

**Pregunta 4. En adultos de 18 años a más con diabetes mellitus 2 (DM2) e HTA esencial, y en adultos de 80 años a más con HTA esencial ¿qué terapia farmacológica se debería brindar?**

**Introducción**

Gran parte de los pacientes con DM2 presentan también HTA lo que incrementa significativamente el riesgo cardiovascular y por ende el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en el mediano y largo plazo. Adicionalmente, ambas enfermedades si no se controlan adecuadamente podrían generar un daño renal significativo. Por ello, se consideró necesario evaluar la evidencia científica respecto a las mejores opciones terapéuticas para estos pacientes en los cuales coexisten ambas enfermedades.

Adicionalmente, el GEG consideró evaluar cuál es la mejor opción terapéutica en pacientes mayores de 80 años donde los límites de control de PA suelen ser más complacientes (PA >130/80 mmHg), y en quienes se presentan características clínicas particulares como son la fragilidad, la polifarmacia, enfermedades crónicas asociadas, entre otras.

En ese sentido, se planteó la siguiente pregunta clínica en la cual se evalúan ambas poblaciones descritas previamente.

**Pregunta PICO abordada en esta pregunta clínica:**

La presente pregunta clínica abordó dos preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente / Problema	Intervención / Comparación	Desenlaces
4.1	Adultos de 18 años a más con HTA y DM2	IECA o ARA II o CA o BB o DT/ Placebo o IECA o ARA II o CA o BB o DT	<p><b>Críticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Eventos cardiovasculares mayores</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Eventos adversos serios</li> </ul> <p><b>Importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad cardiovascular</li> <li>• Insuficiencia cardíaca</li> <li>• Función renal</li> <li>• Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal</li> <li>• Cambio promedio de la PAS</li> <li>• Cambio promedio de la PAD</li> </ul>
4.2	Adultos de 80 años a más con HTA	IECA o ARA II o CA o BB o DT/ Placebo o	<p><b>Críticos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> </ul>

		IECA o ARA II o CA o BB o DT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad y morbilidad cardiovascular</li> <li>• Mortalidad y morbilidad cerebrovascular</li> <li>• Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria</li> <li>• Eventos adversos serios</li> </ul> <p><b>Importantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio promedio de la PAS</li> <li>• Cambio promedio de la PAD</li> </ul>
--	--	------------------------------	--

**DT:** Diuréticos tiazídicos; **IECA:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** Bloqueadores de los receptores de angiotensina II; **CA:** Calcioantagonistas; **BB:** Betabloqueadores; **PAS:** Presión arterial sistólica; **PAD:** Presión arterial diastólica.

### Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), que hayan evaluado alguno de los desenlaces críticos o importantes priorizados por el GEG, y hayan sido publicadas desde el 2017.

#### PICO 4.1. Población: Adultos de 18 años a más con HTA y DM2

Se encontraron cuatro RS publicadas como artículo científico: Yao 2021 (42), Cativo 2021 (43), Wang 2018 (44), Lv 2018 (45). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Yao 2021	10/14	Julio 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio promedio de la PAS (1 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la PAD (1 ECA)</li> </ul>
Cativo 2021	11/14	Setiembre 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función renal (16 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la excreción de albumina urinaria (23 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la PAS (21 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la PAD (21 ECA)</li> </ul>
Wang 2018	12/14	Diciembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa (4 ECA)</li> <li>• Accidente cerebrovascular (4 ECA)</li> <li>• Eventos cardiovasculares mayores (2 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (4 ECA)</li> <li>• Insuficiencia cardíaca (4 ECA)</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal (2 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la PAS (11 ECA)</li> <li>• Cambio promedio de la PAD (11 ECA)</li> </ul>
Lv 2018	8/14	Enero 2000 a Junio 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa (7 ECA)</li> <li>• Mortalidad cardiovascular (7 ECA)</li> <li>• Accidente cerebrovascular (7 ECA)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos cardiovasculares (8 ECA)</li> <li>• Infarto de miocardio (7 ECA)</li> <li>• Insuficiencia cardíaca (5 ECA)</li> </ul>
--	--	--	--

\*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

#### PICO 4.2. Población: Adultos de 80 años a más con HTA

Se encontró una RS potencial publicada como artículo científico: Musini 2019 (46). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR-2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por los estudios (número de estudios por cada desenlace)
Musini 2019	13/14	Noviembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad (8 ECA)</li> <li>• Mortalidad y morbilidad cardiovascular (7 ECA)</li> <li>• Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (7 ECA)</li> <li>• Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (6 ECA)</li> </ul>

\*El puntaje del AMSTAR-2 se detalla en el **Anexo N° 3**.

#### **Evidencia por cada desenlace:**

#### PICO 4.1. Población: Adultos de 18 años a más con HTA y DM2

##### PICO 4.1.1. Comparación: IECA o ARA II vs. DT

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad por cualquier causa
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 2 ECA (n=10073). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con HTA y DM2 con una edad promedio de 65.1 años (rango de 52 a 68 años de edad); procedente de Europa, Norte América, India, Américas y Australasia.
    - **El escenario clínico** fue ambulatorio (en el hogar o en la comunidad).
    - **La intervención** fue brindar inhibidores del SRA tales como IECA o ARA II o inhibidores de la renina.
    - **El comparador** fue brindar DT (clortalidona, indapamida, o hidroclorotiazida).
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad a causa de cualquier motivo durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

- Mortalidad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Accidente cerebrovascular
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 1 ECA (n=9504). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia del accidente cerebrovascular durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Eventos cardiovasculares mayores
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Infarto de miocardio
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 3 ECA (n=10143). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia del infarto de miocardio, cuyos parámetros clínico o laboratoriales no fueron especificados en la RS, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Eventos adversos serios
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Enfermedad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Insuficiencia cardíaca
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 1 ECA (n=9504). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.

- **El desenlace** se definió como la incidencia de insuficiencia cardiaca, cuyos parámetros clínico o laboratoriales no fueron especificados en la RS, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Función renal
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Enfermedad renal en etapa terminal
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 1 ECA (n=9504). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis de mantenimiento, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Cambio promedio de la PAS
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 3 ECA (n=3713). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial sistólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio (mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Cambio promedio de la PAD
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 3 ECA (n=3713). Estos tuvieron las siguientes características:

- **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
- **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial diastólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio (mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 2.3 años.
- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

#### PICO 4.1.2. Comparación: IECA o ARA II vs. CA

- Mortalidad por cualquier causa
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=9327). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con HTA y DM2 con una edad promedio de 65.1 años (rango de 52 a 68 años de edad); procedente de Europa, Norte América, India, Américas y Australasia.
    - **El escenario clínico** fue ambulatorio (en el hogar o en la comunidad).
    - **La intervención** fue brindar inhibidores del SRA tales como IECA o ARA II o inhibidores de la renina.
    - **El comparador** fue brindar CA (como nisoldipina, amlodipina, verapamilo, nifedipina, lercanidipina, nitrendipina, manidipina).
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad a causa de cualquier motivo durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Mortalidad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Accidente cerebrovascular
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=8903). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia del accidente cerebrovascular durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

- Eventos cardiovasculares mayores
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 2 ECA (n=1616). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia eventos cardiovasculares mayores, tales como infarto de miocardio fatal y no fatal, accidente cerebrovascular fatal y no fatal, insuficiencia cardiaca congestiva fatal y no fatal; durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
  
- Infarto de miocardio
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=8803). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia del infarto de miocardio, cuyos parámetros clínico o laboratoriales no fueron especificados en la RS, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
  
- Eventos adversos serios
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Enfermedad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
  
- Insuficiencia cardiaca
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=8903). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de insuficiencia cardiaca, cuyos parámetros clínico o laboratoriales no fueron especificados en la RS, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

- **Función renal**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cativo 2021 (43).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Cativo 2021** (43), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (11/14).
  - Para este desenlace, la RS de Cativo 2021 realizó un MA de 16 ECA (n=No reporta). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con HTA y nefropatía diabética (diabetes mellitus 2 o 1) con una edad promedio de 57 años (rango de 38 a 63.1 años de edad), índice de masa corporal promedio de 27.4 kg/m<sup>2</sup> (rango de 22.7 a 31.0 kg/m<sup>2</sup>), y con una excreción de albúmina urinaria inicial de ≥30 mg/día o equivalente.
    - **El escenario clínico** fue ambulatorio (en el hogar o en la comunidad).
    - **La intervención** fue brindar inhibidores del SRA tales como IECA o ARA II.
    - **El comparador** fue brindar CA (amlodipina, nifedipina, nitrendipina).
    - **El desenlace** se definió como la tasa de filtrado glomerular posterior a la intervención; durante un tiempo de seguimiento promedio de 1 año.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cativo 2021, dado que su búsqueda fue reciente (setiembre 2018).
  
