



Comunicaciones

2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

Sociedad Española de Cardiología (SEC)

118. SÍNDROME POST-COVID-19: SECUELAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES EN UNA COHORTE HOSPITALARIA

Cristina Ybarra Falcón¹, Álvaro Aparisi Sanz¹, Mario García Gómez¹, Carolina Iglesias Echeverría¹, Raquel Ladrón Abia¹, Javier Tobar Ruiz¹, Marta Marcos Mangas¹, Sofía Jaurrieta Largo², Aitor Uribarri González¹ e Ignacio Amat Santos¹

¹Departamento de Cardiología; ²Departamento de Neumología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Palabras clave: Disnea. Síndrome post-COVID-19. Ergoespirometría.

Introducción: La mayoría de los estudios sobre coronavirus 2019 (COVID-19) se centran en la fase aguda de la enfermedad. Una minoría intenta recopilar los síntomas tras la recuperación de los supervivientes a corto-medio plazo, siendo los más descritos, disnea y fatiga. Sin embargo, poco es conocido sobre la capacidad funcional y la sintomatología de dichos pacientes a largo plazo. Este estudio pretende identificar las secuelas clínicas y su potencial mecanismo durante el seguimiento.

Material y métodos: Estudio unicéntrico prospectivo de pacientes hospitalizados por COVID-19, distinguiéndose si padecían o no disnea tras la recuperación. Ambos grupos fueron sometidos a una batería de pruebas: biomarcadores séricos analíticos, cuestionarios de calidad de vida, ecocardiograma transtorácico, pruebas de función pulmonar, test de la marcha de seis minutos y ergoespirometría.

Resultados: Del total de 522 pacientes ingresados por COVID-19 durante el periodo escogido, 53 cumplían los criterios de inclusión. En los pacientes con disnea ($n = 31$, 60%), en comparación con asintomáticos ($n = 22$, 40%), hubo una mayor proporción de mujeres (71% vs 29%; $p = 0,029$), con edad comparable y similar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Aquellos con disnea presentaron puntuaciones más bajas en los cuestionarios de calidad de vida (KCCQ-23 $63,4 \pm 19,7$ vs $80,6 \pm 11,9$; $p < 0,001$). Durante la ergoespirometría, aquellos con disnea persistente demostraron menor consumo pico predicho de oxígeno (77 [61-89,5]% vs 95 [85-100]%; $p = 0,002$), y menor distancia en el test de la marcha de 6 minutos (550 [465-600] vs 582 [537,5-640] metros; $p = 0,03$). Por otro lado, las alteraciones objetivadas en la ergoespirometría sugirieron una alteración en la relación de ventilación/perfusión con deterioro en la eficiencia ventila-

toria (VE/VCO₂ slope 33,1 [30,9-38,3] vs 28,8 [26,9-31,6]; $p = 0,004$) y pulso de oxígeno bajo (6,9 [8,4-11] vs 11,2 [8,4-13,4]; $p = 0,015$). No se observó diferencias significativas en las pruebas de laboratorio, ecocardiograma transtorácico, ni pruebas de función pulmonar.

Conclusiones: Se ha observado que más > 50% presentaron disnea durante el seguimiento a medio plazo. Estos síntomas subjetivos se traducen en una disminución de la calidad de vida, así como menor capacidad física. Nuestros hallazgos sugieren una posible alteración de la ventilación/perfusión.

222. ADAPTARSE A LAS NECESIDADES: CÓDIGO INFARTO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Nerea Torres González, Marcos Farráis Villalba, Javier Lorenzo González, María Facenda Lorenzo, María Ramos López, Virginia Barreto Cáceres, Alejandro Iriarte Plasencia, Virginia Ramos Reyes, Sara Hernández Castellano y Julio Salvador Hernández Afonso

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Palabras clave: SCACEST. Unidad de Cuidados Intermedios. COVID-19.

Como parte del plan de contingencia por la COVID-19 de nuestro centro se decidió ingresar a los pacientes de Código Infarto (SCACEST tratado precozmente) en la unidad de cuidados intermedios cardiológicos (UCIC), una estrategia que ya ha planteado la Sección de Cardiopatía isquémica y Unidades Coronarias de la Sociedad Española de Cardiología. Desde marzo a septiembre de 2020 ingresaron en la UCIC 112 pacientes (77,7% varones, edad $58,6 \pm 12,4$ años). La presentación del infarto fue Killip I en el 87,5%, Killip II en el 8,9%, y 4 pacientes se presentaron como Killip III y IV. En el 97,3% se realizó angioplastia primaria, y en 3 pacientes (2,7%) fibrinolisis (por encontrarse en regiones con un tiempo de traslado hasta nuestro centro superior a 90 minutos), siendo eficaz en 2 de ellos, y un tercero requirió angioplastia de rescate. La coronaria derecha y la descendente anterior fueron las arterias más frecuentemente implicadas (37,5% en ambas), seguidas de la circunflexa en el 22,3%; en el 2,7% se trataba de un vaso secundario. Durante el ingreso 2 pacientes requirieron ventilación mecánica no invasiva, 4 precisaron aminas vasoactivas y fue necesario el implante de marcapasos transitorio en 8 pacientes por bloqueo de alto grado. Ningún paciente requirió traslado a cirugía cardíaca, y dos fueron trasladados a cuidados intensivos por trombosis aguda del stent. La estancia media hospitalaria fue

