

## Material Suplementario

### Material suplementario 1. Búsquedas sistemáticas para cada pregunta clínica

#### Pregunta 1. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿qué escala de predicción de riesgo cardiovascular debería usarse?

##### Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial
- **Tipo de intervención / comparador:** Escalas de predicción de riesgo cardiovascular \*
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad general, mortalidad cardiovascular, incidencia de eventos cardiovasculares, razón de verosimilitud (+) o (-), área bajo la curva, curva ROC, DOR (odds ratio diagnóstico), sensibilidad, especificidad.

(\*) **Escalas de predicción de riesgo cardiovascular:** 1) Escala de riesgo de Framingham (FRS, por sus siglas en inglés), 2) Escala de evaluación sistemática de riesgo coronario (SCORE, por sus siglas en inglés) de la sociedad europea de cardiología, 3) Escala de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD, por sus siglas en inglés), 4) Escala de riesgo de enfermedad cardiovascular (QRISK2), 5) Modelo de riesgo cardiovascular (de la iniciativa HEARTS en las Américas de la Organización Mundial de la Salud).

##### Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a julio 2022		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Hypertension"[Mesh] OR "Essential Hypertension"[Mesh] OR "Hypertension"[Tiab] OR "Essential Hypertension"[Tiab] OR "Arterial hypertension"[Tiab]
#2	Intervención / Comparador	("cardiovascular"[Tiab] OR "heart disease"[Tiab] OR "heart failure"[Tiab] OR "Cardiovascular Diseases"[Mesh] OR "Cardiovascular Diseases"[Tiab] OR CDV[Tiab] OR "cardiovascular risk"[Tiab]) AND ("prediction"[Tiab] OR "detection"[Tiab] OR "identification"[Tiab] OR assess*[Tiab] OR tool*[Tiab] OR calculat*[Tiab]) AND ("framingham score"[Tiab] OR SCORE[Tiab] OR QRISK2[Tiab] OR ASCVD[Tiab] OR "HEARTS in the Americas"[Tiab])
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB])
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

##### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	204
Artículos evaluados a texto completo	11
Estudios incluidos en la revisión	03

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 1.1:</b>		
Grand M, Bia D, Diaz A. Cardiovascular Risk Assessment in People Living With HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis of Real-Life Data. <i>Curr HIV Res.</i> 2020;18(1):5-18.	RS	Estudio no disponible en libre acceso.
Brindle P, Beswick A, Fahey T, Ebrahim S. Accuracy and impact of risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. <i>Heart.</i> 2006 Dec;92(12):1752-9.	RN	Estudio no reporta los desenlaces priorizados en la PICO.
Fowkes FGR, Murray GD, Butcher I, et al. Ankle brachial index combined with Framingham risk score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. <i>JAMA</i> 2008;300:197–208.	RS	Estudio comparó la variación de una herramienta para determinar el riesgo cardiovascular.
Tzoulaki I, Liberopoulos G, Ioannidis JPA. Assessment of claims of improved prediction beyond the Framingham risk score. <i>JAMA</i> 2009;302:2345–52.	RS	Estudio comparó la variación de una herramienta para determinar el riesgo cardiovascular.
Damen JA, Pajouheshnia R, Heus P, et al. Performance of the Framingham risk models and pooled cohort equations for predicting 10-year risk of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Med</i> 2019;17:109.	RS	Estudio comparó herramientas para determinar el riesgo cardiovascular diferentes a las consideradas en la PICO.
Damen JAAG, Hooft L, Schuit E, et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. <i>BMJ</i> 2016;353.	RN	Estudio no reporta los desenlaces priorizados en la PICO.
Echouffo-Tcheugui JB, Greene SJ, Papadimitriou L, et al. Population risk prediction models for incident heart failure: a systematic review. <i>Circ Heart Fail</i> 2015;8:438–47.	RN	Estudio no reporta los desenlaces priorizados en la PICO.
Beswick AD, Brindle P, Fahey T, et al. A systematic review of risk scoring methods and clinical decision aids used in the primary prevention of coronary heart disease (supplement) [Internet]. London: Royal College of General	RS	Estudio no reporta los desenlaces priorizados en la PICO.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Practitioners, UK: National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance, 2008.		

### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 1.1:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lucaroni F, Cicciarella Modica D, Macino M, Palombi L, Abbondanzieri A, Agosti G, Biondi G, Morciano L, Vinci A. Can risk be predicted? An umbrella systematic review of current risk prediction models for cardiovascular diseases, diabetes and hypertension. <i>BMJ Open</i>. 2019 Dec 19;9(12):e030234.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cortes-Bergoderi M, Thomas RJ, Albuquerque FN, et al. Validity of cardiovascular risk prediction models in Latin America and among Hispanics in the United States of America: a systematic review. <i>Rev Panam Salud Publica</i> 2012;32:131-9.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Siontis GCM, Tzoulaki I, Siontis KC, et al. Comparisons of established risk prediction models for cardiovascular disease: systematic review. <i>BMJ</i> 2012;344:e3318.</li> </ul>	RS

**Pregunta 2. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿cuáles son las intervenciones no farmacológicas que se deberían brindar?**

### Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial
- **Tipo de intervención / comparador:** Ejercicio físico > 150 minutos semanales versus no realizar ejercicio físico / Dieta baja en sodio (< 2g/d) versus dieta alta en sodio (≥ 2g/d)
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad, cambio promedio de la presión arterial sistólica, cambio promedio de la presión arterial diastólica, eventos cardiovasculares, frecuencia cardíaca, calidad de vida.

### Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a julio 2022.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Últimos 5 años</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	"Hypertension"[Mesh] OR "Essential Hypertension"[Mesh] OR "Hypertension"[Tiab] OR "Essential Hypertension"[Tiab] OR "Arterial hypertension"[Tiab] OR "Blood Pressure"[Mesh] OR "High Blood Pressure"[Tiab]
#2	Intervención / Comparador	"Sodium Chloride, Dietary"[Mesh] OR "Sodium Chloride, Dietary"[Tiab] OR "salt intake"[Tiab] OR "Exercise"[Mesh]

		OR "Exercise"[Tiab] OR "physical activity"[Tiab] OR training[Tiab] OR walking[Tiab] OR aerobic*[Tiab]
#3	Tipo de estudio 1	"Systematic Review"[Publication Type] OR "Meta-Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB]
#5	Término final	#1 AND #2 AND #3

**Proceso de selección de estudios:**

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	582
Artículos evaluados a texto completo	25 (Ejercicio)
	09 (Dieta)
Estudios incluidos en la revisión	06 (Ejercicio)
	02 (Dieta)

**Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:**

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 2.1. Ejercicio</b>		
Saco-Ledo G, Valenzuela PL, Ruilope LM, Lucia A. Physical Exercise in Resistant Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Front Cardiovasc Med. 2022 May 19;9:893811.	RS	El estudio incluyó población con hipertensión resistente.
Tam HL, Leung LYL, Chan ASW. Effectiveness of Tai Chi in Patients With Hypertension: An Overview of Meta-analyses. J Cardiovasc Nurs. 2022 May 5.	RS	El estudio se centró en un solo tipo de actividad física, y es una revisión de RS.
Dassanayake S, Sole G, Wilkins G, Gray E, Skinner M. Effectiveness of Physical Activity and Exercise on Ambulatory Blood Pressure in Adults with Resistant Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2022 May;29(3):275-286.	RS	El estudio incluyó población con hipertensión resistente.
Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Murali S. Effectiveness of multiple combined lifestyle interventions in reducing blood pressure among patients with prehypertension and hypertension: a network meta-analysis. J Public Health (Oxf). 2022 Feb 24:fdac027.	RS	El estudio no está disponible a texto completo.
Zhu Z, Yan W, Yu Q, Wu P, Bigambo FM, Chen J. Association between Exercise and Blood Pressure in Hypertensive Residents: A Meta-Analysis. Evid	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Based Complement Alternat Med. 2022 Jan 11;2022:2453805.		
Dai L, Jiang Y, Wang P, Chen K. Effects of Three Traditional Chinese Fitness Exercises Combined with Antihypertensive Drugs on Patients with Essential Hypertension: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2021 Oct 31;2021:2570472.	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.
Pan X, Tian L, Yang F, Sun J, Li X, An N, Xing Y, Su X, Liu X, Liu C, Gao Y, Xing Y. Tai Chi as a Therapy of Traditional Chinese Medicine on Reducing Blood Pressure: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2021 Sep 4;2021:4094325.	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.
Liu D, Yi L, Sheng M, Wang G, Zou Y. The Efficacy of Tai Chi and Qigong Exercises on Blood Pressure and Blood Levels of Nitric Oxide and Endothelin-1 in Patients with Essential Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2020 Jul 30;2020:3267971.	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.
Liang H, Luo S, Chen X, Lu Y, Liu Z, Wei L. Effects of Tai Chi exercise on cardiovascular disease risk factors and quality of life in adults with essential hypertension: A meta-analysis. Heart Lung. 2020 Jul-Aug;49(4):353-363.	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.
Zhong D, Li J, Yang H, Li Y, Huang Y, Xiao Q, Liu T, Jin R. Tai Chi for Essential Hypertension: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Curr Hypertens Rep. 2020 Mar 2;22(3):25.	RS	El estudio analizó por tipo de actividades físicas a realizar.
Lee SH, Chae YR. Characteristics of Aerobic Exercise as Determinants of Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Korean Acad Nurs. 2020 Dec;50(6):740-756.	RS	El estudio no está disponible a texto completo.
Guan Y, Hao Y, Guan Y, Wang H. Effects of Baduanjin exercise on essential hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2020 Aug 7;99(32):e21577.	RS	El estudio se centró en un solo tipo de actividad física.
Peng Y, Su Y, Wang YD, Yuan LR, Wang R, Dai JS. Effects of regular dance therapy intervention on blood pressure in hypertension individuals: a systematic review and meta-analysis. J Sports Med Phys Fitness. 2021 Feb;61(2):301-309.	RS	El estudio se centró en un solo tipo de actividad física, y el artículo no está disponible a texto completo.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Wu Y, Johnson BT, Chen S, Chen Y, Livingston J, Pescatello LS. Tai Ji Quan as antihypertensive lifestyle therapy: A systematic review and meta-analysis. J Sport Health Sci. 2021 Mar;10(2):211-221.	RS	El estudio se centró en un solo tipo de actividad física.
Guan Y, Hao Y, Guan Y, Wang H. Effects of Tai Chi on essential hypertension and related risk factors: A meta-analysis of randomized controlled trials. J Rehabil Med. 2020 May 11;52(5):jrm00057.	RS	El estudio se centró en un solo tipo de actividad física.
Noone C, Dwyer CP, Murphy J, Newell J, Molloy GJ. Comparative effectiveness of physical activity interventions and anti-hypertensive pharmacological interventions in reducing blood pressure in people with hypertension: protocol for a systematic review and network meta-analysis. Syst Rev. 2018 Aug 21;7(1):128.	RS	El estudio tuvo diferente comparador al planteado en la pregunta PICO.
Pescatello LS, Buchner DM, Jakicic JM, Powell KE, Kraus WE, Bloodgood B, Campbell WW, Dietz S, Dipietro L, George SM, Macko RF, McTiernan A, Pate RR, Piercy KL; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE*. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. Med Sci Sports Exerc. 2019 Jun;51(6):1314-1323.	RS	El estudio incluyó población normal e hipertensa.
Kelley GA, Kelley KS, Stauffer BL. Walking and resting blood pressure: An inter-individual response difference meta-analysis of randomized controlled trials. Sci Prog. 2022 Apr-Jun;105(2):368504221101636.	RS	El estudio incluyó población normotensa e hipertensa, y no realizó análisis por subgrupo.
De Barcelos GT, Heberle I, Coneglian JC, Vieira BA, Delevatti RS, Gerage AM. Effects of Aerobic Training Progression on Blood Pressure in Individuals With Hypertension: A Systematic Review With Meta-Analysis and Meta-Regression. Front Sports Act Living. 2022 Feb 17;4:719063.	RS	El estudio muestra resultados de los pacientes pre y post intervención.
<b>PICO N° 2.2. Dieta</b>		
Wang NX, Arcand J, Campbell NRC, Johnson C, Malta D, Petersen K, Rae S, Santos JA, Sivakumar B, Thout SR, McLean R. The World Hypertension League Science of Salt: a regularly updated systematic review of salt and health outcomes studies (Sept 2019 to Dec 2020). J Hum Hypertens. 2022 Jun 10.	RS	El estudio incluyó estudios observacionales en su búsqueda.
Khalesi S, Williams E, Irwin C, Johnson DW, Webster J, McCartney D, Jamshidi A, Vandelanotte C. Reducing salt intake: a systematic	RS	El estudio no evaluó las intervención como se planteó en la PICO.