- **Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cativo 2021 (43).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Cativo 2021** (43), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (11/14).
  - Para este desenlace, la RS de Cativo 2021 realizó un MA de 23 ECA (n=1805). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de función renal.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria expresada en mg de albúmina/g de creatinina; medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 1 año.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Cativo 2021, dado que su búsqueda fue reciente (setiembre 2018).
  
- **Enfermedad renal en etapa terminal**
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 2 ECA (n=8253). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la enfermedad renal en etapa terminal que requiere diálisis de mantenimiento, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.



- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Cambio promedio de la PAS
  - Para este desenlace se contó con dos RS: Cativo 2021 (43), Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 11 ECA (n=5281). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial sistólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio (mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Cambio promedio de la PAD
  - Para este desenlace se contó con una RS: Cativo 2021 (43), Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 11 ECA (n=5281). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial diastólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio (mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

#### PICO 4.1.3. Comparación: IECA o ARA II vs. BB

- Mortalidad por cualquier causa
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Mortalidad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Accidente cerebrovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Eventos cardiovasculares mayores
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.

- Infarto de miocardio
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Eventos adversos serios
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Enfermedad cardiovascular
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Insuficiencia cardíaca
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Función renal
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Enfermedad renal en etapa terminal
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Cambio promedio de la PAS
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=1390). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa en la sección 4.1.3.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial sistólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio (mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 1.8 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.
- Cambio promedio de la PAD
  - Para este desenlace se contó con una RS: Wang 2018 (44).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Wang 2018** (44), debido a que tuvo la mejor calidad metodológica según la herramienta AMSTAR-2 (12/14).
  - Para este desenlace, la RS de Wang 2018 realizó un MA de 4 ECA (n=1390). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad por cualquier causa en la sección 4.1.3.
    - **El desenlace** se definió como el cambio promedio de la presión arterial diastólica expresada en unidades de presión de milímetro de mercurio

(mmHg); medida al inicio de la intervención y al final del seguimiento durante un tiempo promedio de 1.8 años.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Wang 2018, a pesar de, que su búsqueda fue en diciembre 2015.

#### **PICO 4.2. Población: Adultos de 80 años a más con HTA**

Se evaluaron los siguientes desenlaces:

- Mortalidad
  - Para este desenlace se contó con una RS: Musini 2019 (46).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Musini 2019** (46), debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), la búsqueda se realizó recientemente, e incluyó el mayor número de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Musini 2019 realizó un MA de 8 ECA (n=6701). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población** fueron pacientes con HTA mayores de 80 años de edad, procedentes principalmente de Europa, y América del Norte. Los participantes tuvieron una prevalencia promedio aproximada del 12% de fumadores.
    - **El escenario clínico** fue ambulatorio (reclutado en la comunidad o en los establecimientos de primer nivel de atención).
    - **La intervención** fue brindar tratamiento antihipertensivo (IECA, CA, DT) administrados en monoterapia o en terapia combinada.
    - **El comparador** fue brindar placebo o no brindar tratamiento antihipertensivo.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad total, la RS no específico a detalle, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.3 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Musini 2019 debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2017).
- Mortalidad y morbilidad cardiovascular
  - Para este desenlace se contó con una RS: Musini 2019 (46).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Musini 2019** (46), debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), la búsqueda se realizó recientemente, e incluyó el mayor número de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Musini 2019 realizó un MA de 7 ECA (n=6546). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad y morbilidad cardiovascular, la cual incluye accidente cerebrovascular, enfermedad coronaria, hospitalización o muerte por insuficiencia cardíaca congestiva y otras muertes vasculares significativas como ruptura de aneurisma; durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años. No incluye angina, ataques isquémicos transitorios, procedimientos quirúrgicos o de otro tipo, o hipertensión acelerada.

- El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Musini 2019 debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2017).
- Mortalidad y morbilidad cerebrovascular
  - Para este desenlace se contó con una RS: Musini 2019 (46).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Musini 2019** (46), debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), la búsqueda se realizó recientemente, e incluyó el mayor número de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Musini 2019 realizó un MA de 7 ECA (n=6546). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad y morbilidad cerebrovascular, la cual incluye fatal o no fatal accidente cerebrovascular, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.2 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Musini 2019 debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2017).
- Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria
  - Para este desenlace se contó con una RS: Musini 2019 (46).
  - Se decidió tomar como referencia la RS de **Musini 2019** (46), debido a que tuvo una calidad metodológica aceptable según la herramienta AMSTAR-2 (13/14), la búsqueda se realizó recientemente, e incluyó el mayor número de estudios.
  - Para este desenlace, la RS de Musini 2019 realizó un MA de 6 ECA (n=5263). Estos tuvieron las siguientes características:
    - **La población, escenario clínico, intervención, y comparador** fueron descritos en el desenlace previo de mortalidad.
    - **El desenlace** se definió como la incidencia de la mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria, la cual incluye fatal o no fatal infarto de miocardio y muerte cardíaca súbita o rápida, durante un tiempo de seguimiento promedio de 2.5 años.
  - El GEG consideró no necesario actualizar la RS de Musini 2019 debido a que su búsqueda fue reciente (noviembre 2017).
- Eventos adversos serios
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Cambio promedio de la PAS
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.
- Cambio promedio de la PAD
  - Ninguna de las RS encontradas evaluó este desenlace.

**Tabla de Resumen de la Evidencia (Summary of Findings, SoF):**

**PICO 4.1. Población: Adultos de 18 años a más con HTA y DM2**

**PICO 4.1.1. Comparación: IECA o ARA II vs. DT**

<p><b>Población:</b> Adultos de 18 años a más con HTA y DM2  <b>Intervención:</b> IECA o ARA II  <b>Comparador:</b> DT  <b>Autores:</b> Carolina Delgado Flores  <b>Bibliografía por desenlace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mortalidad por cualquier causa:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Mortalidad cardiovascular:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Accidente cerebrovascular:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Eventos cardiovasculares mayores:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Infarto de miocardio:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Eventos adversos serios:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Enfermedad cardiovascular:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Insuficiencia cardíaca:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Función renal:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria:</b> No se encontró evidencia para este desenlace.</li> <li>• <b>Enfermedad renal en etapa terminal:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Cambio promedio de la PAS:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> <li>• <b>Cambio promedio de la PAD:</b> RS de Wang 2018 (44).</li> </ul>								
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: IECA o ARA II	Comparación: DT	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)	CRÍTICO	2 ECA (10073)	NR/3796	NR/6277	<b>RR: 0.99</b> (0.89 a 1.10)	NE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)	CRÍTICO	1 ECA (9504)	NR/3510	NR/5994	<b>RR: 1.06</b> (0.89 a 1.26)	NE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al accidente cerebrovascular.
Eventos cardiovasculares mayores	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Infarto de miocardio (media: 2.3 años)	CRÍTICO	3 ECA (10143)	NR/3842	NR/6301	RR: 0.96 (0.84 a 1.10)	NE	⊕○○○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al infarto de miocardio, aunque la evidencia es incierta.
Eventos adversos serios	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardiaca (media: 2.3 años)	IMPOR-TANTE	1 ECA (9504)	NR/3510	NR/5994	RR: 1.15 (1.00 a 1.32)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>c</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia cardiaca.
Función renal	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.3 años)	IMPOR-TANTE	1 ECA (9504)	NR/3510	NR/5994	RR: 1.09 (0.82 a 1.45)	NE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad renal en etapa terminal.
Cambio promedio de la PAS (media: 2.3 años)	IMPOR-TANTE	3 ECA (3713)	<u>Rango promedio:</u> -21.0 a -9.0 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -23.8 a -11.4 mmHg	-	DM: + 2.54 mmHg (+1.29 a +3.79)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>d</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los DT, probablemente aumentemos 2.54 mmHg la PAS en promedio (+1.29 a +3.79).

