



18 de marzo de 2020

Posición conjunta de las dos Sociedades de Cardiología y de Hipertensión Arterial de la Argentina (SAC/FAC/SAHA) acerca de la utilización de IECA y ARA ante la epidemia de COVID-19

Las comunicaciones iniciales sobre los casos de enfermedad respiratoria COVID-19 provocada por el coronavirus recientemente identificado (SARS-Cov-2), muestran que la edad avanzada, la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y la diabetes son las comorbilidades más frecuentemente asociadas a una mayor severidad y posibilidad de muerte. Si bien la epidemia se caracteriza principalmente por síntomas de compromiso respiratorio, algunos pacientes han presentado además severo daño cardiovascular.

Se ha demostrado previamente que varios coronavirus necesitan para ingresar a las células respiratorias una peptidasa de la membrana, la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2). El tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora (IECA) y los bloqueantes del receptor de angiotensina 2 (ARA), frecuentemente utilizados en las patologías mencionadas aumentan la actividad/expresión de la ACE-2. Esto ha hecho que recientemente se cuestione la seguridad de los IECA y los ARA en pacientes cursando COVID-19 debido a la posibilidad de que el exceso de ACE-2 facilite el ingreso de SARS-Cov-2.

Aunque la hipótesis es interesante debe tenerse en claro que por el momento es una especulación y que no hay aún suficiente evidencia experimental ni clínica para sostener un efecto adverso o incluso favorable como también se ha sugerido. 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 medicamentos, dicho reemplazo puede no tener la misma eficacia siendo de dudosa factibilidad en millones de pacientes que los usan.

Por lo expuesto, las sociedades científicas mencionadas (SAC/FAC/SAHA) consideran que, en base a la evidencia disponible hasta hoy y teniendo en cuenta la baja circulación local de COVID-19, no hay elementos suficientes para sugerir el reemplazo de IECA o ARA.

Esta conclusión se halla en revisión permanente; mientras urge una mayor y más detallada investigación que ahora está en curso.

Esta es una recomendación general y la conducta en cada paciente debe necesariamente ser individualizada y analizada, en base al nivel de riesgo de contacto con coronavirus y la conveniencia de continuar con el tratamiento clínico estándar con IECA/ARA o un eventual reemplazo.