Valor del índice proteína C-reactiva/albúmina como biomarcador pronóstico en pacientes con enfermedad cardiovascular y COVID-19

Ramón Arroyo-Espliguero(1), María C. Viana-Llamas(1), Giovanna Uribe-Heredia(1), Alberto Silva-Obregón(1), Eva Díaz-Caraballo(1), Belén García-Magallón(1), Claudio Torán-Martínez(1), Alicia Castillo-Sandoval(1), Alfonso Pérez-Sánchez(1), Borja Casas-Sánchez(1) y Itsaso Rodríguez-Guinea(1) de (1)Hospital General Universitario de Guadalajara

Introducción

El índice proteína C-reactiva/albúmina (iPA) ha sido recientemente descrito como un biomarcador pronóstico en patología oncológica, infecciosa y en cuidados críticos, así como en enfermedad cardiovascular (ECV) aguda. El objetivo fue analizar el impacto pronóstico independiente del iPA en la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con ECV y COVID-19, tras ajuste por la comorbilidad. Así como por variables clínicas y bioquímicas de gravedad en el momento del ingreso hospitalario.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de 182 pacientes consecutivos (79,3±11,3 años; 59,8% varones) hospitalizados por COVID-19, confirmada por PCR de muestras nasofaríngeas. La ECV engloba la cardiopatía isquémica (25%), valvular (≥grado 3) (17,9%), dilatada (FEVI<40%) (3,3%), arrítmica (37,5%) y otras (16,3%). El punto de corte del iPA se estableció por el índice J de Youden. La comorbilidad, la gravedad clínica y la relacionada con la neumonía extrahospitalaria se analizaron con los índices dicotomizados de Charlson-Edad (ChE≥4), q-SOFA (≥2) y CURB-65 (≥2), respectivamente. Se realizó un análisis de supervivencia (SPV) por el método de Kaplan-Meier (test de log-rank) y regresión de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados

Los pacientes con iPA≥4,34 al ingreso hospitalario estaban más graves clínicamente (por índice q-SOFA) y requirieron más ingreso en UCI y tratamiento con corticoides (Tabla). No había diferencias en la edad, índice de masa corporal (IMC), comorbilidad y tratamientos al ingreso entre ambos grupos. Presentaron mayor mortalidad (53,4% vs. 26,6%; P=0,001), sin diferencias significativas en la causa específica de la muerte. La SPV acumulada fue menor en pacientes con iPA elevado (P< 0,001). El iPA se asoció significativamente a una mayor mortalidad intrahospitalaria (HR 1,72; IC95% 1,02-2,89; P=0,041) (Figura), independientemente de ChE (P=0,503), q-SOFA (P=0,028), CURB-65 (P=0,064) y linfocitos (P=0,004).

Conclusiones

El iPA se asoció a mayor mortalidad intrahospitalaria por COVID-19 en pacientes con ECV, independientemente de la comorbilidad y la gravedad clínica al ingreso hospitalario. La determinación del iPA al ingreso podría ayudar a estratificar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria en paciente con ECV y COVID-19.