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
review and meta-analysis of behavior change interventions in adults. Nutr Rev. 2022 Mar 10;80(4):723-740.		
Jin A, Xie W, Wu Y. Effect of salt reduction interventions in lowering blood pressure in Chinese populations: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ Open. 2020 Feb 17;10(2):e032941.	RS	El estudio incluyó población procedente de China.
Graudal N, Hubeck-Graudal T, Jürgens G, Taylor RS. Dose-response relation between dietary sodium and blood pressure: a meta-regression analysis of 133 randomized controlled trials. Am J Clin Nutr. 2019 May 1;109(5):1273-1278.	RS	El estudio tuvo otro objetivo, evaluar el efecto dosis-respuesta de la intervención.
D'Elia L, La Fata E, Giaquinto A, Strazzullo P, Galletti F. Effect of dietary salt restriction on central blood pressure: A systematic review and meta-analysis of the intervention studies. J Clin Hypertens (Greenwich). 2020 May;22(5):814-825.	RS	El estudio realizó meta-análisis entre estudios observacionales y ECA, y no queda claro el análisis realizado para los desenlaces de interés.
Huang L, Trieu K, Yoshimura S, Neal B, Woodward M, Campbell NRC, Li Q, Lackland DT, Leung AA, Anderson CAM, MacGregor GA, He FJ. Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. BMJ. 2020 Feb 24;368:m315.	RS	El estudio realizó el análisis considerando diferentes cantidades de sodio, lo cual no fue compatible con la intervención y comparador.
Malta D, Petersen KS, Johnson C, Trieu K, Rae S, Jefferson K, Santos JA, Wong MMY, Raj TS, Webster J, Campbell NRC, Arcand J. High sodium intake increases blood pressure and risk of kidney disease. From the Science of Salt: A regularly updated systematic review of salt and health outcomes (August 2016 to March 2017). J Clin Hypertens (Greenwich). 2018 Dec;20(12):1654-1665.	RS	El estudio es una revisión narrativa de estudios observacionales y ECA.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 2.1. Ejercicio</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Fu Y, Feng Q, Wei Y, Fan L, Pan Y, Ji J, Lin C. Meta-Analysis of the Effect of Aerobic Training on Blood Pressure in Hypertensive Patients. Comput Math Methods Med. 2022 May 25;2022:9281661.</li> </ul>	RS

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lee LL, Mulvaney CA, Wong YKY, Chan ES, Watson MC, Lin HH. Walking for hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Feb 24;2(2):CD008823.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Saco-Ledo G, Valenzuela PL, Ruiz-Hurtado G, Ruilope LM, Lucia A. Exercise Reduces Ambulatory Blood Pressure in Patients with Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Am Heart Assoc. 2020 Dec 15;9(24):e018487.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Igarashi Y, Nogami Y. Running to Lower Resting Blood Pressure: A Systematic Review and Meta-analysis. Sports Med. 2020 Mar;50(3):531-541.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cao L, Li X, Yan P, Wang X, Li M, Li R, Shi X, Liu X, Yang K. The effectiveness of aerobic exercise for hypertensive population: A systematic review and meta-analysis. J Clin Hypertens (Greenwich). 2019 Jul;21(7):868-876.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedralli ML, Eibel B, Waclawovsky G, Schaun MI, Nisa-Castro-Neto W, Umpierre D, Pescatello LS, Tanaka H, Lehnen AM. Effects of exercise training on endothelial function in individuals with hypertension: a systematic review with meta-analysis. J Am Soc Hypertens. 2018 Dec;12(12):e65-e75.</li> </ul>	RS
<b>PICO N° 2.2. Dieta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jurgens G. Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 12;12(12):CD004022.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>D'Elia L, Galletti F, La Fata E, Sabino P, Strazzullo P. Effect of dietary sodium restriction on arterial stiffness: systematic review and meta-analysis of the randomized controlled trials. J Hypertens. 2018 Apr;36(4):734-743.</li> </ul>	RS

