



COMISIÓN DIRECTIVA

19 de marzo de 2020

Presidente

Dra. Irene Ennis

Past President

Dra. Judith Zilberman

Vicepresidente 1º

Dr. Marcos Marin

Vicepresidente 2º

Dr. Walter Espeche

Secretario

Dr. Martín Salazar

Pro-Secretario

Dr. Nicolás Renna

Tesorero

Dr. Alejandro Aiello

Pro-Tesorero

Dr. Ramiro Sánchez

VOCALES

Dr. Gustavo Blanco

Mar del Plata

Dr. Carlos Castellaro

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dr. Marcelo Choi

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dra. Mildren Del Sueldo

Córdoba

Dr. Diego Fernández

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dra. María Victoria Ferretti

Rosario

Dr. Daniel Llanos

Neuquén

Dr. Diego Márquez

Salta

Dra. Rocío Martínez

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dr. Pablo Rodríguez

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Dr. Diego Stisman

Tucumán

Dra. María Celeste Villa-Abrille

La Plata

ASESORES DE GESTIÓN

Dr. Felipe Insera

Dr. Felipe Martínez

Dr. Alberto Ré

REVISORES DE CUENTAS

Dr. Fernando Filippini

Dr. Daniel Olano

Dra. Analía Tomat

SECRETARÍA PERMANENTE

Tte. Gral. Juan D. Perón 1479 2º "4"

C1037ACA - Buenos Aires, Argentina

Tel/Fax: (54-11) 4371-3019 / 4600-4651

E-mail: saha@saha.org.ar

<http://www.saha.org.ar>

COVID-19

La comunicación inicial sobre 191 casos de enfermedad respiratoria provocada por el un nuevo coronavirus COVID-19 (SARS-Cov-2), mostró que, en el análisis univariado, la edad avanzada (69 vs 56 años, $p < 0,001$, la hipertensión arterial (48% vs 23%, $p = 0,008$) la enfermedad coronaria (24% vs 1%, $p < 0,001$) y la diabetes (31% vs 14%, $p = 0,0051$) estaban significativamente asociadas con un mayor riesgo de enfermedad muerte. Una comunicación posterior sobre las características clínicas de 1099 pacientes confirmó la asociación de estas variables con la severidad, estimada por un punto final primario ($n = 67$, 6,1%) compuesto por ingreso a terapia intensiva, asistencia respiratoria mecánica o muerte; debe destacarse que la edad de quienes tuvieron el punto final fue de 63 años vs 46 años del resto. En un metaanálisis reciente que incluyó 8 estudios y 46.248 pacientes el riesgo relativo (no ajustado por edad) de enfermedad severa fue mayor en pacientes con hipertensión y enfermedad cardiovascular (OR 2.36, 95% CI: 1.46-3.83 y OR 3.42, 95% CI: 1.88-6.22, respectivamente)

Se había demostrado previamente de que varios coronavirus necesitan para ingresar a las células respiratorias de una peptidasa de la membrana, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2). Así, algunas autoridades especularon sobre la posibilidad de que el aumento en los niveles ACE-2 relacionados con determinadas condiciones patológicas o sus tratamientos podría explicar la mayor severidad del SARS-Cov-2 en pacientes con enfermedades cardiovasculares.

En modelos experimentales, los inhibidores de la enzima convertidora (IECA) y los bloqueantes del receptor de angiotensina 2 (ARA) aumentan la actividad/expresión de la ACE-2. Dado que estas drogas se utilizan frecuentemente en hipertensión arterial, enfermedad coronaria y diabetes, los factores de riesgo de SARS-Cov-2 severo, recientemente se ha planteado la necesidad de evaluar la seguridad de los IECA y los ARA en pacientes cursando la enfermedad.

Aunque la hipótesis es interesante, debe tenerse en claro que **por el momento no hay evidencia suficiente para sostenerla**. De hecho, la relación entre hipertensión, enfermedad coronaria podría deberse solamente a la mayor edad de los pacientes; ninguno de los estudios que muestran la asociación ha sido adecuadamente ajustado por edad. Más aún, la mayor mortalidad podría responder simplemente a la presencia de estas comorbilidades en pacientes con distrés respiratorio.

Como contrapartida, los beneficios de IECA y ARA en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares son indudables y han sido demostrados por numerosos ensayos clínicos controlados. Aunque en ciertas condiciones estas drogas pueden ser reemplazadas con seguridad por otros antihipertensivos (ej.: bloqueantes cálcicos o diuréticos en hipertensión no controlada), en otras no (ej.: insuficiencia cardíaca, post-IAM, diabetes con nefropatía). Además, la suspensión de tratamientos en pacientes de alto riesgo cardiovascular puede tener consecuencias irreparables.

Por lo expuesto, consideramos que, en base a la evidencia disponible y el estado actual de circulación COVID-19, a la fecha no hay elementos que sugieran la necesidad del reemplazo ni de la suspensión de IECA o ARA en pacientes expuestos o con enfermedad demostrada.

Sin embargo, esta conclusión debe considerarse en constante revisión. Estamos efectuando un análisis constante de la evidencia que surja. De hecho, la universidad de Minnesota está iniciando un ensayo clínico randomizado para evaluar la seguridad del losartán en pacientes internados con SARS-Cov-2 que probablemente aporte datos de importancia.

Por último, esta es una recomendación general y la conducta debe ser individualizada por el médico de cabecera en base a las características de cada paciente.