



CIRCULAR AMTC 0408-03-14
11 de Marzo del 2014

CIRCULAR AMTC 0408-03-14
11 de Marzo del 2014

PARA: Médicos prescriptores, COMITES LOCALES DE FARMACOTERAPIA
HOSPITALES NACIONALES, REGIONALES Y PERIFERICOS,
CAIS Y AREAS DE SALUD

DE: AREA DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA CLÍNICA

ASUNTO: USO RACIONAL DE LOS ARA II – IECAs
Valor terapéutico del medicamento Irbesartan versus Enalapril.

En atención al acuerdo L de la sesión 2014-06 del Comité Central de Farmacoterapia se presenta circular con un resumen comparativo de la información científica sobre la eficacia y seguridad de los IECAS (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) versus ARA-II (antagonistas de los receptores de la angiotensina II), con referencia al costo de los tratamientos. EL AMTC procede a emitir la siguiente comunicación.

Valor terapéutico Irbesartan versus Enalapril
eficacia y seguridad comparativa.

Con base en la información científica de la más alta calidad sobre los IECAs, el enalapril (medicamento LOM) es el medicamento de primera línea para el tratamiento de pacientes con Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, Infarto

Agudo Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica y Diabetes, debido a que ha demostrado la evidencia más robusta en cuanto a eficacia y seguridad.

Los ARA-II, como el irbesartan (medicamento LOM), son considerados como una **alternativa** terapéutica para el tratamiento de pacientes que tengan alguna contraindicación al uso de los IECAs; es decir, una contraindicación al uso de enalapril LOM.

El uso simultáneo de IECAs y ARA-2 tiene una evidencia limitada y conlleva al **aumento de los efectos adversos**, tales como: hipercalemia (3.5 versus 0.7%); aumento de creatinina en más de 0.5 mg/dL (3.3 versus 1.5%) e hipotensión sintomática (2.4 % versus 1.5 %).⁴

Además, **no** se ha demostrado un efecto antihipertensivo significativo por el uso de la combinación, **ni** aparece recomendada en la guía Eighth Joint National Committee (JNC8) 2014; inclusive la guía 2013 European Society of Hypertension (ESH) / European Society of Cardiology (ESC) indica claramente que **no** apoya la combinación IECAs+ARA-2.

Cuadro 1. Variables a considerar para el uso de IECAs vs ARA II.

VARIABLES	Enalapril-IECAS	Irbesartan -ARA II
Mortalidad total	Reducción del 10% HR: 0.90, CI95%: 0.84–0.97, p<0.004 ¹ *20 ECAs, n=158,988	No demostró reducción HR: 0.99, CI95%:0.94–1.04, p=0.683 ¹ *20 ECAs, n=158,988

<p>Morbilidad: hipertensos, nefróticas, diabéticos y con insuficiencia cardiaca</p>	<p>Reducción nuevo Dx de Diabetes: RR 0.78, CI95% 0.70-0.88, p = 0.003⁵ *18 ECA n=50,397</p> <p>Reducción de :⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM: 6.6% • ICC: 6.0%, • Ins. Renal: 10.2%, • ACFA: 6.9% <p>*1 ECA n=8542</p> <p>En pacientes con HTA sin ICC, desarrollo de⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM OR: 0.811, IC 95%: 0.748-0.879, p<0.001 • AVC OR: 0.796, IC 95%: 0.682-0.928, p<0.004. • IC OR: 0.789, IC95%: 0.686-0.908, p=0.001. • DM OR: 0.851, IC 95%: 0.749-0.965, p<0.012). <p>*26 ECAs n=54,421</p>	<p>Reducción nuevo Dx de Diabetes: RR 0.8, CI95% 0.75-0.86, p<0.0001⁵ *18 ECA n=50,397</p> <p>Reducción de :⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM: 6.3% • ICC: 6.3% • Ins. Renal: 10.6% • ACFA: 6.7% <p>*1 ECA n=8542</p> <p>En pacientes con HTA sin ICC, desarrollo de⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAM: OR: 0.900, IC 95%: 0.830-0.977, p = 0.011. • AVC: OR: 0.900 IC 95%: 0.830 -0.977], p =0.011. • IC: OR: 0.892 IC 95%: 0.761-1.046], p= 0.188. • DM: OR:0.855, IC95%:0.798-0.915, p<0.001. <p>*26 ECAs n=54,421</p>
<p>Mejoría en función renal</p>	<p>Disminución creatinina RR 0.71, IC95%: 0.56-0.91, p=0.006. ⁹ *8 ECAs, n=6,754</p>	<p>Disminución creatinina RR 0.79, IC95% 0.68-0.91, p=0.001. ⁹ *8 ECAs, n=6,754</p>
<p>Tos</p>	<p>1.2-2% E.Observacionales² 2.9 % Postmarketing n=13,713 ³ 7.8 % ECAs²</p>	<p>Menos del 1%¹⁰</p>

Descontinuación del tratamiento por eventos adversos	5.4% ²	3.1% ²
------------------------------------------------------	-------------------	-------------------

En vista de lo anterior, el Comité Central de Farmacoterapia destaca que el enalapril es un medicamento con amplia experiencia de uso Institucional, el cual mantiene un rol preponderante en cuanto a eficacia y seguridad en el manejo de la hipertensión arterial en pacientes portadores de diabetes, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca y para el manejo del paciente con cardiopatía isquémica.

El enalapril ha demostrado ser superior al irbesartan en cuanto a la disminución de la mortalidad global y morbimortalidad cardiovascular; y desde el punto de vista farmacoeconómico, a nivel Institucional ha demostrado ser más costoefectivo que el irbersartan, **ya que el enalapril tiene un costo 9 veces menor.**

Finalmente, en concordancia con los principios del uso racional de medicamentos, el Comité Central de Farmacoterapia informa a los médicos prescriptores sobre esta comparación sinóptica de los IECAS y ARA II para contar con elementos objetivos que sirvan de insumo para la toma de decisiones ante la valoración del paciente y la elección del tratamiento idóneo.

Les saluda atentamente,

ÁREA DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA CLÍNICA

(Original firmado)

Dra. Desirée Sáenz Campos

Jefe

WebMaster, canal oficial de comunicación interna de la CCSS

No responda los mensajes que enviamos. Si lo requiere, escríbale a la persona o unidad que firman los contenidos.

Solicitudes para trámites, publicaciones y cualquier otro efecto, deben enviarse a **Ramsés Román Sánchez** | roman@ccss.sa.cr | Ext. 8002