Cambio promedio de la PAD (media: 2.3 años)	IMPOR-TANTE	3 ECA (3713)	<u>Rango promedio:</u> -13.0 a -8.5 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -13.0 a -9.5 mmHg	-	<b>DM: + 0.88 mmHg</b> (+0.09 a +1.66)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>d</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los DT, probablemente aumentemos 0.88 mmHg la PAD en promedio (+0.09 a +1.66).
---	-------------	--------------	--	--	---	--	----------------------------	---

**HTA:** Hipertensión arterial; **DM2:** Diabetes Mellitus 2; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** bloqueadores de los receptores de angiotensina II; **DT:** Diuréticos Tiazídicos; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica; **IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias; **NR:** No reporta; **NE:** No estimable.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 0.9 y 1.1.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2$  de 40% a 80%.
- Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 1.1.
- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.

**PICO 4.1.2. Comparación: IECA o ARA II vs. CA**

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA y DM2

**Intervención:** IECA o ARA II

**Comparador:** CA

**Autores:** Carolina Delgado Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wang 2018 (44).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Accidente cerebrovascular:** RS de Wang 2018 (44).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wang 2018 (44).
- **Infarto de miocardio:** RS de Wang 2018 (44).
- **Eventos adversos serios:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardíaca:** RS de Wang 2018 (44).
- **Función renal:** RS de Cativo 2021 (43).
- **Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria:** RS de Cativo 2021 (43).
- **Enfermedad renal en etapa terminal:** RS de Wang 2018 (44).
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wang 2018 (44).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wang 2018 (44).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: IECA o ARA II	Comparación: CA	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 2.2 años)	CRÍTICO	4 ECA (9327)	NR/4625	NR/4702	<b>RR: 1.03</b> (0.91 a 1.16)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	4 ECA (8903)	NR/4413	NR/4490	<b>RR: 1.21</b> (0.97 a 1.51)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al accidente cerebrovascular.
Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)	CRÍTICO	2 ECA (1616)	NR/814	NR/802	<b>RR: 0.78</b> (0.66 a 0.91)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los CA, probablemente evitemos eventos cardiovasculares mayores.



Infarto de miocardio (media: 2.2 años)	CRÍTICO	4 ECA (8803)	NR/4364	NR/4439	RR: 1.01 (0.86 a 1.18)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al infarto de miocardio.
Eventos adversos serios	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardiaca (media: 2.2 años)	IMPOR-TANTE	4 ECA (8903)	NR/4413	NR/4490	RR: 0.72 (0.61 a 0.83)	NE	⊕⊕○○○ BAJA <sup>b,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los CA, podríamos evitar eventos de insuficiencia cardiaca.
Función renal (media: 1 año)	IMPOR-TANTE	16 ECA (NR)	NR	NR	-	SMD: -0.076 (-0.321 a +0.169)	⊕⊕○○○ BAJA <sup>b,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la función renal.
Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)	IMPOR-TANTE	23 ECA (1805)	NR	NR	NE	SMD: -0.442 (-0.660 a -0.225)	⊕⊕○○○ BAJA <sup>b,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los CA, podríamos disminuir 0.442 desviaciones estándar (-0.66 a -0.22).
Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)	IMPOR-TANTE	2 ECA (8253)	NR/4089	NR/4164	RR: 0.80 (0.64 a 1.00)	NE	⊕○○○○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad renal en etapa terminal, aunque la evidencia es incierta.

Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)	IMPOR-TANTE	11 ECA (5281)	<u>Rango promedio:</u> -25.0 a -7.0 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -25.0 a -9.1 mmHg	-	<b>DM: -0.07 mmHg</b> (-1.11 a +0.97)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>c</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la PAS.
Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)	IMPOR-TANTE	11 ECA (5281)	<u>Rango promedio:</u> -14.0 a -6.4 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -16.0 a -5.5 mmHg	-	<b>DM: +0.12 mmHg</b> (-0.49 a +0.72)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>c</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la PAD.
<p><b>HTA:</b> Hipertensión arterial; <b>DM2:</b> Diabetes Mellitus 2; <b>IECA:</b> inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; <b>ARA II:</b> bloqueadores de los receptores de angiotensina II; <b>CA:</b> Calcioantagonistas; <b>PAD:</b> Presión arterial diastólica; <b>PAS:</b> Presión arterial sistólica; <b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RR:</b> Riesgo relativo; <b>DM:</b> Diferencia de medias; <b>NR:</b> No reporta; <b>NE:</b> No estimable.</p> <p>*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.</p> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 1.1 o 0.9.</li> <li>Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40% a 80%.</li> <li>Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo.</li> </ol>								

### PICO 4.1.3. Comparación: IECA o ARA II vs. BB

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA y DM2

**Intervención:** IECA o ARA II

**Comparador:** BB

**Autores:** Carolina Delgado-Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Accidente cerebrovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Eventos adversos serios:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardíaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Función renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad renal en etapa terminal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wang 2018 (44).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wang 2018 (44).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: IECA o ARA II	Comparación: BB	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Accidente cerebrovascular	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Eventos cardiovasculares mayores	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Infarto de miocardio	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Eventos adversos serios	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.
Enfermedad cardiovascular	IMPOR-TANTE							No se encontró evidencia para este desenlace.
Insuficiencia cardíaca	IMPOR-TANTE							No se encontró evidencia para este desenlace.
Función renal	IMPOR-TANTE							No se encontró evidencia para este desenlace.
Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria	IMPOR-TANTE							No se encontró evidencia para este desenlace.
Enfermedad renal en etapa terminal	IMPOR-TANTE							No se encontró evidencia para este desenlace.

Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)	IMPOR-TANTE	4 ECA (1390)	<u>Rango promedio:</u> -31.0 a -13.0 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -28.0 a -11.0 mmHg	-	<b>DM: -3.25 mmHg</b> (-5.36 a -1.14)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los BB, probablemente disminuyamos 3.25 mmHg la PAS en promedio (-5.36 a -1.14).
Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)	IMPOR-TANTE	4 ECA (1390)	<u>Rango promedio:</u> -17.0 a -6.0 mmHg	<u>Rango promedio:</u> -18.6 a -11.0 mmHg	-	<b>DM: +0.76 mmHg</b> (-0.35 a +1.87)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadística significativa entre ambas intervenciones con respecto a la PAD.

**HTA:** Hipertensión arterial; **DM2:** Diabetes Mellitus 2; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** bloqueadores de los receptores de angiotensina II; **BB:** Beta bloqueadores; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica; **IC:** Intervalo de confianza; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40% a 80%.

## PICO 4.2. Población: Adultos de 80 años a más con HTA

**Población:** Adultos de 80 años a más con HTA

**Intervención:** Tratamiento antihipertensivo

**Comparador:** Placebo o no tratamiento

**Autores:** Carolina Delgado-Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad:** RS de Musini 2019 (46).
- **Mortalidad y morbilidad cardiovascular:** RS de Musini 2019 (46).
- **Mortalidad y morbilidad cerebrovascular:** RS de Musini 2019 (46).
- **Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria:** RS de Musini 2019 (46).
- **Eventos adversos serios:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAD:** No se encontró evidencia para este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Tto. antihipertensivo	Comparación: Placebo o no tto.	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad (media: 2.3 años)	CRÍTICO	8 ECA (6701)	462/3617 (13.8%)	439/3084 (14.2%)	RR: 0.97 (0.87 a 1.10)	<b>4 menos por 1000</b> (de 19 menos a 14 más)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad.
Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	7 ECA (6546)	296/3547 (8.6%)	344/2999 (11.5%)	RR: 0.75 (0.65 a 0.87)	<b>29 menos por 1000</b> (de 40 menos a 15 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento antihipertensivo, probablemente evitemos 29 casos de mortalidad y morbilidad cardiovascular (-40 a -15).
Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	7 ECA (6546)	120/3547 (3.5%)	157/2999 (5.2%)	RR: 0.66 (0.52 a 0.83)	<b>18 menos por 1000</b> (de 25 menos a 9 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento antihipertensivo, probablemente evitemos 18 casos de mortalidad y morbilidad cerebrovascular (-25 a -9).

Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)	CRÍTICO	6 ECA (5263)	48/2690 (1.7%)	53/2573 (2.1%)	RR: 0.82 (0.56 a 1.20)	4 menos por 1000 (de 9 menos a 4 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria.
Eventos adversos serios	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAD	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>RR:</b> Riesgo relativo.          *Se usan términos estandarizados de acuerdo a la certeza de la evidencia: alta = ningún término, moderada = probablemente, baja = podría ser, muy baja = podría ser, aunque la evidencia es incierta.</p> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40% a 80%.</p>								

**Tabla de la Evidencia a la Decisión (*Evidence to Decision*, EtD):**

**PICO 4.1. Población: Adultos de 18 años a más con HTA y DM2**

Presentación:

<b>Pregunta 4. En adultos de 18 años a más con diabetes mellitus 2 (DM2) e HTA esencial, y en adultos de 80 años a más con HTA esencial ¿qué terapia farmacológica se debería brindar?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2
<b>Intervención:</b>	Terapia farmacológica con IECA o ARA II o CA o BB o diuréticos tiazídicos
<b>Comparador:</b>	Placebo o IECA o ARA II o CA o BB o diuréticos tiazídicos
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad por cualquier causa</li> <li>• Mortalidad cardiovascular</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Eventos cardiovasculares mayores</li> <li>• Infarto de miocardio</li> <li>• Eventos adversos serios</li> <li>• Enfermedad cardiovascular</li> <li>• Insuficiencia cardíaca</li> <li>• Función renal</li> <li>• Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal</li> <li>• Cambio promedio de la PAS</li> <li>• Cambio promedio de la PAD</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b> ¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
<b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivial</li> <li>○ Pequeño</li> <li>○ Moderado</li> <li>○ Grande</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>	<b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)</td> <td>2 ECA (10073)</td> <td>RR: 0.99 (0.89 a 1.10)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)</td> <td>1 ECA (9504)</td> <td>RR: 1.06 (0.89 a 1.26)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> <tr> <td>Infarto de miocardio (media: 2.3 años)</td> <td>3 ECA (10143)</td> <td>RR: 0.96 (0.84 a 1.10)</td> <td>NE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)	2 ECA (10073)	RR: 0.99 (0.89 a 1.10)	NE	⊕⊕○○ BAJA	Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)	1 ECA (9504)	RR: 1.06 (0.89 a 1.26)	NE	⊕⊕○○ BAJA	Infarto de miocardio (media: 2.3 años)	3 ECA (10143)	RR: 0.96 (0.84 a 1.10)	NE	⊕○○○ MUY BAJA	<b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b>  El GEG consideró que el beneficio fue trivial (puesto que los efectos sobre la mortalidad por cualquier causa, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal en etapa terminal, e infarto de miocardio fueron similares en ambas intervenciones).
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																		
Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)	2 ECA (10073)	RR: 0.99 (0.89 a 1.10)	NE	⊕⊕○○ BAJA																		
Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)	1 ECA (9504)	RR: 1.06 (0.89 a 1.26)	NE	⊕⊕○○ BAJA																		
Infarto de miocardio (media: 2.3 años)	3 ECA (10143)	RR: 0.96 (0.84 a 1.10)	NE	⊕○○○ MUY BAJA																		

<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <p>○ Trivial ○ Pequeño ● <b>Moderado</b> ○ Grande</p> <p>○ Varía ○ Se desconoce</p>	<p>Insuficiencia cardiaca (media: 2.3 años)</p> <p>1 ECA (9504)</p> <p><b>RR: 1.15</b> (1.00 a 1.32)</p> <p>NE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA</p>																																									
	<p>Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.3 años)</p> <p>1 ECA (9504)</p> <p><b>RR: 1.09</b> (0.82 a 1.45)</p> <p>NE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA</p>																																									
	<p>En resumen, en <b>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</b>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de DT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente no hay diferencia estadísticamente significativa sobre la insuficiencia cardiaca.</li> <li>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa sobre la mortalidad por cualquier causa, accidente cerebrovascular, y enfermedad renal en etapa terminal.</li> <li>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa sobre el infarto de miocardio, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>																																									
	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa (media: 2.2 años)</td> <td>4 ECA (9327)</td> <td><b>RR: 1.03</b> (0.91 a 1.16)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)</td> <td>4 ECA (8903)</td> <td><b>RR: 1.21</b> (0.97 a 1.51)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)</td> <td>2 ECA (1616)</td> <td><b>RR: 0.78</b> (0.66 a 0.91)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Infarto de miocardio (media: 2.2 años)</td> <td>4 ECA (8803)</td> <td><b>RR: 1.01</b> (0.86 a 1.18)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardiaca (media: 2.2 años)</td> <td>4 ECA (8903)</td> <td><b>RR: 0.72</b> (0.61 a 0.83)</td> <td>NE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> <tr> <td>Función renal (media: 1 año)</td> <td>16 ECA (NR)</td> <td>-</td> <td><b>SMD: -0.076</b> (-0.321 a +0.169)</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)</td> <td>23 ECA (1805)</td> <td>-</td> <td><b>SMD: -0.442</b> (-0.660 a -0.225)</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Mortalidad por cualquier causa (media: 2.2 años)	4 ECA (9327)	<b>RR: 1.03</b> (0.91 a 1.16)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA	Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)	4 ECA (8903)	<b>RR: 1.21</b> (0.97 a 1.51)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA	Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)	2 ECA (1616)	<b>RR: 0.78</b> (0.66 a 0.91)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA	Infarto de miocardio (media: 2.2 años)	4 ECA (8803)	<b>RR: 1.01</b> (0.86 a 1.18)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA	Insuficiencia cardiaca (media: 2.2 años)	4 ECA (8903)	<b>RR: 0.72</b> (0.61 a 0.83)	NE	⊕⊕○○ BAJA	Función renal (media: 1 año)	16 ECA (NR)	-	<b>SMD: -0.076</b> (-0.321 a +0.169)	⊕⊕○○ BAJA	Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)	23 ECA (1805)	-	<b>SMD: -0.442</b> (-0.660 a -0.225)	⊕⊕○○ BAJA	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <p>El GEG consideró que el beneficio fue moderado (puesto que los efectos sobre los eventos cardiovasculares mayores, insuficiencia cardiaca y la excreción de albúmina urinaria fueron importantes).</p>
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																																					
	Mortalidad por cualquier causa (media: 2.2 años)	4 ECA (9327)	<b>RR: 1.03</b> (0.91 a 1.16)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA																																					
	Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)	4 ECA (8903)	<b>RR: 1.21</b> (0.97 a 1.51)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA																																					
	Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)	2 ECA (1616)	<b>RR: 0.78</b> (0.66 a 0.91)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA																																					
	Infarto de miocardio (media: 2.2 años)	4 ECA (8803)	<b>RR: 1.01</b> (0.86 a 1.18)	NE	⊕⊕⊕○ MODERADA																																					
	Insuficiencia cardiaca (media: 2.2 años)	4 ECA (8903)	<b>RR: 0.72</b> (0.61 a 0.83)	NE	⊕⊕○○ BAJA																																					
Función renal (media: 1 año)	16 ECA (NR)	-	<b>SMD: -0.076</b> (-0.321 a +0.169)	⊕⊕○○ BAJA																																						
Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)	23 ECA (1805)	-	<b>SMD: -0.442</b> (-0.660 a -0.225)	⊕⊕○○ BAJA																																						