**Pregunta 3. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿qué grupos farmacológicos se deberían brindar como primera elección?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial
- **Tipo de intervención / comparador:** Diuréticos tiazídicos (DT), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II), calcioantagonistas (CA), betabloqueadores (BB) **versus** Placebo
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, evento cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio, eventos adversos serios, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, cambio promedio de la TFG, cambio promedio de la creatinina, cambio promedio de la PAS, cambio promedio de la PAD

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

<b>Base de datos: PubMed</b>		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a agosto de 2022		
Filtros: • Últimos 5 años		
	<b>Descripción</b>	<b>Término</b>
#1	Población	essential hypertension[MH] OR blood pressure[MH] OR hypertension[TIAB] OR (high[TIAB] OR elevat*[TIAB] OR rais*[TIAB]) AND (blood pressure[TIAB])
#2	Intervención / Comparador	antihypertensive agents[MH] OR monotherapy[TIAB] OR diuretics[MH] OR thiazides[MH] OR thiazide[TIAB] OR hydrochlorothiazide[TIAB] OR angiotensin-converting enzyme inhibitors[MH] OR captopril[TIAB] OR enalapril[TIAB] OR angiotensin receptor antagonists[MH] OR losartan[TIAB] OR valsartan[TIAB] OR irbesartan[TIAB] OR calcium channel blockers[MH] OR amlodipine[TIAB] OR verapamil[TIAB] OR adrenergic beta-antagonists[MH] OR atenolol[TIAB] OR propranolol[TIAB]
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

**Proceso de selección de estudios:**

<b>Proceso de selección de estudios</b>	<b>Número de artículos</b>
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	480
Artículos evaluados a texto completo	01
Estudios incluidos en la revisión	01

**Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:**

<b>Estudios</b>	<b>Diseño</b>	<b>Razón por la cual se excluyó</b>
• ---	---	---

**Artículos evaluados a texto completo e incluidos:**

<b>Estudios</b>	<b>Diseño</b>
• Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 18;4(4):CD001841.	RS

**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?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA y DM2 / Adultos de 80 años a más con HTA
- **Tipo de intervención / comparador:** IECA o ARA II o CA o BB o DT/ Placebo o IECA o ARA II o CA o BB o DT
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, función renal, cambio promedio de la TFG, cambio promedio de la creatinina, cambio promedio de la PAS, cambio promedio de la PAD

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

Base de datos: Pubmed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a agosto 2022.		
Filtros:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Últimos 5 años</li> </ul>		
	Descripción	Término
#1	Población	("Hypertension"[Mesh] OR "Essential Hypertension"[Mesh] OR "Hypertension"[Tiab] OR "Essential Hypertension"[Tiab] OR "Arterial hypertension"[Tiab] OR "Blood Pressure"[Mesh] OR "High Blood Pressure"[Tiab]) AND ("Diabetes Mellitus"[Mesh] OR "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] OR "diabetes mellitus"[Tiab] OR "type 2 diabetes mellitus"[Tiab] OR DM[Tiab] OR T2DM[Tiab] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Tiab] OR "advanced age"[Tiab] OR "over 80 years old"[Tiab])
#2	Intervención / Comparador	"Drug Therapy"[Mesh] OR treatment*[Tiab] OR "Antihypertensive Agents"[Mesh] OR "Calcium Channel Blockers"[Mesh] OR "Antihypertensive Agents"[Tiab] OR "Calcium Channel Blockers"[Tiab] OR "Angiotensin Receptor Antagonists"[Mesh] OR "Angiotensin Receptor Antagonists"[Tiab] OR "Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors"[Mesh] OR "Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors"[Tiab] OR "ACE inhibitors"[Tiab] OR "beta-blockers"[Tiab] OR "beta-blocker"[Tiab] OR "Diuretics"[Mesh] OR "Diuretics"[Tiab]
#3	Tipo de estudio	("Systematic Review"[PT] OR "Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Network Meta-Analysis"[Mesh] OR "Systematic Review"[TIAB] OR "Meta Analysis"[TIAB] OR Metanalysis[TIAB] OR Metaanalysis[TIAB] OR "Meta Analyses"[TIAB])
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

