



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Terapéutica farmacológica

Trabajo:

IECAs y ARA II.

Docente:

Dr. Rodrigo Pacheco Ballinas

Alumno:

Casto Henri Mendez Mendez

Semestre y grupo:

4° "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 12 de junio de 2021.

Unión de un IECA y un ARA

Los datos publicados sobre los ARA II muestran que estos agentes presentan un buen perfil de seguridad y múltiples aplicaciones, además del tratamiento en la hipertensión arterial. Entre los efectos adversos más frecuentes descritos están la hipotensión y el incremento de azoados.

Cuando se compara su perfil de reacciones adversas con el de los IECA, B-bloqueantes, diuréticos o antagonistas del calcio, los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II parecen estar libres de algunos de los efectos que limitan el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo con aquéllos. En concreto la tos, que supone ser un factor limitante para el empleo de los IECA por su elevada incidencia (aproximadamente un 7-15%) se ha presentado asociada con los ARA II con una incidencia poco significativa, similar a la observada con placebo.

Los medicamentos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina (SRA), en particular los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) se utilizan con diferentes indicaciones en pacientes con hipertensión arterial y diferentes co-morbilidades, y son de uso extendido en pacientes cardiopatas y en diabéticos.

Su impacto clínico y si es adecuada su administración en conjunto.

La acción combinada de medicamentos para el bloqueo dual del SRA pudiese mejorar los resultados obtenidos con cada uno de los medicamentos por separado (monoterapia) en la prevención cardiovascular y/o renal de los pacientes con un perfil de riesgo cardiometabólico elevado². Sin embargo, ya en el ensayo The ONgoing Telmisartan Alone and in combination with Ramipril Global Endpoint Trial (ONTARGET) se observó que el tratamiento mediante bloqueo dual con IECA y ARA-II no parecía ofrecer ningún beneficio adicional en la reducción de la morbimortalidad cardiovascular de los pacientes con elevado riesgo cardiovascular respecto a la monoterapia³. Del mismo modo, el ensayo Aliskiren Trial in Type 2 Diabetes Using Cardiovascular and Renal Disease Endpoints (ALTITUDE) se interrumpió prematuramente debido a que la terapia dual tampoco mostró un claro beneficio clínico en las personas diabéticas que recibían un inhibidor directo de la renina (aliskireno) además del tratamiento con IECA o ARA-II, mientras que se produjeron mayores complicaciones y efectos adversos⁴. En enero de

2013 se publicó una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos sobre el efecto del bloqueo dual del SRA en pacientes con diverso perfil de riesgo cardiovascular.

Por otro lado, un estudio reciente ha sugerido que la terapia dual podría tener efectos beneficiosos a corto plazo, como la reducción de la proteinuria en pacientes con enfermedad renal. Sin embargo, este hallazgo sería contrario a los resultados obtenidos en grandes estudios que valoran acontecimientos renales. Algunas guías de práctica clínica (como es el caso de las guías europeas 2013 sobre el manejo de la hipertensión arterial y diabetes) desaconsejan el uso de la combinación de dos inhibidores del RAS. La ficha técnica de algunos medicamentos no recomienda el uso concomitante de IECA y ARA-II y en los casos individualmente definidos se recomienda seguir estrechamente la función renal y las concentraciones sanguíneas de potasio. En 2012, como consecuencia de los resultados del ensayo ALTITUDE, se contraindicó el bloqueo dual del SRA conjuntamente con aliskireno e IECA/ARA-II en pacientes diabéticos o con insuficiencia renal moderada-grave y se desaconsejó su uso en el resto de pacientes. Más recientemente, teniendo en cuenta la información que se ha generado en los últimos años, la Agencia Europea de Medicamentos ha anunciado el inicio de una revisión de los riesgos del bloqueo dual del SRA en el tratamiento de la hipertensión y la insuficiencia cardíaca congestiva.

El SRA es importante en la regulación de la presión arterial. La inhibición del SRA produciría incrementos en la secreción de renina y, por lo tanto, de la actividad de la renina plasmática. Algunos estudios han sugerido que valores altos de actividad de renina plasmática se han asociado con mayor incidencia de infarto de miocardio, peor pronóstico de la insuficiencia cardíaca y aumento de la mortalidad cardiovascular, así como empeoramiento de la función renal. La aparición de efectos adversos asociados al bloqueo dual del SRA podría suceder en pacientes susceptibles, como por ejemplo aquellos con depleción de volumen y/o sodio ocasionada por un tratamiento intensivo con diuréticos o por una dieta restrictiva en sal, entre otras posibles causas. En pacientes cuyo tono vascular y función renal dependen más de la actividad del SRA (por ejemplo personas con insuficiencia cardíaca congestiva o enfermedad renal subyacente) el tratamiento con medicamentos que afectan al SRA también se ha asociado con hipotensión o, raramente, con fallo renal agudo.

Conclusiones.

Es de suma importancia considerar que el uso de ARAII y IECAs, debe de ser en pacientes completamente monitorizados y con estricta vigilancia. Y por supuesto una valoración exhaustiva en el paciente. Ya que en base a estudios realizados no damos cuenta que los ensayos clínicos no tienen una respuesta clara, dando como resultado una mayor comorbilidad en los pacientes, aunque pueden existir manejo dual, sin embargo actualmente no es recomendable por su nivel de acción y sus efectos.

Y actualmente se sabe que incrementa los riesgos cardiovasculares.

Bibliografía

- Ministerio de salud española, 2020. MUH. Medicamentos antihipertensivos que actual sobre el sistema renina angiotensina e infección por COVID-19 Agencia española de medicamentos y productos sanitarios, farmacovigilancia, 16 junio 2020.
- Orlando; Burgos, 2019. Los antagonistas de los receptores de la angiotensina II a la luz de los estudios de mayor impacto. Dr. Marlon Orlando Jaimes Cadena, Dra. Roxana Bernardet Burgos Portillo. Revista médica La paz, Vol. 15 N.2
- Cátala; Saint y fuentes, 2020. Bloqueo dual del sistema renina-angiotensina frente a la monoterapia: revisión sistemática y metaanálisis acumulativo de ensayos clínicos y estudios observacionales, Ferrán Catalá López, Diego Macías Saint Gerons, César de la Fuente Honrubia y Gloria Martín Serrano. Revista española de salud pública Vol. 88, Madrid, 2020.