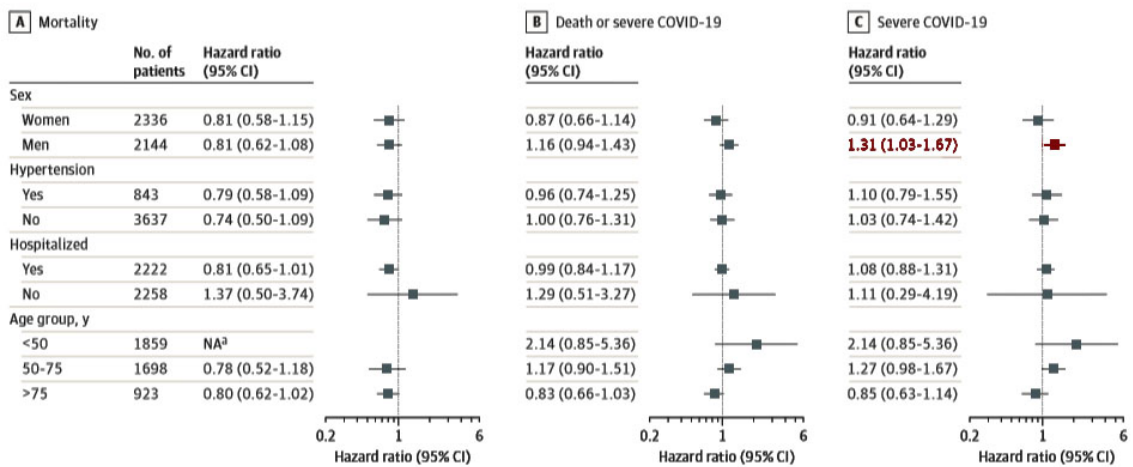


IECAS Y ARA II EN LA PANDEMLA DE LA COVID-19

NUEVAS APORTACIONES

Figure. Fully Adjusted Hazard Ratios for Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor (ACEI)/Angiotensin Receptor Blocker (ARB) Use and Death, Composite of Death or Severe Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), and Severe COVID-19 by Subgroups



Association of Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Angiotensin Receptor Blocker Use With COVID-19 Diagnosis and Mortality

Emil L. Fosbøl, Jawad H. Butt, LaugeØstergaard, Charlotte Andersson, Christian Selmer, Kristian Kragholm, Morten Schou, Matthew Phelps, Gunnar H. Gislason, Thomas A. Gerds, Christian Torp-Pedersen, Lars Køber.

JAMA. 2020. doi: <https://10.1001/jama.2020.11301>

Antecedentes: se ha hipotetizado que la toma de IECAs o ARA II, por la regulación al alza del receptor ECA2 que provoca, incrementa tanto la susceptibilidad a la infección por el SARS-CoV-2 como la evolución más severa de la COVID-19.

Objetivos: examinar si el uso de IECAs o ARA II se asociaba con un mayor diagnóstico de la COVID-19 y si favorecía la evolución más severa de la misma. El estudio retrospectivo analizó 3 resultados: 1) La muerte por cualquier causa como objetivo primario, 2) como objetivo secundario se analizó un combinado de muerte o evolución severa de la COVID-19 y, por otro lado, la evolución severa de la COVID-19.

Material y método: estudio retrospectivo utilizando el registro nacional de datos sanitarios de Dinamarca. Todos los residentes en Dinamarca se incluyeron en el estudio, aunque el análisis se realizó entre aquellos que habían sido ingresados y diagnosticados de la COVID-19 a partir del 1 de Febrero de 2020. En el análisis sólo se incluyeron los sujetos que tomaban IECAs o ARA II como tratamiento de la hipertensión, y se excluyeron cuando la indicación era por diferente causa (insuficiencia cardiaca o enfermedad renal crónica), para evitar el diagnóstico como factor de confusión.

Resultados: en la cohorte retrospectiva (pacientes con diagnóstico de la COVID-19) se incluyeron 4480 pacientes de los cuales el 20% (895) estaban tomando IECA/ARA II mientras que el 80% (3585) no los estaban tomando. Los pacientes tratados con IECA/ARA II eran de mayor edad, predominaban los hombres y tenían mayor número de comorbilidades, especialmente las relacionadas con enfermedades cardiovasculares. El 49,6% de ellos (2222) precisaron de ingreso hospitalario con estancia (mediana) de 34 días. Los resultados sobre la asociación de la toma previa de IECAs/ARA II, una vez ajustados por edad, sexo y condicionantes médicos, fueron los siguientes (Hazard Ratio (95% IC):

Tomando IECA/ARA II vs no tomando

- Mortalidad: **HR= 0,83 [0,67-1,03]**
- Muerte o evolución grave de la COVID-19: **HR= 1.04 [0,89-1,23]**.
- Evolución grave de la COVID-19: **HR= 1.15 [0,95-1,41]**.

Análisis de susceptibilidad a adquirir la COVID-19: caso-control anidado.

Sujetos hipertensos diagnosticados de COVID-19 según estuvieran tomando o no IECA/ARA II.

– Incidencia de la COVID-19: **HR=1,05 [0,80-1,36]**.

Los resultados eran similares cuando se analizaron los IECA y los ARA II por separado

Análisis de sensibilidad: pacientes que sólo tomaban Calcioantagonistas versus los que sólo tomaban IECA/ARA II

Mortalidad: **HR= 0,94 [0,65-1,37]**

Muerte o evolución grave de la COVID-19: **HR= 0,94 [0,70-1,25]**

Evolución grave de la COVID-19: **HR= 0,88 [0,61-1,27]**

A destacar:

- el tratamiento previo con IECAs o ARA II no presentó una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de COVID-19, ni con la mortalidad o la progresión a los estadios de mayor gravedad de la COVID-19.
- estos datos no apoyan la recomendación de suspender estos fármacos tras el diagnóstico de la COVID-19 en los pacientes en los que estuvieran indicados.
- por otro lado, la suspensión del tratamiento con IECAs/ARA II había mostrado previamente un aumento del riesgo cardiovascular (Lauren G. Gilstrap, et al. 2017. DOI: <https://10.1161/JAHA.116.004675>.)