

IECA en el tratamiento de la hipertensión arterial: ¿Es el momento de cambiar?

Dr. Andrés R. Pérez Riera

Messerli FH, Bangalore S, Bavishi C, Rimoldi SF. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors in Hypertension: To Use or Not to Use? J Am Coll Cardiol. 2018 Apr 3;71(13):1474-1482. doi: 10.1016/j.jacc.2018.01.058

Las pautas generalmente recomiendan el uso de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) como una clase de primera elección en el tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular (CV), al tiempo que consideran los bloqueantes de receptores de angiotensina (BRA) como la única alternativa para los pacientes intolerantes a los inhibidores de la ECA.

Esta revisión buscó comparar los beneficios en los resultados CV y los eventos adversos entre la ECA y los BRA en más de medio millón de pacientes de 119 ensayos aleatorios que usaron las dos clases terapéuticas, versus placebo o cabeza a cabeza.

En pacientes con hipertensión o enfermedad cardiovascular con una indicación convincente de uso, no se encontraron diferencias en la eficacia entre las BRA y las IECA en términos de control de la presión arterial e incluso resultados: mortalidad por todas las causas, mortalidad por CV, IAM, ICC y etapa final del IRC.

Sin embargo, el uso de inhibidores de la ECA se asoció con la incidencia de tos y el riesgo de angioedema y otros efectos adversos. La interrupción del tratamiento debido a eventos adversos fue menor con los BRA que con los inhibidores de la ECA.

El metaanálisis de los estudios comparativos también confirma que los BRA y las IECA son igualmente efectivos para los resultados: mortalidad por CV (HR 1.00; IC del 95%: 0.89 a 1.12), IAM (HR 1.07) IC del 95%: 0.94-1.22), accidente cerebrovascular (HR 0.92 IC del 95%: 0.80-1.06) y etapa final de la ERC (HR 0.88 IC del 95%: 0.63-1 , 22); y que los BRA son más seguros que los IECA, ya que la interrupción del tratamiento con BRA fue significativamente menor (HR 0,72; IC del 95%: 0,65 a 0,81).

CONCLUSIONES: El análisis de riesgo-beneficio indica que, en este momento, no hay razones para indicar las IECA, en detrimento de las BRA, para el tratamiento de la hipertensión u otras indicaciones de CV.

Diretrizes, em geral, recomendam o uso de IECA como classe de primeira-escolha no tratamento de pacientes INIBIDORES DA ECA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: É HORA DE TROCAR?

com doença CV, enquanto consideram os BRAs, mera alternativa para pacientes intolerantes aos IECA.

Essa revisão buscou comparar os benefícios em desfechos CV e os eventos adversos entre IECA e BRAs em mais de meio milhão de pacientes de 119 ensaios clínicos randomizados utilizando as 2 classes terapêuticas, contra placebo ou head-to-head.

Em pacientes com hipertensão arterial ou doença CV com indicação convincente para o uso, não foram encontradas diferenças na eficácia, entre BRAs e IECA no que toca ao controle pressórico e mesmo aos desfechos – mortalidade por todas as causas, mortalidade CV, IAM, ICC, AVC e estágio final de IRC.

Entretanto, o uso dos IECA se associou com a incidência de tosse e risco de angioedema e outros efeitos adversos. A interrupção do tratamento em função de even

A meta-análise dos estudos head-to-head também confirma que BRAs e IECA são igualmente eficazes para os desfechos: mortalidade CV (HR 1,00 IC 95%:0,89-1,12), IAM (HR 1,07 IC 95%:0,94-1,22), AVC (HR 0,92 IC 95%:0,80-1,06) e estágio final de IRC (HR 0,88 IC 95%:0,63-1,22); e que os BRAs são mais seguros que os IECA, uma vez que a interrupção do tratamento com BRAs foi significativamente menor (HR 0,72 IC 95%:0,65-0,81).

Os autores concluíram, que a análise risco-benefício indica que, nesse momento, há poucas razões para se indicar os IECA, em detrimento dos BRAs, para o tratamento da hipertensão arterial ou outras indicações CV.