



## Comunicaciones

### 2º Congreso de COVID-19

12-16 de abril de 2021

**Sociedad Española  
de Hipertensión (SEH-LEHLA)**

#### 102. HIPERTENSIÓN ARTERIAL E INFECCIÓN POR EL CORONAVIRUS SARS-CoV-2

**María Ángeles Quijada Manuitt**<sup>1,2</sup>, Paola H Ponte Márquez<sup>3,4,5</sup>,  
Kristopher Amaro Hosey<sup>1,5</sup>, Marta Castillo Ocaña<sup>6</sup>,  
Rosa Antonijoan Arbós<sup>1,5,6</sup> y Juan Antonio Arroyo diaz<sup>4,7</sup>

<sup>1</sup>Servei de Farmacología Clínica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>2</sup>Universitat de Barcelona, Barcelona, España. <sup>3</sup>Servei d'Urgències Generals, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>4</sup>Institut de Recerca de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau-IIB Sant Pau. Unitat d'HTA i Risc Vascular(URVa), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. <sup>5</sup>Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. <sup>6</sup>Centre d'Investigació del Medicament, Biomedical Institut Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España. <sup>7</sup>Servei de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial. Infección por SARS-CoV-2. Inhibidores del eje renina-angiotensina.

**Objetivos:** Determinar la relación entre la infección por el SARS-CoV-2, hipertensión arterial (HTA) y el tratamiento con inhibidores del eje renina-angiotensina (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina [IECAs], antagonistas de los receptores de la angiotensina II [ARA-II]).

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron un total de 1267 pacientes (p) que ingresaron con diagnóstico positivo por SARS-CoV2 mediante la prueba de PCR ingresados

en un hospital español de 3<sup>er</sup> nivel, entre marzo y abril del 2020. El análisis se realizó mediante la prueba  $\chi^2$  y t-Student. El nivel de significación estadística establecido fue  $p \leq 0,05$ . Se empleó el programa STATA v16. El protocolo fue aprobado por el comité ético y cumplieron las normas de buena práctica clínica.

**Resultados:** De los 1.267 p, el 54,9% eran hombres con una media de edad de 64,7 (16,3) años. El 48% eran hipertensos con mayor prevalencia en hombres que en mujeres (57,9% vs 42,0%, respectivamente,  $p = 0,04$ ). La comorbilidad media calculada según el índice de Charlson ajustada por edad fue 3,35 (2,66) puntos con una media similar para ambos sexos. El 63,7% de los hombres requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) vs el 16,5% de las mujeres ( $p = 0,02$ ) con similar porcentaje de mortalidad. El 42% (256 p) de los hipertensos estaba bajo tratamiento con IECAs y el 27,2% (164 pts) con ARA-II. El 63,7% de los hombres hipertensos recibían IECAs vs 36,3% de las mujeres ( $p = 0,02$ ). Un porcentaje superior de hombres recibía tratamiento con enalapril (29,8% vs 19,7%;  $p = 0,04$ ) y menor porcentaje con losartán (13,47% vs 18,58%;  $p = 0,01$ ). No se observaron diferencias con relación al tratamiento farmacológico y el ingreso en la UCI. Se observó mayor mortalidad en los hipertensos (27,1% vs 8,1%;  $p < 0,001$ ) y mayor porcentaje de secuelas tras la infección por el SARS-CoV2 (49,6% vs 35,8%;  $p = 0,002$ ). No se objetivó relación entre el tratamiento con IECAs o ARA-II y la presencia de secuelas. Se observó mayor mortalidad en los pacientes en tratamiento con IECAs (29,7% vs 14%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La HTA fue el FRCV más prevalente en nuestra cohorte. Se identificó mayor porcentaje de prescripción con IECAs como tratamiento antihipertensivo (42%). Se objetivó una mayor mortalidad y porcentaje de secuelas por la infección por SARS-CoV-2 en los pacientes hipertensos en comparación a los no hipertensos. Se observó mayor mortalidad en los pacientes bajo tratamiento con IECAs (30% vs 14%).