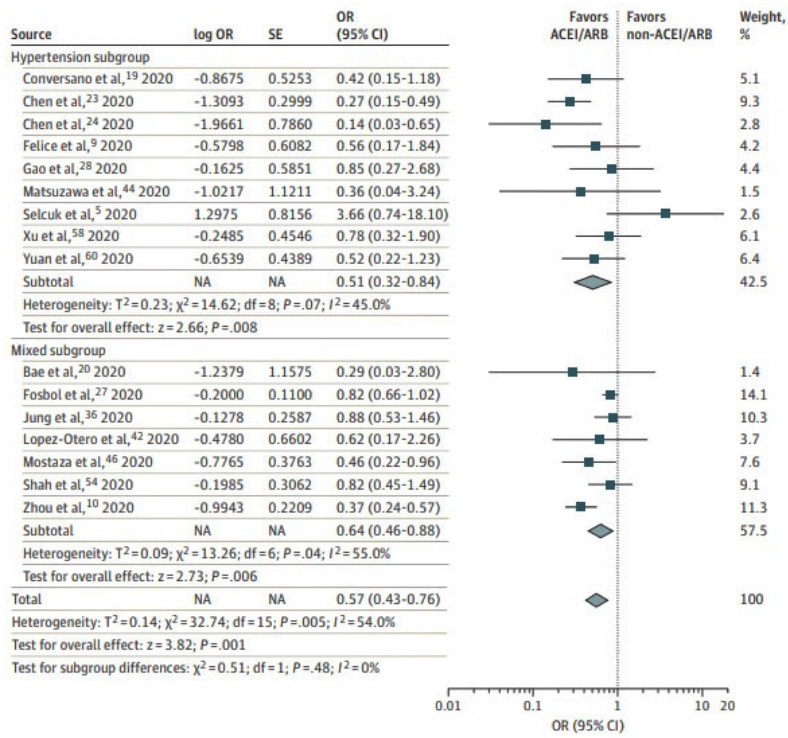


IECAs/ARA II en pacientes COVID-19: nuevos datos mayor evidencia

Figure 2. Subgroup Analysis of Adjusted Mortality Among Patients Who Did and Did Not Receive ACEIs or ARBs



Association Between Renin-Angiotensin-Aldosterone System Inhibitors and Clinical Outcomes in Patients With COVID-19 A Systematic Review and Meta-analysis

Baral R, Tsampasian V, Debski M, Moran B, Garg P, Clark A, Vassiliou VS.

JAMA Network Open. 2021; 4:e213594.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.3594>.

Introducción: conocido el empleo que del receptor ECA2 hace el SARS-CoV-2 en su introducción en el organismo, surgió el debate sobre el uso de IECAs y ARA II y sus posibles efectos deletéreos tanto por favorecer la entrada del virus como por la peor evolución de la COVID-19 en los pacientes que los estuvieran tomando. Aunque algunos estudios apoyaban esos efectos deletéreos, otros muchos y sus meta-análisis rechazaban esa posibilidad. Nuevas publicaciones siguen surgiendo en relación a este debate.

Objetivo: actualizar los datos sobre la mortalidad y presencia de eventos adversos graves (ingreso en UCI o la necesidad de ventilación invasiva o no invasiva) en pacientes que estaban tratados con IECAs o ARA II frente a los que no lo hacían.

Material y método: revisión sistemática de la literatura y meta-análisis. El análisis se centró en 52 estudios (de 71 evaluados) que incluían a 101.949 participantes. La mayoría de los estudios incluidos eran retrospectivos u observacionales. Se compararon los datos de los participantes que tomaban IECA/ARA II frente a los que no los tomaban, dando por separado los resultados no ajustados y los ajustados por diferentes factores, así como los del subgrupo de pacientes hipertensos y el de un subgrupo en el que se incluyeron a los participantes en los que existían varias comorbilidades asociadas (mixto).

Resultados:

· El 26% de los pacientes estaban en tratamiento con IECA/ARA II (26545/101949), incluidos el 41,2% de los pacientes hipertensos (4813/11696).

● Mortalidad:

- **Análisis no ajustado:** 41 estudios que incluían a 69.577 participantes.
 - OR 1.05 (IC 95% 0.86-1.29); $P = .61$; $I^2 = 85.0\%$
 - **Subgrupo de hipertensos:** OR, 0.66; 95% CI, 0.49-0.91); $P = .01$
 - **Grupo mixto:** OR 1.46 (IC 95% 1.15-1.85); $P = .002$
- **Análisis ajustado:** 17 estudios que incluían 17.392 participantes.
 - aOR 0.57 (IC 95% 0.43-0.76); $P < .001$; $I^2 = 54.0\%$
 - **Subgrupo de hipertensos:** aOR 0.51 (IC 95% 0.32-0.84); $P = .008$
 - **Grupo mixto:** aOR 0.64 (IC 95% 0.46-0.88); $P = .006$

● Eventos Adversos Graves

- **Análisis no ajustado:** 48 estudios que incluían 98.985 participantes.
 - OR 1.11 (IC 95% 0.95-1.31); $P = .20$; $I^2 = 86.0\%$
 - **Subgrupo de hipertensos:** OR 0.70 (IC 95% 0.54-0.91); $P = .007$
 - **Subgrupo mixto:** OR 1.50 (IC 95% 1.25-1.81); $P < .001$

- **Análisis ajustado:** 23 estudios que incluían 23.129 participantes.
 - aOR 0.68 (IC 95% 0.53-0.88); $P = .003$; $I^2 = 67.0\%$
 - **Subgrupo de hipertensos:** aOR 0.55 (IC 95% 0.36-0.85); $P = .007$
 - **Subgrupo mixto:** OR 0.79 (IC 95% 0.59-1.07); $P = .12$

A destacar:

En el contexto de la COVID-19.

- La toma de IECA/ARA II no está asociado con el incremento del riesgo de muerte o de eventos adversos graves (ingreso en UCI o necesidad de ventilación invasiva o no invasiva).
- La toma de IECA/ARA II pudiera tener un efecto beneficioso, especialmente en los pacientes hipertensos.
- En consonancia con las recomendaciones actuales, es preciso mantener el tratamiento IECA/ARA II en aquellos pacientes que, diagnosticados de COVID-19, ya los estuvieran tomando.
- Será preciso desarrollar estudios que profundicen en estos resultados así como en la posibilidad de iniciar tratamiento IECA/ARA II tras el diagnóstico de COVID-19.

Etiquetas: COVID-19 y comorbilidades; tratamiento.