3,73 ± 1,9 días, teniendo en cuenta que la revascularización de las lesiones severas distintas a la que motivó el SCACEST se realizó en un segundo tiempo durante el ingreso. La FEVI media al alta fue 50,5 ± 10,4%. Durante el seguimiento intrahospitalario se registró un único fallecimiento, un varón de 87 años que se recuperó sin complicaciones de un SCACEST inferior, con una FEVI del 45%, que fue trasladado a la planta de hospitalización de cardiología por una flebitis importante, donde sufrió una muerte súbita. 4 pacientes (3,6%) requirieron reingreso antes del mes desde el alta, dos por ICC, uno por un nuevo SCACEST, y la cuarta paciente ingresó por shock cardiógeno refractario, siendo la única paciente fallecida en el periodo del primer mes tras el SCACEST. En nuestra experiencia, el ingreso en una unidad de cuidados intermedios cardiológicos de pacientes con SCACEST no complicado tratado de forma precoz presenta una tasa muy baja de complicaciones. Con ello se facilita la liberación de camas en unidades de críticos, tan necesarias en la crisis sanitaria actual.

1233. MAYOR MORTALIDAD Y SANGRADOS EN PACIENTES CON FA Y COVID-19: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ricardo Rubini Costa¹, Juan Jiménez Jáimez¹, Miguel Ángel López Zúñiga^{1,2}, Hadi Nagib Raya³, Adela Briones Través⁴, Jose Miguel Sequí Sabater⁵, Javier Maíllo Seco⁶, María Rivadeneira Ruiz⁷, María José Esteve Gimeno⁸ y Jose Antonio Aparicio Gómez⁹

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

Palabras clave: Fibrilación auricular. Mortalidad. Hemorragias.

Introducción: La presencia de fibrilación auricular (FA) se ha observado como una condición frecuente y de peor pronóstico en los

pacientes ingresados por COVID-19. Sin embargo, no hay datos sobre la anticoagulación empleada en estos pacientes y su posible relación con eventos, especialmente sangrados.

Objetivos: Analizar la mortalidad e incidencia de hemorragias mayores en pacientes con FA ingresados por COVID-19.

Material y métodos: Retrospectivamente, se identificaron todos los pacientes con diagnóstico previo o de novo de FA, ingresados por COVID-19 entre marzo y mayo de 2020, en 9 hospitales españoles. Se creó un grupo control de pacientes ingresados consecutivamente por COVID-19 en el mismo periodo. Entre ambos grupos, se compararon las características basales, mortalidad y sangrados, controlando posibles confusores mediante Propensity Score Matching (PSM). Adicionalmente, se realizó un análisis de regresión logística para predecir mortalidad y riesgo de sangrado.

Resultados: Fueron identificados un total de 305 pacientes con FA ingresados por COVID-19 y comparados con un grupo control de 305 pacientes con COVID-19 sin FA. Durante el ingreso, los pacientes con FA fueron anticoagulados con heparina de bajo peso molecular (83%), anticoagulantes de acción directa (7,5%) y antivitamina K (2,6%). Tras el análisis mediante PSM, se obtuvo un grupo de 151 pacientes con FA. Se observó una elevada incidencia de sangrado mayor en los pacientes con FA respecto al grupo control, antes y después del ajuste mediante PSM (9,8% vs 2,3%, p < 0,001; 10,6% vs 2%, p = 0,003, respectivamente). El análisis multivariante mostró el dímero-D elevado como factor predictivo independiente de riesgo de sangrado (OR 1,03, IC95% 1,003-1,060, p = 0,03). La mortalidad fue mayor en el grupo de pacientes con FA respecto al grupo control antes y después del ajuste mediante PSM (38% vs 16,1%, p < 0,001; 34,4% vs 23,2%, p = 0,03). El análisis multivariante mostró la presencia de FA como factor predictivo independiente de mayor mortalidad (OR: 1,64, IC95% 1,06-2,57, p = 0,02).

Conclusiones: Los pacientes con FA ingresados por COVID-19 representan una población de alto riesgo de sangrado y el anticoagulante más empleado es la heparina. La presencia de FA se relaciona con mayor mortalidad de manera independiente. Parece recomendable individualizar la anticoagulación empleada en los pacientes con FA, considerando el riesgo trombótico y de sangrado, especialmente el dímero-D.