porcentaje de cardiopatía estructural en pacientes con FA conocida (11,1 vs 53,2%; $p = 0,001$). En el análisis por subgrupos de FA conocida, los pacientes con FA permanente mostraron mayor edad media y mayor proporción de cardiopatía estructural respecto a los pacientes con FA persistente y paroxística (tabla). La mortalidad global a 6 meses de toda la población del estudio fue del 44,6%. El grupo de pacientes diagnosticado de FA *de novo* al ingreso mostró una elevada mortalidad a 6 meses respecto al grupo de FA conocida (61,1 vs 42,4%; $p = 0,03$), independientemente del tipo de FA conocida (fig.), así como mayor necesidad de ingreso en UCI (30,6 vs 7,8%; $p = 0,001$). La incidencia de ETV en pacientes con FA *de novo* fue similar a aquellos con FA conocida (2,8 vs 1,9%; $p = 0,71$).

Características basales y clínicas durante el ingreso de pacientes con FA *de novo* y FA conocida (permanente, persistente y paroxística)

Variables	Total (n = 305)	FA <i>de novo</i> (n = 36)	FA conocida (n = 269)	P	FA permanente (n = 186)	FA persistente (n = 16)	FA paroxísmica (n = 67)
Características basales, n (%)							
Edad (años; media ± DE)	79 ± 10,3	77,9 ± 12,8	79,1 ± 9,8	0,50	80,6 ± 9,1	78,2 ± 7,2	75,6 ± 11,5
Sexo femenino	142 (46,6%)	12 (33,3%)	130 (48,3%)	0,09	88 (47,3%)	6 (37,5%)	36 (53,7%)
Hipertensión arterial	244 (80%)	25 (69,4%)	219 (81,4%)	0,09	155 (83,3%)	13 (81,3%)	51 (76,1%)
Diabetes mellitus	117 (38,4%)	9 (25%)	108 (40,1%)	0,08	76 (40,9%)	6 (37,5%)	26 (38,8%)
Dislipemia	123 (40,3%)	14 (38,9%)	109 (40,5%)	0,85	76 (40,9%)	7 (43,8%)	26 (38,8%)
Obesidad	68 (22,3%)	4 (11,1%)	64 (23,8%)	0,09	43 (23,1%)	4 (25%)	17 (25,4%)
Enfermedad renal crónica	73 (23,9%)	6 (16,7%)	67 (24,9%)	0,28	52 (28%)	2 (12,5%)	13 (19,4%)
Cardiopatía estructural	147 (48,1%)	4 (11,1%)	143 (53,2%)	0,001	112 (71,8%)	5 (35,7%)	26 (44,8%)
Vasculopatía	54 (17,7%)	4 (11,1%)	50 (18,6%)	0,27	36 (19,4%)	0 (0%)	14 (20,9%)
Ictus previo	73 (23,9%)	5 (13,9%)	68 (25,3%)	0,13	44 (23,7%)	6 (37,5%)	18 (26,9%)
Anticoagulación previa	234 (76,7%)	0 (0%)	234 (87%)	0,001	173 (93%)	16 (100%)	45 (67,2%)
Durante el ingreso, n (%)							
INR al ingreso (media ± DE)	2,4 ± 3,7	1,2 ± 0,2	2,6 ± 3,9	0,04	2,8 ± 4,6	3 ± 2,9	1,9 ± 1,6

Dímero D máximo (ug/l; media ± DE)	4.281 ± 10.002	6.951 ± 8.968	3.917 ± 10.095	0,09	3.379 ± 10.121	3.346 ± 7.101	5.583 ± 12.919
Hidroxicloroquina	246 (80,7%)	26 (72,2%)	220 (81,8%)	0,17	149 (80,1%)	15 (93,8%)	56 (83,6%)
Azitromicina	217 (71,1%)	26 (72,2%)	191 (71%)	0,88	130 (69,9%)	12 (75%)	49 (71,1%)
Lopinavir/Ritonavir	130 (42,6%)	16 (44,4%)	114 (52,4%)	0,81	73 (39,2%)	9 (56,3%)	32 (47,8%)
Ingreso en UCI	32 (10,5%)	11 (30,6%)	21 (7,8%)	0,001	10 (5,4%)	3 (18,8%)	8 (11,9%)

FA: fibrilación auricular; DE: desviación estándar; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.



1. *Mortalidad a 6 meses en pacientes con FA de novo y FA previa conocida. B. Mortalidad a 6 meses en pacientes con FA permanente, persistente y paroxística.*

Conclusiones: Los pacientes ingresados por COVID-19 y FA *de novo* presentan mayor mortalidad a 6 meses y mayor necesidad de ingreso en UCI respecto a los pacientes con FA conocida. La incidencia de ETV fue similar entre los diferentes tipos de FA.