	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)</td> <td>2 ECA (8253)</td> <td>RR: 0.80 (0.64 a 1.00)</td> <td>NE</td> <td>⊕○○○ MUY BAJA</td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)</td> <td>11 ECA (5281)</td> <td>-</td> <td>DM: -0.07 mmHg (-1.11 a +0.97)</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)</td> <td>11 ECA (5281)</td> <td>-</td> <td>DM: +0.12 mmHg (-0.49 a +0.72)</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> </tbody> </table> <p>En resumen, en <i>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de CA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre la mortalidad por cualquier causa, y el accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio, el promedio de la PAS y la PAD.</li> <li>Probablemente disminuyamos los eventos cardiovasculares mayores.</li> <li>Podría ser que, disminuyamos los casos de insuficiencia cardiaca, y disminuyamos 0.442 mg desviaciones estándar de la excreción de albúmina urinaria (-0.660 a -0.225).</li> <li>Podría ser que, no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre la función renal.</li> <li>Podría ser que, no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre la enfermedad renal en etapa terminal, aunque la evidencia es incierta.</li> </ul>	Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)	2 ECA (8253)	RR: 0.80 (0.64 a 1.00)	NE	⊕○○○ MUY BAJA	Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)	11 ECA (5281)	-	DM: -0.07 mmHg (-1.11 a +0.97)	⊕⊕⊕○ MODERADA	Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)	11 ECA (5281)	-	DM: +0.12 mmHg (-0.49 a +0.72)	⊕⊕⊕○ MODERADA	
Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)	2 ECA (8253)	RR: 0.80 (0.64 a 1.00)	NE	⊕○○○ MUY BAJA													
Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)	11 ECA (5281)	-	DM: -0.07 mmHg (-1.11 a +0.97)	⊕⊕⊕○ MODERADA													
Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)	11 ECA (5281)	-	DM: +0.12 mmHg (-0.49 a +0.72)	⊕⊕⊕○ MODERADA													
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <p><input type="radio"/> Trivial</p> <p><input checked="" type="radio"/> Pequeño</p> <p><input type="radio"/> Moderado</p> <p><input type="radio"/> Grande</p> <p><input type="radio"/> Varía</p> <p><input type="radio"/> Se desconoce</p>	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)</td> <td>4 ECA (1390)</td> <td>-</td> <td>DM: -3.25 mmHg (-5.36 a -1.14)</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA</td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)</td> <td>4 ECA (1390)</td> <td>-</td> <td>DM: 0.76 mmHg (-0.35 a +1.87)</td> <td>⊕⊕○○ BAJA</td> </tr> </tbody> </table> <p>En resumen, en <i>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de BB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente disminuyamos 3.25 mmHg la PAS (-5.36 a -1.14).</li> <li>Podría ser que, no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre el promedio de la PAD.</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)	4 ECA (1390)	-	DM: -3.25 mmHg (-5.36 a -1.14)	⊕⊕⊕○ MODERADA	Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)	4 ECA (1390)	-	DM: 0.76 mmHg (-0.35 a +1.87)	⊕⊕○○ BAJA	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <p>El GEG consideró que el beneficio fue pequeño (puesto que los efectos sobre el promedio de la PAS fueron pequeños pero significativos).</p>
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza													
Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)	4 ECA (1390)	-	DM: -3.25 mmHg (-5.36 a -1.14)	⊕⊕⊕○ MODERADA													
Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)	4 ECA (1390)	-	DM: 0.76 mmHg (-0.35 a +1.87)	⊕⊕○○ BAJA													
<b>Daños:</b>																	
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																	
<p>Juicio</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <p><input type="radio"/> Grande</p> <p><input type="radio"/> Moderado</p> <p><input type="radio"/> Pequeño</p> <p><input checked="" type="radio"/> Trivial</p>	<p>Evidencia</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza						<p>Consideraciones adicionales</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <p>El GEG consideró que el daño fue trivial (puesto que los efectos sobre el cambio promedio de la PAS y PAD no fue importante; además la mortalidad cardiovascular, eventos</p>					
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza													

<p>○ Varía ○ Se desconoce</p>	<p>Cambio promedio de la PAS (media: 2.3 años)</p>	<p>3 ECA (3713)</p>	<p>-</p>	<p>DM: <b>+2.54 mmHg</b> (+1.29 a +3.79)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA</p>	<p>cardiovasculares mayores, eventos adversos serios, enfermedad cardiovascular, función renal, y excreción de albúmina urinaria no fueron evaluados).</p>																				
	<p>Cambio promedio de la PAD (media: 2.3 años)</p>	<p>3 ECA (3713)</p>	<p>-</p>	<p>DM: <b>+0.88 mmHg</b> (+0.09 a +1.66)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA</p>																					
	<p>Mortalidad cardiovascular</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
	<p>Eventos cardiovasculares mayores</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
	<p>Eventos adversos serios</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
	<p>Enfermedad cardiovascular</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
	<p>Función renal</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
	<p>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>																								
<p>En resumen, en <i>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de DT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probablemente aumentemos 2.54 mmHg el promedio de la PAS (+1.29 a +3.79), y aumentemos 0.88 mmHg el promedio de la PAD (+0.09 a +1.66).</li> <li>• En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad cardiovascular, eventos cardiovasculares mayores, eventos adversos serios, enfermedad cardiovascular, función renal, y excreción de albúmina urinaria.</li> </ul>																										
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p>																										
<p>○ Grande ○ Moderado ○ Pequeño ● Trivial</p>																										
<p>○ Varía ○ Se desconoce</p>																										
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad cardiovascular</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos serios</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> </tbody> </table>							Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Mortalidad cardiovascular	No se encontró evidencia para este desenlace.				Enfermedad cardiovascular	No se encontró evidencia para este desenlace.				Eventos adversos serios	No se encontró evidencia para este desenlace.			
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																						
Mortalidad cardiovascular	No se encontró evidencia para este desenlace.																									
Enfermedad cardiovascular	No se encontró evidencia para este desenlace.																									
Eventos adversos serios	No se encontró evidencia para este desenlace.																									
<p>El GEG consideró que el daño fueron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos, los eventos adversos reportados para IECA o ARA II pueden ser confusión, somnolencia, insomnio, nerviosismo, rinorrea, prurito, vértigo, calambres, rubor, tos, ictericia, etc. (39, 40); y para los CA pueden ser depresión, insomnio, temblor, disgeusia, síncope, hipoestesia, parestesia, arritmia, tos, rinitis, vómitos, prurito etc. (41) Estos eventos se consideraron infrecuentes y no severos).</p>																										
<p>En resumen, en <i>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de CA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad cardiovascular, enfermedad cardiovascular, y eventos adversos serios.</li> </ul>																										
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p>																										
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p>																										

<p>○ Grande ○ Moderado ○ Pequeño ● <b>Trivial</b></p> <p>○ Varía ○ Se desconoce</p>	<p><b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b></p> <p>Mortalidad por cualquier causa</p>	<p><b>Número y Tipo de estudios</b></p> <p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>	<p><b>Efecto relativo (IC 95%)</b></p>	<p><b>Diferencia (IC 95%)</b></p>	<p><b>Certeza</b></p>	<p>El GEG consideró que los daños fueron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos reportados para IECA o ARA II pueden ser confusión, somnolencia, insomnio, nerviosismo, rinorrea, prurito, vértigo, calambres, rubor, tos, ictericia, etc. (39, 40); y para los BB pueden ser trastornos del sueño, mareo, cefalea, alopecia, fatiga, etc. (47) Estos eventos se consideraron infrecuentes y no severos).</p>								
	<p>Mortalidad cardiovascular</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Accidente cerebrovascular</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Eventos cardiovascular es mayores</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Infarto de miocardio</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Eventos adversos serios</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Enfermedad cardiovascular</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Insuficiencia cardíaca</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Función renal</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
	<p>Enfermedad renal en etapa terminal</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>												
<p>En resumen, en <i>adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinde IECA o ARA II en lugar de BB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio, eventos adversos serios, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, función renal, excreción de albúmina urinaria, y enfermedad renal en etapa terminal.</li> </ul>														
<p><b>Certeza de la evidencia:</b> ¿Cuál es la certeza general de la evidencia?</p>														
Juicio	Evidencia				Consideraciones adicionales									
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <p>● <b>Muy baja</b> ○ Baja ○ Moderada ○ Alta</p> <p>○ No se evaluaron estudios</p>	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA<sup>a</sup></td> </tr> <tr> <td>Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA<sup>a</sup></td> </tr> </tbody> </table>				Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>	
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza												
Mortalidad por cualquier causa (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>												
Accidente cerebrovascular (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a</sup>												

<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <p>○ Muy baja ○ Baja ● <b>Moderada</b> ○ Alta</p> <p>○ No se evaluaron estudios</p>	<p>Infarto de miocardio (media: 2.3 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕○○○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	
	<p>Insuficiencia cardíaca (media: 2.3 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>c</sup></p>	
	<p>Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.3 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a</sup></p>	
	<p>Cambio promedio de la PAS (media: 2.3 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>d</sup></p>	
	<p>Cambio promedio de la PAD (media: 2.3 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>d</sup></p>	
	<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 0.9 y 1.1.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I2 de 40.00% a 80.00%.</p> <p>c. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 1.1.</p> <p>d. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.</p>	
	<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad por cualquier causa, accidente cerebrovascular, e infarto de miocardio), se consideró la menor certeza de evidencia (muy baja).</p>	
	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p>	
	<p>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</p> <p>Importancia</p> <p>Certeza</p>	<p>Mortalidad por cualquier causa (media: 2.2 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>
	<p>Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>b</sup></p>
<p>Infarto de miocardio (media: 2.2 años)</p> <p>CRÍTICO</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>b</sup></p>	<p>Insuficiencia cardíaca (media: 2.2 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>b,c</sup></p>	
<p>Función renal (media: 1 año)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>b,c</sup></p>	<p>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕○○ BAJA<sup>b,c</sup></p>	
<p>Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕○○○ MUY BAJA<sup>a,b,c</sup></p>	<p>Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>c</sup></p>	

