



6065-495 - IMPACTO DE LA MEDICACIÓN NEUROHORMONAL CLÁSICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

José María García de Veas Márquez, Luis Alberto Martínez Marín, Laura Rodríguez Sotelo, Carlos Merino Argos, Irene Marco Clement, Lorena Martín Polo, Emilio Arbas Redondo, Isabel Dolores Poveda Pinedo, Daniel Tébar Márquez, Borja Rivero Santana, Ángel Manuel Iniesta Manjavacas, Marcel Martínez Cossiani, Juan Caro Codon, Juan Ramón Rey Blas y José Luis Merino Lloréns

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Se ha expuesto la hipótesis de que el SARS-CoV-2 se une a la enzima ACE2 para infectar a las células. Dicha enzima se encuentra aumentada en sujetos tratados con IECA o con ARA-II, pudiendo facilitar la entrada del virus en células humanas, con mayor riesgo de infección sintomática o grave. El objetivo del presente estudio es analizar si los fármacos clásicos con actividad neurohormonal empleados en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (IC) crónica aumentan la mortalidad en pacientes con PCR positiva para SARS-Cov-2 y diagnóstico previo de IC y/o FEVI < 40% (IC crónica).

Métodos: Pacientes consecutivos con PCR de SARS-Cov-2 positiva realizada entre el 1 de marzo y el 20 de abril del 2020 en un hospital de tercer nivel que tuvieran diagnóstico previo de IC y/o FEVI < 40% con análisis de su tratamiento farmacológico de base.

Resultados: De un total de 1476 pacientes con PCR positiva para SARS-Cov-2, se incorporaron finalmente en el análisis un total de 98 pacientes con diagnóstico previo de IC y/o FEVI < 40%. Al comparar a los pacientes COVID-19 positivos con y sin antecedentes de IC crónica, se aprecia que los primeros eran con mayor frecuencia de edad más avanzada (edad $81,9 \pm 11,9$ vs $64,6 \pm 20,9$; $p < 0,001$), tenían un perfil de riesgo cardiovascular claramente más elevado y más antecedentes de FA/Flutter (57,1 vs 8,2%; $p < 0,001$). Fallecieron 65 pacientes con IC crónica y 479 sin la misma (65,3 vs 35,0%; $p < 0,001$). Los pacientes con IC crónica reciben, con diferencia significativa, más tratamiento farmacológico específico para su condición clínica (tabla). Un análisis multivariable ajustado por sexo y edad mostró que los pacientes con diagnóstico de IC crónica y tratamiento con betabloqueantes [HR 1,07 (IC95% 0,62-1,87)], IECA/ARAII [HR 0,83 (IC95% 0,50-1,38)] y antagonistas de la aldosterona [HR 1,10 (IC95% 0,64-1,90)] no presentaban una mayor mortalidad tras la infección por SARS-CoV-2. Por otro lado, la retirada de dichos fármacos en esta población de pacientes tampoco llevó asociada una mayor incidencia de insuficiencia cardíaca o mortalidad.

Tratamiento farmacológico según condición preexistente

Variable	Todos los pacientes (N = 1.476)	Sin antecedente de IC crónica (n = 1.378)	Antecedente de IC crónica (n = 98)	p
IECA o ARA II	534 (36,2%)	479 (34,8%)	55 (56,1%)	< 0,001
Antialdosterónicos	52 (3,5%)	22 (1,6%)	30 (30,6%)	< 0,001
Sacubitrilo/valsartán	9 (0,6%)	2 (0,2%)	7 (7,1%)	< 0,001
Beta-bloqueantes	236 (16,0%)	172 (12,5%)	64 (65,3%)	< 0,001
Diuréticos	349 (23,6%)	283 (20,5%)	66 (67,4%)	< 0,001
Inhibidores de la SGLT2	20 (1,4%)	16 (1,2%)	4 (4,1%)	0,016

Conclusiones: La hipótesis de empeoramiento clínico al mantener IECA o ARA-II defendida por ciertos autores al inicio de la pandemia por COVID-19 no se confirma en nuestro estudio, si bien su retirada tampoco se asocia a mayor morbimortalidad intrahospitalaria.