

Pregunta 7. En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, ¿se debería brindar inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonista del receptor de la angiotensina II (ARA-II) para la prevención de eventos isquémicos coronarios?

Introducción

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) bloquean la conversión de angiotensina I a angiotensina II y los bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARA-II) modulan el sistema renina angiotensina aldosterona, por tal motivo disminuyen la resistencia arteriolar e incrementan el gasto cardiaco y disminuyen la resistencia renovascular. Ambos medicamentos son empleados para disminuir la presión arterial y falla cardiaca (96). El objetivo de esta pregunta es evaluar el rol de los IECA y ARA-II en la prevención secundaria de los pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable para disminuir la mortalidad y el riesgo de infarto de miocardio.

Preguntas PICO abordadas en esta pregunta clínica:

La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

Pregunta PICO N°	Paciente o problema	Intervención / Comparador	Desenlaces
7	Pacientes con síntomas agudos de síndrome coronario crónico (anteriormente denominado angina estable)	IECA o ARA II / No IECA o ARA II	Críticos: <ul style="list-style-type: none"> Mortalidad por todas las causas Mortalidad cardiaca Importantes: <ul style="list-style-type: none"> Infarto de miocardio Angina pectoris

Búsqueda de RS:

Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de GPC que tengan RS (**Anexo N° 1**) y de RS publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), como se detalla en la sección de métodos.

Se encontró que la guía NICE (2011-2016) (29) realizó una RS sobre esta pregunta. Además, se encontraron dos RS publicadas como artículos científicos: Bangalore et al (2017) (97) y Teik Ong et al (2013) (98). A continuación, se resumen las características de las RS encontradas:

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por la RS
RS de la Guía NICE (2012) *	12/16	Junio 2011	6 ECA	<ul style="list-style-type: none"> Muerte por todas las causas Muerte cardiovascular Infarto de miocardio
Bangalore et al (2017)	16/16	Mayo 2018	24 ECA	<ul style="list-style-type: none"> Muerte por todas las causas Muerte cardiovascular

RS	Puntaje en AMSTAR 2	Fecha de la búsqueda (mes y año)	Número de estudios que responden la pregunta de interés	Desenlaces críticos o importantes que son evaluados por la RS
Teik et al (2013)	8/16	Mayo 2018	10 ECA	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto de miocardio • Muerte por todas las causas • Muerte cardiovascular • Infarto de miocardio

*Esta RS no realiza metaanálisis.

Resumen de la evidencia:

PICO 7: IECA vs placebo:

a. Mortalidad por todas las causas

- Para este desenlace se contó con una RS Bangalore et al 2017.
- La RS de Bangalore et al (2017) (97) (n=47719) encontró que la mortalidad por todas causas en pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable en tratamiento con IECA (1774/23965=7.4%) fue menor en comparación con el grupo que recibió placebo (1989/23754=8.4%); OR = 0.88, IC 95%: 0.83 - 0.94).

b. Mortalidad cardiovascular

- Para este desenlace se contó con una RS Bangalore et al 2017.
- La RS de Bangalore et al (2017) (97) (n=46191) encontró que la mortalidad cardiovascular en pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable en tratamiento con IECA (994/23207=4.3%) fue menor en comparación con el grupo que recibió placebo (1212/22984=5.3%); OR = 0.81, IC 95%: 0.75 - 0.89).
- Infarto de miocardio
 - Para este desenlace se contó con una RS Bangalore et al 2017.
 - La RS de Bangalore et al (2017) (97) (n=45012) encontró que el infarto de miocardio en pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable en tratamiento con IECA (117/22567=4.9%) fue menor en comparación con el grupo que recibió placebo (1508/22445=6.7%); OR = 0.82, IC 95%: 0.76 - 0.88).
- Angina pectoris
 - Para este desenlace se contó con una RS Bangalore et al 2017.
 - La RS de Bangalore et al (2017) (97) (n=43304) encontró que la angina pectoris en pacientes con síndrome coronario crónico o angina estable en tratamiento con IECA (2407/21667=11.1%) fue menor en comparación con el grupo que recibió placebo (2560/21635=11.8%); OR = 0.94, IC 95%: 0.89 - 0.99).