<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <p> <input type="radio"/> Muy baja  <input type="radio"/> Baja  <input type="radio"/> Moderada  <input type="radio"/> Alta         </p> <p>● No se evaluaron estudios</p>	<p>Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)</p> <p>IMPORTANTE</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>c</sup></p>	<p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad por cualquier causa, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, e infarto de miocardio), se consideró la menor certeza de evidencia (moderada).</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup></td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)</td> <td>IMPORTANTE</td> <td>⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40.00% a 80.00%.</p>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)	IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup>	Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>
	Desenlaces (tiempo de seguimiento)		Importancia	Certeza							
	Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)		IMPORTANTE	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>b</sup>							
Cambio promedio de la PAD (media: 1.8 años)	IMPORTANTE	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>									
<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 1.1 o 0.9.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40% a 80%.</p> <p>c. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.</p>											
<p>Entre los desenlaces críticos (no se encontró estudios que los evaluarán), por ello no se consideró la certeza de evidencia.</p>											
<p><b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b></p> <p>¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí	No se contó con evidencia para los desenlaces críticos (mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio) entre las diferentes comparaciones evaluadas (Ver Tabla SoF).										
<p><b>Balance de los efectos:</b></p> <p>¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)</p>											
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales									
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <p> <input type="radio"/> Favorece al comparador  <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador  <input checked="" type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador  <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención  <input type="radio"/> Favorece a la intervención         </p> <p> <input type="radio"/> Varía  <input type="radio"/> Se desconoce         </p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <p> <input type="radio"/> Favorece al comparador  <input type="radio"/> Probablemente favorece         </p>		<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance no favorece a la intervención ni al comparador.</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia</p>									

<p>al comparador</p> <p>o No favorece a la intervención ni al comparador</p> <p>o Probablemente favorece a la intervención</p> <p>● Favorece a la intervención</p> <p>o Varía</p> <p>o Se desconoce</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <p>o Favorece al comparador</p> <p>o Probablemente favorece al comparador</p> <p>o No favorece a la intervención ni al comparador</p> <p>o Probablemente favorece a la intervención</p> <p>o Favorece a la intervención</p> <p>o Varía</p> <p>● Se desconoce</p>		<p>de desenlaces importantes, el balance favorece a la intervención.</p> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <p>Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance de los efectos se desconoce.</p>
--	--	--

**Uso de recursos:**

¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?

Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																																							
<p>o Costos elevados</p> <p>o Costos moderados</p> <p>● Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños</p> <p>o Ahorros moderados</p> <p>o Ahorros extensos</p> <p>o Varía</p> <p>o Se desconoce</p>	<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. DT</b></p> <table border="1" data-bbox="448 1137 1066 1655"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)</th> <th><b>Comparador:</b> DT (hidroclorotiazida)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td> <td>1 tab x 10mg</td> <td>1 tab x 25mg</td> </tr> <tr> <td>Costo unitario</td> <td>S/ 0.05</td> <td>S/ 0.11</td> </tr> <tr> <td>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td> <td>30 tab</td> <td>30 tab</td> </tr> <tr> <td>Duración del esquema *</td> <td>3 meses</td> <td>3 meses</td> </tr> <tr> <td>Costo total tratamiento por persona:</td> <td>S/ 4.50</td> <td>S/ 9.90</td> </tr> <tr> <td>Costos indirectos relevantes</td> <td>S/ 0.00</td> <td>S/ 0.00</td> </tr> <tr> <td>Diferencia</td> <td colspan="2">Por persona, la intervención cuesta S/ 5.40 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. CA</b></p> <table border="1" data-bbox="448 1731 1066 2018"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)</th> <th><b>Comparador:</b> CA (amlodipino)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Presentación</td> <td>1 tab x 10mg</td> <td>1 tab x 5mg</td> </tr> <tr> <td>Costo unitario</td> <td>S/ 0.05</td> <td>S/ 0.04</td> </tr> <tr> <td>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</td> <td>30 tab</td> <td>30 tab</td> </tr> <tr> <td>Duración del esquema *</td> <td>3 meses</td> <td>3 meses</td> </tr> </tbody> </table>		<b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)	<b>Comparador:</b> DT (hidroclorotiazida)	Presentación	1 tab x 10mg	1 tab x 25mg	Costo unitario	S/ 0.05	S/ 0.11	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	30 tab	30 tab	Duración del esquema *	3 meses	3 meses	Costo total tratamiento por persona:	S/ 4.50	S/ 9.90	Costos indirectos relevantes	S/ 0.00	S/ 0.00	Diferencia	Por persona, la intervención cuesta S/ 5.40 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.			<b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)	<b>Comparador:</b> CA (amlodipino)	Presentación	1 tab x 10mg	1 tab x 5mg	Costo unitario	S/ 0.05	S/ 0.04	Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	30 tab	30 tab	Duración del esquema *	3 meses	3 meses	
	<b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)	<b>Comparador:</b> DT (hidroclorotiazida)																																							
Presentación	1 tab x 10mg	1 tab x 25mg																																							
Costo unitario	S/ 0.05	S/ 0.11																																							
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	30 tab	30 tab																																							
Duración del esquema *	3 meses	3 meses																																							
Costo total tratamiento por persona:	S/ 4.50	S/ 9.90																																							
Costos indirectos relevantes	S/ 0.00	S/ 0.00																																							
Diferencia	Por persona, la intervención cuesta S/ 5.40 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.																																								
	<b>Intervención:</b> IECA o ARA (enalapril)	<b>Comparador:</b> CA (amlodipino)																																							
Presentación	1 tab x 10mg	1 tab x 5mg																																							
Costo unitario	S/ 0.05	S/ 0.04																																							
Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)	30 tab	30 tab																																							
Duración del esquema *	3 meses	3 meses																																							

	<table border="1"> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td>S/ 4.50</td> <td>S/ 3.60</td> </tr> <tr> <td><b>Costos indirectos relevantes</b></td> <td>S/ 0.00</td> <td>S/ 0.00</td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2">Por persona, la intervención cuesta S/ 0.90 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.</td> </tr> </table>	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 4.50	S/ 3.60	<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	S/ 0.00	<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 0.90 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.																	
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 4.50	S/ 3.60																								
<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	S/ 0.00																								
<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 0.90 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.																									
<p><b>Comparación: IECA o ARA II vs. BB</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><b>Intervención: IECA o ARA (enalapril)</b></th> <th><b>Comparador: BB (atenolol)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Presentación</b></td> <td>1 tab x 10mg</td> <td>1 tab x 50mg</td> </tr> <tr> <td><b>Costo unitario</b></td> <td>S/ 0.05</td> <td>S/ 0.10</td> </tr> <tr> <td><b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b></td> <td>30 tab</td> <td>30 tab</td> </tr> <tr> <td><b>Duración del esquema *</b></td> <td>3 meses</td> <td>3 meses</td> </tr> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td>S/ 4.50</td> <td>S/ 9.00</td> </tr> <tr> <td><b>Costos indirectos relevantes</b></td> <td>S/ 0.00</td> <td>S/ 0.00</td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2">Por persona, la intervención cuesta S/ 4.5 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Esta es la duración del esquema considerado por el GEG hasta la re-evaluación del médico tratante.</p>				<b>Intervención: IECA o ARA (enalapril)</b>	<b>Comparador: BB (atenolol)</b>	<b>Presentación</b>	1 tab x 10mg	1 tab x 50mg	<b>Costo unitario</b>	S/ 0.05	S/ 0.10	<b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b>	30 tab	30 tab	<b>Duración del esquema *</b>	3 meses	3 meses	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 4.50	S/ 9.00	<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	S/ 0.00	<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 4.5 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.	
	<b>Intervención: IECA o ARA (enalapril)</b>	<b>Comparador: BB (atenolol)</b>																								
<b>Presentación</b>	1 tab x 10mg	1 tab x 50mg																								
<b>Costo unitario</b>	S/ 0.05	S/ 0.10																								
<b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b>	30 tab	30 tab																								
<b>Duración del esquema *</b>	3 meses	3 meses																								
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 4.50	S/ 9.00																								
<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	S/ 0.00																								
<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 4.5 menos que el comparador, siendo esta diferencia menor.																									
<p align="center"><b>Inequidad:</b></p> <p align="center">¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)</p>																										
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																								
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente no tenga impacto</b> <input type="radio"/> Probablemente incremente la equidad <input type="radio"/> Incrementa la equidad  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que tanto la intervención y los comparadores, probablemente no tenga mayor impacto sobre la equidad en las poblaciones vulnerables.																								
<p align="center"><b>Aceptabilidad:</b></p> <p align="center">¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?</p>																										
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																								
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input type="radio"/> Sí  <input checked="" type="radio"/> <b>Varía</b> <input type="radio"/> Se desconoce		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud aceptarían recomendar la intervención en los pacientes adultos con HTA esencial.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que entre los pacientes la aceptabilidad podría variar según tolerancia a los eventos adversos, o preferencias del paciente a alguna de las intervenciones.</p>																								
<p align="center"><b>Factibilidad:</b></p> <p align="center">¿La intervención es factible de implementar?</p>																										
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																								

