Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 534

Revista Española de Cardiología

6. EFECTO DE DAPAGLIFLOZINA EN LA COVID-19 Y EL RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN

José Seijas Amigo[1], Ángel Salgado Barreira[2], Moisés Rodríguez Mañero[1], María Piñeiro Lamas[3], Sonia Eiras Penas[4], Alberto Cordero Fort[5], José Ramón González Juanatey[1] y Adolfo Figueiras[3]

[1]Cardiología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España,[2] Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España,[3]Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España,[4]Translational Cardiology Group. Instituto de Investigación Sanitaria Santiago de Compostela IDIS, Santiago de Compostela (A Coruña), España y[5]Cardiología. Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante (Alicante), España.

Resumen

Introducción y objetivos: La dapagliflozina podría mitigar la producción de citoquinas y la respuesta inflamatoria, lo que podría ser de valor en pacientes afectados de COVID-19. Nuestro objetivo es evaluar el efecto de la dapagliflozina sobre la COVID-19: 1) riesgo de hospitalización, 2) riesgo de admisión en unidad de cuidados intensivos (UCI), 3) muerte intrahospitalaria, 4) riesgo de progresión a COVID-19 grave y 5) susceptibilidad a la COVID-19.

Métodos: Es un estudio de casos y controles para evaluar: 1) riesgo de hospitalización, los casos fueron pacientes con PCR+ que fueron hospitalizados, y el grupo de control fueron pacientes sin una PCR+; 2) riesgo de admisión en UCI, los casos se definieron como individuos PCR+ hospitalizados que requirieron admisiones en UCI, emparejados con pacientes sin una PCR+; 3) muerte intrahospitalaria, los casos se definieron como individuos hospitalizados que murieron por esta enfermedad; 4) riesgo de progresión, los casos fueron sujetos con COVID-19 hospitalizados, y los controles pacientes con COVID-19 no hospitalizados; 5) susceptibilidad a COVID-19, los casos fueron pacientes con una PCR+ (hospitalizados y no hospitalizados), y los mismos controles. Se calcularon aOR y los IC95% utilizando un modelo lineal mixto generalizado.

Resultados: De 86.602 sujetos, 3.060 fueron casos; 26.757 casos no hospitalizados y 56.785 controles (sin PCR positiva). De los pacientes hospitalizados por COVID-19, 228 fueron admitidos en la UCI y 413 murieron. 1) dapagliflozina tuvo un efecto neutral en el riesgo de hospitalización debido a COVID-19 (aOR 0,98; IC 0,65-1,48; p = 0,915); 2) admisiones en UCI (aOR 1,21; IC 0,34-4,25; p = 0,767); 3) muerte intrahospitalaria (aOR 1,33; IC 0,53-3,30; p = 0,543); 4) en cuanto a riesgo de progresión a COVID-19 grave, dapagliflozina redujo el riesgo en un 35% aunque esto no fue estadísticamente significativo (aOR 0,65; IC 0,40-1,06; p = 0,086); 5) dapagliflozina aumentó el riesgo de susceptibilidad a la infección en un 30% (aOR 1,31; IC 1,05-1,62; p = 0,015).

Características	Hospitalización	Admisión en ICU	Muerte intrahospitalaria	Susceptibilidad a SARS-CoV-2	Progresión COVID-19

Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos
(N = 3.060)	(N = 56.785)	(N = 228)	(N = 4.398)	(N = 413)	(N = 7.408)	(N = 29.817)	(N = 56.785)	(N = 3.060)	(N = 26.757)	
Sexo; n (%)										
Hombre	1.552 (50,7)	28.729 (50,6)	160 (70,2)	3.078 (70,0)	242 (58,6)	4.394 (59,3)	12.674 (42,5)	28.729 (50,6)	1.552 (50,7)	11.122 (41,6)
Mujer	1.508 (49,3)	28.056 (49,4)	68 (29,8)	1.320 (30,0)	171 (41,4)	3.014 (40,7)	17.143 (57,5)	28.056 (49,4)	1.508 (49,3)	15.635 (58,4)
Edad, mediana (IQR)	74 (59-84)	73 (59-84)	69 (60-76)	69 (60-76)	85 (77-89)	84 (75-88)	49 (34-67)	73 (59-84)	74 (59-84)	47 (33-63)
Comorbilidades y medicaciones; n (%)										
Hipertensión	1.754 (57,4)	28.020 (49,3)	126 (55,8)	2060 (46,8)	304 (73,6)	4.870 (65,7)	7.847 (26,3)	28.020 (49,3)	1.754 (57,3)	6.093 (22,8)
Diabetes	841 (27,5)	10.920 (19,2)	75 (33,2)	900 (20,5)	160 (38,7)	1.826 (24,6)	3.301 (11,1)	10.920 (19,2)	841 (27,5)	2.460 (9,2)
EPOC	398 (13,0)	4.569 (8,0)	34 (15,0)	392 (8,9)	89 (21,5)	904 (12,2)	1.128 (3,8)	4.569 (8,0)	398 (13,0)	730 (2,7)
Obesidad	889 (29,1)	10.817 (19,0)	82 (36,3)	809 (18,4)	115 (27,8)	1.592 (21,5)	4.790 (16,1)	10.817 (19,0)	889 (29,1)	3.901 (14,6)
Cardiopatía isquémica	359 (11,7)	4.768 (8,4)	32 (14,2)	408 (9,3)	91 (22,0)	942 (12,7)	1191 (4,0)	4.768 (8,4)	359 (11,7)	832 (3,1)
Accidente cerebrovascular	306 (10,0)	3.874 (6,8)	17 (7,5)	243 (5,5)	75 (18,2)	763 (10,3)	1.144 (3,8)	3.874 (6,8)	306 (10,0)	838 (3,1)
Insuficiencia cardíaca	469 (15,3)	4.030 (7,1)	24 (10,6)	205 (4,7)	110 (26,6)	831 (11,2)	11.08 (3,7)	4.030 (7,1)	469 (15,3)	639 (2,4)

Fibrilación auricular	466 (15,2)	5.769 (10,2)	33 (14,6)	329 (7,5)	90 (21,8)	1.186 (16,0)	1.501 (5,0)	5.769 (10,2)	466 (15,2)	1.035 (3,9)
Cáncer	529 (17,3)	7.770 (13,7)	34 (15,0)	620 (14,1)	104 (25,2)	1.378 (18,6)	2.230 (7,5)	7.770 (13,7)	529 (17,3)	1.701 (6,4)
Asma	285 (9,3)	3.388 (6,0)	16 (7,0)	227 (5,2)	26 (6,3)	387 (5,2)	2.437 (8,2)	3.388 (6,0)	285 (9,3)	2.152 (8,0)
Anticoagulantes	497 (16,2)	6.643 (11,7)	40 (17,5)	420 (9,5)	97 (23,5)	1.298 (17,5)	1.671 (5,6)	6.643 (11,7)	497 (16,2)	1.174 (4,4)
Antiagregantes plaquetarios	608 (19,9)	9.582 (16,9)	58 (25,4)	772 (17,6)	139 (33,7)	1.753 (23,7)	2.206 (7,4)	9.582 (16,9)	608 (19,9)	1.598 (6,0)

OR ajustada.

Conclusiones: El uso dapagliflozina previo a la COVID-19 tuvo un efecto neutral en el riesgo de hospitalización, admisiones en UCI y mortalidad. El uso de dapagliflozina se asoció con un mayor riesgo de susceptibilidad a COVID-19.