En agosto del 2023, se realizó una actualización de la búsqueda de RS que hayan sido elaboradas como parte de alguna GPC (**Anexo N° 1**) o publicadas como artículos científicos (**Anexo N° 2**), encontrándose un nuevo ECA (**Michelsen 2018 (99)**). Tras discutirlo con el GEG, se concluyó que la nueva evidencia no cambiaría la dirección de la recomendación, por lo cual no se realizaron cambios al texto de desarrollo de la pregunta.

Evaluación de la certeza de la evidencia según GRADE

Se graduó la evidencia utilizando el sistema GRADE (**Anexo N° 4**).

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

1. Balance beneficios/riesgos y calidad de la evidencia:

- En comparación con el placebo, el tratamiento con IECA presentó:
 - Menor mortalidad por todas causas (certeza de la evidencia: **baja**).
 - Menor mortalidad cardiovascular (certeza de la evidencia: **baja**).
 - Menor tasa de infarto de miocardio (certeza de la evidencia: **moderada**).
 - Menor angina pectoris (certeza de la evidencia: **moderada**).
- **Conclusión:** Los IECA son más beneficioso que el placebo (certeza de la evidencia: **baja**).

2. Valoración de los desenlaces por los pacientes: El GEG consideró que los desenlaces priorizados para esta pregunta serían relevantes para los pacientes.

3. Preferencias de los pacientes/familiares: El GEG consideró que:

- **Inhibidores ECA:** un importante grupo de pacientes/familiares podría estar en acuerdo con recibir el tratamiento.
- **Conclusión:** los pacientes/familiares preferirían el tratamiento con inhibidores de la ECA.

4. Aceptabilidad de los profesionales de la salud: El GEG consideró que:

- **Inhibidores de ECA:** los pacientes con angina son pacientes con múltiples comorbilidades entre ellas: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial, por tal motivo la indicación de inhibidores de ECA a pacientes normotensos o no diabéticos debe considerar la hipotensión, como evento adverso que podría causar al adicionarse a un betabloqueador.
- **Conclusión:** Los médicos especialistas consideran que los niveles de presión arterial en pacientes no diabéticos y no hipertensos debe ser considerada antes de la prescripción de inhibidores de ECA.

5. Uso de recursos: El GEG consideró que:

- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina se encuentran dentro del petitorio de EsSalud.

Recomendaciones y justificación:

Justificación de la dirección y fuerza de la recomendación	Recomendación
<p>Dirección: En adultos síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, los beneficios de brindar IECA (menor mortalidad por todas las causas, menor mortalidad cardíaca, menor infarto de miocardio, menor angina pectoris) en lugar de no brindarlo superaban a los potenciales daños.</p> <p>Por ello, se emitió una recomendación a favor del uso de la intervención.</p> <p>Fuerza: Debido a que la certeza general de la evidencia fue baja, esta recomendación fue condicional.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes, sugerimos brindar un IECA.</p> <p>Consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El objetivo del tratamiento en pacientes con hipertensión es lograr valores de presión arterial sistólica <130 mmHg, siempre que el tratamiento antihipertensivo sea bien tolerado. <p>Recomendación condicional Certeza de la evidencia: baja ⊕⊕○○</p>

Buenas Prácticas Clínicas (BPC):

El GEG consideró relevante emitir las siguientes BPC al respecto de la pregunta clínica desarrollada:

Justificación	BPC
<p>En pacientes con intolerancia a los IECA, que comúnmente se asocia a efectos secundarios como tos persistente o angioedema, los ARA-II ofrecen una alternativa eficaz, con un perfil de efectos secundarios más tolerable. Es importante individualizar la elección del ARA-II, teniendo en cuenta factores como la función renal, la comorbilidad asociada y la tolerancia del paciente a la medicación. Esto coincide con las guías AHA 2023 (10) y ESC 2024 (11) para el manejo de estos pacientes.</p>	<p>En pacientes adultos con síndrome coronario crónico con hipertensión y/o diabetes y que no toleran los IECA, brinde un ARA-II considerando las características del paciente.</p>