<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input type="radio"/> Probablemente sí <input checked="" type="radio"/> Sí  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce		El GEG consideró que la intervención es factible. Los establecimientos de salud de EsSalud en su mayoría cuentan con estos productos farmacéuticos para tratar la HTA esencial.
--	--	---

#### **PICO 4.2. Población: Adultos de 80 años a más con HTA**

Presentación:

<b>Pregunta 4. En adultos de 18 años a más con diabetes mellitus 2 (DM2) e HTA esencial, y en adultos de 80 años a más con HTA esencial ¿qué terapia farmacológica se debería brindar?</b>	
<b>Población:</b>	Adultos de 80 años a más con HTA esencial
<b>Intervención:</b>	Tratamiento antihipertensivo
<b>Comparador:</b>	Placebo o no tratamiento
<b>Desenlaces:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidad</li> <li>• Mortalidad y morbilidad cardiovascular</li> <li>• Mortalidad y morbilidad cerebrovascular</li> <li>• Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria</li> <li>• Eventos adversos serios</li> <li>• Cambio promedio de la PAS</li> <li>• Cambio promedio de la PAD</li> </ul>
<b>Escenario:</b>	EsSalud
<b>Perspectiva:</b>	Recomendación clínica poblacional – Seguro de salud (EsSalud)
<b>Potenciales conflictos de interés:</b>	Los miembros del GEG manifestaron no tener conflictos de interés con respecto a esta pregunta

Evaluación:

<b>Beneficios:</b>						
¿Cuán sustanciales son los beneficios ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?						
Juicio	Evidencia					Consideraciones adicionales
<input type="radio"/> Trivial <input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Moderado <input checked="" type="radio"/> Grande  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Mortalidad (media: 2.3 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  8 ECA (6701)	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>  <b>RR: 0.97</b> (0.87 a 1.10)	<b>Diferencia (IC 95%)</b>  <b>4 menos por 1000</b> (de 19 menos a 14 más)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕○○ BAJA	El GEG consideró que el beneficio fue grande (puesto que los efectos sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular y cerebrovascular fueron importantes; a pesar de que la mortalidad, mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria fueron similares en ambas intervenciones).
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  7 ECA (6546)	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>  <b>RR: 0.75</b> (0.65 a 0.87)	<b>Diferencia (IC 95%)</b>  <b>29 menos por 1000</b> (de 40 menos a 15 menos)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕⊕○ MODERADA	
	<b>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</b>  Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)	<b>Número y Tipo de estudios</b>  7 ECA (6546)	<b>Efecto relativo (IC 95%)</b>  <b>RR: 0.66</b> (0.52 a 0.83)	<b>Diferencia (IC 95%)</b>  <b>18 menos por 1000</b> (de 25 menos a 9 menos)	<b>Certeza</b>  ⊕⊕⊕○ MODERADA	



	<p>Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)</p> <p>6 ECA (5263)</p> <p>RR: 0.82 (0.56 a 1.20)</p> <p>4 menos por 1000 (de 9 menos a 4 más)</p> <p>⊕⊕⊕○ MODERADA</p>																					
<p>En resumen, en <i>adultos de 80 años a más con HTA esencial</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinda tratamiento antihipertensivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Probablemente evitemos 29 casos de mortalidad y morbilidad cardiovascular (-40 a -15), y evitemos 18 casos de mortalidad y morbilidad cerebrovascular (-25 a -9).</li> <li>Probablemente no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre la mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria.</li> <li>Podría ser que, no haya una diferencia estadísticamente significativa sobre la mortalidad.</li> </ul>																						
<b>Daños:</b>																						
¿Cuán sustanciales son los daños ocasionados al brindar la intervención frente a brindar el comparador?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
<p>○ Grande</p> <p>○ Moderado</p> <p>○ Pequeño</p> <p>● <b>Trivial</b></p> <p>○ Varía</p> <p>○ Se desconoce</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Número y Tipo de estudios</th> <th>Efecto relativo (IC 95%)</th> <th>Diferencia (IC 95%)</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cambio promedio de la PAS</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> <tr> <td>Cambio promedio de la PAD</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> <tr> <td>Eventos adversos serios</td> <td colspan="4">No se encontró evidencia para este desenlace.</td> </tr> </tbody> </table> <p>En resumen, en <i>adultos de 80 años a más con HTA</i>, por cada <b>1000</b> personas a las que se brinda tratamiento antihipertensivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En los estudios evaluados, no se encontró evidencia para los desenlaces de cambio promedio de la PAS, cambio promedio de la PAD, y eventos adversos serios.</li> </ul>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Cambio promedio de la PAS	No se encontró evidencia para este desenlace.				Cambio promedio de la PAD	No se encontró evidencia para este desenlace.				Eventos adversos serios	No se encontró evidencia para este desenlace.				<p>El GEG consideró que los daños fueron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos, los eventos adversos reportados se consideraron infrecuentes y no severos (39-41, 47)).</p>
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Número y Tipo de estudios	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza																		
Cambio promedio de la PAS	No se encontró evidencia para este desenlace.																					
Cambio promedio de la PAD	No se encontró evidencia para este desenlace.																					
Eventos adversos serios	No se encontró evidencia para este desenlace.																					
<b>Certeza de la evidencia:</b>																						
¿Cuál es la certeza general de la evidencia?																						
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales																				
<p>○ Muy baja</p> <p>● <b>Baja</b></p> <p>○ Moderada</p> <p>○ Alta</p> <p>○ No se evaluaron estudios</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Desenlaces (tiempo de seguimiento)</th> <th>Importancia</th> <th>Certeza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mortalidad (media: 2.3 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup></td> </tr> <tr> <td>Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup></td> </tr> <tr> <td>Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup></td> </tr> <tr> <td>Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)</td> <td>CRÍTICO</td> <td>⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup></td> </tr> </tbody> </table>	Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza	Mortalidad (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>						
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Certeza																				
Mortalidad (media: 2.3 años)	CRÍTICO	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>																				
Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>																				
Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>																				
Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)	CRÍTICO	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>																				

	<p><b>Explicaciones de la certeza de evidencia:</b></p> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron bajo riesgo de sesgo.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40.0% a 80.0%.</p> <p>Entre los desenlaces críticos (mortalidad, mortalidad y morbilidad cardiovascular, mortalidad y morbilidad cerebrovascular, mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria), se consideró la menor certeza de evidencia (baja).</p>																									
<b>Desenlaces importantes para los pacientes:</b>																										
¿Se contó con evidencia para todos los desenlaces importantes/críticos para los pacientes?																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probablemente no <input checked="" type="radio"/> <b>Probablemente sí</b> <input type="radio"/> Sí	No se contó con evidencia para los desenlaces importantes (cambio promedio de la PAS y cambio promedio de la PAD).																									
<b>Balance de los efectos:</b>																										
¿El balance entre beneficios y daños favorece a la intervención o al comparador? (Tomar en cuenta los beneficios, daños, certeza de la evidencia y la presencia de desenlaces importantes)																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<input type="radio"/> Favorece al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece al comparador <input type="radio"/> No favorece a la intervención ni al comparador <input type="radio"/> Probablemente favorece a la intervención <input checked="" type="radio"/> <b>Favorece a la intervención</b>  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce			Considerando los beneficios, daños, certeza de evidencia y la presencia de desenlaces importantes, el balance favorece a la intervención.																							
<b>Uso de recursos:</b>																										
¿Qué tan grandes son los requerimientos de recursos (costos) de la intervención frente al comparador para un paciente (de ser una enfermedad crónica, usar el costo anual)?																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<input type="radio"/> Costos elevados <input type="radio"/> Costos moderados <input checked="" type="radio"/> <b>Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños</b> <input type="radio"/> Ahorros moderados <input type="radio"/> Ahorros extensos  <input type="radio"/> Varía <input type="radio"/> Se desconoce	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Intervención:</u> Tto. Antihipertensivo (Irbesartán)</th> <th style="text-align: center;"><u>Comparador:</u> No tratamiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Presentación</b></td> <td style="text-align: center;">1 tab x 150mg</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Costo unitario</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 0.15</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b></td> <td style="text-align: center;">30 tab</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Duración del esquema</b></td> <td style="text-align: center;">3 meses*</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Costo total tratamiento por persona:</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 13.50</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Costos indirectos relevantes</b></td> <td style="text-align: center;">S/ 0.00</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td><b>Diferencia</b></td> <td colspan="2">Por persona, la intervención cuesta S/ 13.5 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.</td> </tr> </tbody> </table> <p>*Esta es la duración del esquema considerado por el GEG hasta la re-evaluación del médico tratante.</p>		<u>Intervención:</u> Tto. Antihipertensivo (Irbesartán)	<u>Comparador:</u> No tratamiento	<b>Presentación</b>	1 tab x 150mg	-	<b>Costo unitario</b>	S/ 0.15	-	<b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b>	30 tab	-	<b>Duración del esquema</b>	3 meses*	-	<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 13.50	-	<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	-	<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 13.5 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.		
	<u>Intervención:</u> Tto. Antihipertensivo (Irbesartán)	<u>Comparador:</u> No tratamiento																								
<b>Presentación</b>	1 tab x 150mg	-																								
<b>Costo unitario</b>	S/ 0.15	-																								
<b>Dosis (cantidad de unidades del producto a usar)</b>	30 tab	-																								
<b>Duración del esquema</b>	3 meses*	-																								
<b>Costo total tratamiento por persona:</b>	S/ 13.50	-																								
<b>Costos indirectos relevantes</b>	S/ 0.00	-																								
<b>Diferencia</b>	Por persona, la intervención cuesta S/ 13.5 más que el comparador, siendo esta diferencia menor.																									
<b>Inequidad:</b>																										
¿Al preferir la intervención en lugar del comparador, se generará inequidad? (Inequidad: desfavorecer a poblaciones vulnerables como mayores de edad, personas de escasos recursos económicos, personas que viven en contextos rurales, personas que tienen escaso acceso a los servicios de salud, etc.)																										
Juicio	Evidencia		Consideraciones adicionales																							
<input type="radio"/> Reducido <input type="radio"/> Probablemente reducido			El GEG consideró que la intervención, probablemente no																							

