



## 6004-15. ANÁLISIS DEL USO DE IECA O ARA-II EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA E INFECCIÓN RESPIRATORIA POR SARS-COV-2

Cristina Mateo Gómez, Jesús Piqueras Flores, Jorge Martínez del Río, Martín Negrera Caamaño, Daniel Águila Gordo, Maeve Soto Pérez, Andrez Felipe Cubides Novoa, Daniel Salas Bravo, Alfonso Morón Alguacil, Manuel Muñoz García, Raquel Frías García y Pedro Pérez Díaz

Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Ciudad Real.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La pandemia de SARS-CoV-2 supone un riesgo añadido en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tanto por sus comorbilidades y edad avanzada, como por la realización del tratamiento de hemodiálisis en salas colectivas. Ha existido controversia sobre si el empleo de inhibidores del eje renina-angiotensina aumentaba el riesgo de infección o empeoraba el pronóstico en pacientes con COVID-19. El objetivo del presente estudio fue analizar si el uso de IECA o ARA II se asoció a mayor riesgo de mortalidad en pacientes con ERC hospitalizados por infección respiratoria por COVID-19.

**Métodos:** Se desarrolló un estudio observacional prospectivo en el Hospital General Universitario de Ciudad Real, incluyendo pacientes consecutivos ingresados por infección respiratoria por COVID-19 con PCR en exudado nasofaríngeo positiva para SARS-CoV-2 en los meses de marzo y abril de 2020, con la aprobación del comité ético del centro. Del total, 108 pacientes presentaban enfermedad renal crónica, definida como un filtrado glomerular menor de 60 ml/min durante, al menos, 3 meses antes del ingreso.

**Resultados:** Se analizó la evolución intrahospitalaria de estos pacientes, con una mediana de seguimiento de 7 días (rango intercuartílico 5-12 días). La edad media fue de  $80,0 \pm 10,9$  años, siendo el 52,8% varones. El 63% de los pacientes tenían prescrito un IECA o ARA-II antes del ingreso hospitalario; en comparación con el resto, no se observaron diferencias significativas respecto a las características basales salvo en la prevalencia de hipertensión arterial, mayor en el grupo de pacientes con IECA o ARA-II. El 50% ( $n = 54$ ) de los pacientes con ERC y COVID-19 fallecieron durante el ingreso. No se observaron diferencias significativas entre los pacientes con prescripción previa de IECA o ARA-II y el resto en términos de mortalidad (48,5 vs 52,5%,  $p = 0,69$ ). El tratamiento previo con IECA o ARA-II no mostró impacto en el riesgo de mortalidad intrahospitalaria ni en el análisis univariado ni tras realizar el ajuste por aquellas variables independientes que mostraron significación estadística en el análisis sin ajustar (tabla).

Riesgo de mortalidad intrahospitalaria.

Variables	OR*	IC95%*	p*	OR**	IC95%**	p**
-----------	-----	--------	----	------	---------	-----

Edad	1,03	0,99-1,07	0,08	1,005	0,89-1,13	0,94
HTA	2,53	0,62-0,36	0,2	5,24	0,12/129,64	5,24
DM	1,18	0,53-2,63	0,68	0,36	0,06-2,29	0,28
Obesidad	1,26	0,49-3,22	0,63	2,11	0,28-16,22	0,47
EPOC	5,2	1,07-5,33	0,04*	5,62	0,39-82,18	0,59
SAHS	0,59	0,18-1,92	0,38	0,23	0,01-5,37	0,36
Cardiopatía isquémica	1	0,35-2,89	1	0,49	0,05-4,82	0,54
Insuficiencia cardiaca	0,68	0,26-1,79	0,44	0,63	0,07-5,54	0,68
Fibrilación auricular	1,23	0,51-2,97	0,65	2,87	0,38-22,02	0,31
PaO2/FiO2 al ingreso	0,99	0,97-0,99	0,01*	0,99	0,99-1,01	0,59
Escala CURB65	2,01	1,27-3,18	0,01*	3,71	1,11-12,35	0,03
IECA o ARA-II previo	0,85	0,39-1,86	0,69	0,41	0,05-3,02	0,38
Hidroxiclороquina	0,61	0,23-1,63	0,32	0,43	0,05-3,94	0,46
Lopinavir/Ritonavir	2,11	0,84-5,30	0,11	2,78	0,41-18,97	0,29
Azitromicina	0,74	0,34-1,59	0,43	0,14	0,02-0,89	0,04
Corticoides	1,17	0,54-2,54	0,69	1,46	0,28-7,66	0,65
Anticoagulación	0,39	0,14-1,13	0,08	0,17	0,01-2,39	0,19

\*Análisis univariado. \*\*Análisis multivariado ajustado a variables estadísticamente significativas en el análisis univariado (EPOC, CURB65, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> al ingreso). OR: *odds ratio*. IC95%: intervalo de confianza 95%. p: valor significación estadística.

**Conclusiones:** Los resultados del presente estudio concuerdan con los resultados más recientes sobre el efecto de IECA o ARA-II y el pronóstico de estos pacientes con infección. Se demuestra un efecto neutro de este tratamiento sobre la mortalidad en estos pacientes.