**Proceso de selección de estudios:**

Proceso de selección de estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	396
Artículos evaluados a texto completo	07 (DM2)

	04 (80 años)
Estudios incluidos en la revisión	04 (DM2)
	01 (80 años)

**Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:**

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 4.1. DM2</b>		
Canoy D, Copland E, Nazarzadeh M, Ramakrishnan R, Pinho-Gomes AC, Salam A, Dwyer JP, Farzadfar F, Sundström J, Woodward M, Davis BR, Rahimi K; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration; Blood Pressure Lowering Treatment Trialists Collaboration. Antihypertensive drug effects on long-term blood pressure: an individual-level data meta-analysis of randomised clinical trials. <i>Heart</i> . 2022 Jul 27;108(16):1281-1289.	RS	El estudio realizó comparación entre los antihipertensivos versus placebo, no diferenció por grupo de fármaco.
Farsang C, Dézsi CA, Brzozowska-Villatte R, De Champvallins M, Glezer M, Karpov Y. Beneficial Effects of a Perindopril/Indapamide Single-Pill Combination in Hypertensive Patients with Diabetes and/or Obesity or Metabolic Syndrome: A Post Hoc Pooled Analysis of Four Observational Studies. <i>Adv Ther</i> . 2021 Apr;38(4):1776-1790.	RS	Estudio realizó meta-análisis de estudios observacionales, y no de ensayos clínicos aleatorizados.
Kunimura A, Himuro N, Fujiyoshi A, Segawa H, Ohnishi H, Saitoh S. The effects of renin-angiotensin system inhibitors on mortality, cardiovascular events, and renal events in hypertensive patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Hypertens Res</i> . 2019 May;42(5):669-680.	RS	Estudio no realiza comparaciones individuales como se plantea en la PICO.
<b>PICO N° 4.2. 80 años</b>		
Ho VS, Cenzer IS, Nguyen BT, Lee SJ. Time to benefit for stroke reduction after blood pressure treatment in older adults: A meta-analysis. <i>J Am Geriatr Soc</i> . 2022 May;70(5):1558-1568.	RS	El estudio incluyó población adulta mayor de 65 años.
Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Age-stratified and blood-pressure-stratified effects of blood-pressure-lowering pharmacotherapy for the prevention of cardiovascular disease and death: an individual participant-level data meta-analysis. <i>Lancet</i> . 2021 Sep 18;398(10305):1053-1064.	RS	El estudio realizó comparación entre los antihipertensivos versus placebo, no diferenció por grupo de fármaco.
Murad MH, Larrea-Mantilla L, Haddad A, Spencer-Bonilla G, Serrano V, Rodriguez-Gutierrez R, Alvarez-Villalobos N, Benkhadra K, Gionfriddo MR, Prokop LJ, Brito JP, Ponce OJ. Antihypertensive Agents in Older Adults: A Systematic Review and	RS	El estudio realizó comparación entre los antihipertensivos versus placebo, no diferenció por grupo de fármaco, y la

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. J Clin Endocrinol Metab. 2019 May 1;104(5):1575-1584.		población fueron mayores de 65 a 75 años.

#### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
<b>PICO N° 4.1. DM2</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Yao J, Fan S, Shi X, Gong X, Zhao J, Fan G. Angiotensin-converting enzyme inhibitors versus angiotensin II receptor blockers on insulin sensitivity in hypertensive patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2021 Jul 7;16(7):e0253492.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cativo EH, Lopez PD, Cativo DP, Atlas SA, Rosendorff C. The Effect of Calcium Channel Blockers on Moderate or Severe Albuminuria in Diabetic, Hypertensive Patients. Am J Med. 2021 Jan;134(1):104-113.e3.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Wang G, Chen Y, Li L, Tang W, Wright JM. First-line renin-angiotensin system inhibitors vs. other first-line antihypertensive drug classes in hypertensive patients with type 2 diabetes mellitus. J Hum Hypertens. 2018 Jul;32(7):494-506.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lv X, Zhang Y, Niu Y, Song Q, Zhao Q. Comparison of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on cardiovascular outcomes in hypertensive patients with type 2 diabetes mellitus: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018 Apr;97(15):e0256.</li> </ul>	RS
<b>PICO N° 4.2. 80 años</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Puil L, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in adults 60 years or older. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jun 5;6(6):CD000028.</li> </ul>	RS

**Pregunta 5. En adultos de 18 años a más con HTA esencial que requieren tratamiento farmacológico, ¿se debería brindar terapia combinada (dos a más grupos farmacológicos) o monoterapia?**

#### Criterios de elegibilidad de los Estudios:

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial que requieren tratamiento farmacológico y riesgo cardiovascular bajo o moderado / Adultos de 18 años a más con HTA esencial que requieren tratamiento farmacológico y riesgo cardiovascular alto o muy alto
- **Tipo de intervención / comparador:** Cualquier terapia combinada /Cualquier monoterapia (DT, IECA, ARA, CA, BB)
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, función renal,

cambio promedio de la TFG, cambio promedio de la creatinina, cambio promedio de la PAS, cambio promedio de la PAD

### Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a agosto de 2022		
Filtros:		
• Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	essential hypertension[MH] OR blood pressure[MH] OR hypertension[TIAB] OR (high[TIAB] OR elevat*[TIAB] OR rais*[TIAB]) AND (blood pressure[TIAB])
#2	Intervención / Comparador	monotherapy[TIAB] AND combination therapy[TIAB]
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

### Proceso de selección de estudios:

Proceso de selección de RS	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	48
Artículos evaluados a texto completo	02
Estudios incluidos en la revisión	02

### Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 5:</b>		
• No se excluyeron estudios.	-	-

### Artículos evaluados a texto completo e incluidos:

Estudios	Diseño
• Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Gaminde I, Ariz MJ, Erviti J. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Feb 6;2(2):CD010316.	RS
• National Guideline Centre (UK). Evidence review for step 1 treatment: Hypertension in adults: diagnosis and management: Evidence review E. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Aug.	RS

**Pregunta 6. En adultos de 18 años a más con HTA esencial en tratamiento farmacológico, ¿cuál debería ser la meta de presión arterial?**

**Criterios de elegibilidad de los Estudios:**

- **Tipo de Estudios:** Revisiones sistemáticas
- **Tipo de participantes:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado / Adultos de 18 años a más con HTA esencial y enfermedad cardiovascular establecida / Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto / Adultos de 65 años a más con HTA esencial
- **Tipo de intervención / comparador:** PAS < 130 mmHg versus PAS < 140 mmHg / PA < 150-160/95-100 mmHg versus PA < 140/90 mmHg
- **Tipo de desenlaces:** Mortalidad por cualquier causa, mortalidad cardiovascular, accidente cerebrovascular, eventos cardiovasculares mayores, infarto de miocardio, enfermedad cardiovascular, insuficiencia cardíaca, función renal, cambio promedio de la TFG, cambio promedio de la creatinina, cambio promedio de la PAS, cambio promedio de la PAD