<ul style="list-style-type: none"> <li>● Probablemente no tenga impacto</li> <li>○ Probablemente incremente la equidad</li> <li>○ Incrementa la equidad</li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>tenga mayor impacto sobre la equidad en las poblaciones vulnerables.</p>
<b>Aceptabilidad:</b> ¿La intervención es aceptable para el personal de salud y los pacientes?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● <b>Sí</b></li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p><b>Personal de salud:</b> El GEG consideró que los profesionales de la salud aceptarían recomendar la intervención en los adultos de 80 años a más con HTA esencial.</p> <p><b>Pacientes:</b> El GEG consideró que los pacientes aceptarían la intervención, luego de conocer los beneficios.</p>
<b>Factibilidad:</b> ¿La intervención es factible de implementar?		
Juicio	Evidencia	Consideraciones adicionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ No</li> <li>○ Probablemente no</li> <li>○ Probablemente sí</li> <li>● <b>Sí</b></li> <li>○ Varía</li> <li>○ Se desconoce</li> </ul>		<p>El GEG consideró que la intervención es factible. Los establecimientos de salud de EsSalud en su mayoría cuentan con estos productos farmacéuticos para tratar la HTA esencial.</p>

## Resumen de los juicios:

### **PICO 4.1. Población: Adultos de 18 años a más con HTA y DM2**

#### **PICO 4.1.1. Comparación: IECA o ARA II vs. DT**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

PICO 4.1.2. Comparación: IECA o ARA II vs. CA

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

PICO 4.1.4. Comparación: IECA o ARA II vs. BB

	JUICIOS						
BENEFICIO	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑO	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
USO DE RECURSOS	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
RECOMENDACIÓN FINAL	Recomendación fuerte a favor del control	Recomendación condicional a favor del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

**PICO 4.2. Población: Adultos de 80 años a más con HTA**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderada		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	Favorece al comparador	Probablemente favorece al comparador	No favorece a la intervención ni al comparador	Probablemente favorece a la intervención	Favorece a la intervención	Varía	Se desconoce
<b>USO DE RECURSOS</b>	Costos extensos	Costos moderados	Costos y ahorros despreciables	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Incrementa la inequidad	Probablemente incrementa la inequidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa la equidad	Varía	Se desconoce
<b>ACEPTABILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>FACTIBILIDAD</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí	Varía	Se desconoce
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación fuerte en contra de la intervención	Recomendación condicional en contra de la intervención		Recomendación condicional a favor de la intervención	Recomendación fuerte a favor de la intervención	No emitir recomendación	

## Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p><b><u>IECA o ARA II comparado con DT:</u></b>  <b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar IECA o ARA II en comparación con DT se consideraron triviales (puesto que los efectos sobre la mortalidad por cualquier causa, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal en etapa terminal, e infarto de miocardio fueron similares en ambas intervenciones) y los daños se consideraron triviales (puesto que los efectos sobre el cambio promedio de la PAS y PAD no fue importante; además la mortalidad cardiovascular, eventos cardiovasculares mayores, eventos adversos serios, enfermedad cardiovascular, función renal, y excreción de albúmina urinaria no fueron evaluados). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor del comparador e intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue muy baja. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p> <p><b><u>IECA o ARA II comparado con CA:</u></b>  <b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar IECA o ARA II en comparación de CA se consideraron moderados (puesto que los efectos sobre los eventos cardiovasculares mayores, insuficiencia cardíaca y la excreción de albúmina urinaria fueron importantes) y los daños se consideraron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos, los eventos adversos reportados para IECA o ARA II pueden ser confusión, somnolencia, insomnio, nerviosismo, rinorrea, prurito, vértigo, calambres, rubor, tos, ictericia, etc.; y para los CA pueden ser depresión, insomnio, temblor, disgeusia, síncope, hipoestesia, parestesia, arritmia, tos, rinitis, vómitos, prurito etc. Estos eventos se consideraron infrecuentes y no severos). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue moderada. Por ello, esta recomendación fue <b>fuerte</b>.</p>	<p>En adultos de 18 años a más con HTA esencial y DM2 sugerimos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brindar IECA o ARA II o DT o CA como alternativas de monoterapia inicial.</li> </ol> <p><b>Recomendación condicional a favor del comparador e intervención</b>  <b>Certeza de la evidencia: Muy Baja</b>  <b>(⊕⊕⊕⊕)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. En caso se tenga que decidir entre brindar IECA o ARA II versus CA, sugerimos brindar IECA o ARA II en lugar de CA como monoterapia inicial, sobre todo en pacientes que presenten albuminuria.</li> </ol> <p><b>Recomendación fuerte a favor de la intervención</b>  <b>Certeza de la evidencia: Moderada</b>  <b>(⊕⊕⊕⊖)</b></p>
<p><b><u>IECA o ARA II comparado con BB:</u></b>  <b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar IECA o ARA II en comparación de BB se consideraron pequeños (puesto que los efectos sobre el promedio de la PAS fueron pequeños pero significativos) y los daños se consideraron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos, los eventos adversos reportados para IECA o ARA II pueden ser confusión, somnolencia, insomnio, nerviosismo, rinorrea, prurito, vértigo, calambres, rubor, tos, ictericia, etc.; y para los BB pueden ser trastornos del sueño, mareo, cefalea, alopecia, fatiga, etc. Estos eventos se consideraron infrecuentes y no severos). Asimismo, debido a que no se evaluó ningún desenlace crítico, no se logró realizar</p>	



<p>el balance de los beneficios y daños. Por ello, se decidió <b>no emitir recomendación</b>.</p>	
<p><b>Dirección:</b> Los beneficios de brindar tratamiento antihipertensivo se consideraron grandes (puesto que los efectos sobre la mortalidad y morbilidad cardiovascular y cerebrovascular fueron importantes; a pesar de que la mortalidad, mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria fueron similares en ambas intervenciones) y los daños se consideraron triviales (puesto que, si bien la RS de ECA no proporcionó información sobre eventos adversos, los eventos adversos reportados se consideraron infrecuentes y no severos (39-41, 47)). Por ello, se emitió una recomendación <b>a favor de la intervención</b>.</p> <p><b>Fuerza:</b> La certeza de la evidencia fue baja. Por ello, esta recomendación fue <b>condicional</b>.</p>	<p>En adultos de 80 años a más con HTA esencial, sugerimos brindar tratamiento antihipertensivo con IECA o ARA II o DT o CA.</p> <p><b>Recomendación condicional a favor de la intervención</b></p> <p><b>Certeza de la evidencia: Baja</b> (⊕⊕⊖⊖)</p>