**Estrategias de búsqueda de acuerdo a bases de datos biomédicas:**

Base de datos: PubMed		
Fecha de búsqueda: desde el inicio de los tiempos a agosto de 2022.		
Filtros:		
• Ninguno		
	Descripción	Término
#1	Población	essential hypertension[MH] OR blood pressure[MH] OR hypertension[TIAB] OR (high[TIAB] OR elevat*[TIAB] OR raís*[TIAB] OR control[TIAB]) AND (blood pressure[TIAB])
#2	Intervención / Comparador	goals[MH] OR target*[TIAB]
#3	Tipo de estudio	systematic review[PT] OR meta-analysis[PT] OR meta-analysis as topic[MH] OR systematic review[TIAB] OR meta analysis[TIAB] OR metaanalysis[TIAB] OR meta analyses[TIAB]
#4	Término final	#1 AND #2 AND #3

**Proceso de selección de estudios:**

Proceso de selección de Estudios	Número de artículos
Citaciones identificadas en las bases de datos electrónicas	735
Artículos evaluados a texto completo	08
Estudios incluidos en la revisión	08

**Artículos evaluados a texto completo pero excluidos:**

Estudios	Diseño	Razón por la cual se excluyó
<b>PICO N° 6:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se excluyeron estudios.</li> </ul>	-	-

**Artículos evaluados a texto completo e incluidos:**

Estudios	Diseño
<ul style="list-style-type: none"> <li>National Guideline Centre (UK). Evidence review for targets: Hypertension in adults: diagnosis and management: Evidence review D. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Aug. (NICE Guideline, No. 136.) 2, Blood pressure targets. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578053/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578053/</a></li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 17;12(12):CD004349.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>National Guideline Centre (UK). Evidence review for blood pressure targets: Hypertension in adults (update): Evidence review J. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 Mar. (NICE Guideline, No. 136.). Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579395/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK579395/</a></li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Saiz LC, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Muruzábal L, Malón MDM, Montoya R, López A. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 11;10(10):CD010315.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tsai WC, Wu HY, Peng YS, Yang JY, Chen HY, Chiu YL, Hsu SP, Ko MJ, Pai MF, Tu YK, Hung KY, Chien KL. Association of Intensive Blood Pressure Control and Kidney Disease Progression in Nondiabetic Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017 Jun 1;177(6):792-799.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aronow WS, Shamliyan TA. Blood pressure targets for hypertension in patients with type 2 diabetes. Ann Transl Med. 2018 Jun;6(11):199. doi: 10.21037/atm.2018.04.36.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Garrison SR, Kolber MR, Korownyk CS, McCracken RK, Heran BS, Allan GM. Blood pressure targets for hypertension in older adults. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 8;8(8):CD011575.</li> </ul>	RS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Murad MH, Larrea-Mantilla L, Haddad A, Spencer-Bonilla G, Serrano V, Rodriguez-Gutierrez R, et al. Antihypertensive agents in older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Clin Endocrinol Metab. 2019;104(5):1575-1584. doi: 10.1210/jc.2019-00197.</li> </ul>	RS

## Material suplementario 2. Tablas SoF y resumen de EtD

### Pregunta 1. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿qué escala de predicción de riesgo cardiovascular debería usarse?

#### Tabla *Summary of Findings* (SoF):

<p><b>Población:</b> Adultos de 18 años a más con HTA esencial</p> <p><b>Prueba índice:</b> 1) Escala de riesgo de Framingham (FRS, por sus siglas en inglés), 2) Escala de evaluación sistemática de riesgo coronario (SCORE, por sus siglas en inglés) de la sociedad europea de cardiología, 3) Escala de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD, por sus siglas en inglés), 4) Escala de riesgo de enfermedad cardiovascular (QRISK2), 5) Modelo de riesgo cardiovascular (de la iniciativa HEARTS en las Américas de la Organización Mundial de la Salud).</p> <p><b>Rol de la prueba índice:</b> Pronosticar el riesgo cardiovascular</p> <p><b>Prueba de referencia:</b> Diagnóstico de enfermedad cardiovascular</p> <p><b>Autores:</b> Carolina Delgado-Flores</p> <p><b>Evidencia por cada prueba índice:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>FRS:</b> RS de Siontis 2012 (8) y RS de Cortes-Bergoderi 2012 (6) (*).</li> <li>• <b>SCORE:</b> RS de Siontis 2012 (8).</li> <li>• <b>ASCVD:</b> RS de Siontis 2012 (8).</li> <li>• <b>QRISK2:</b> RS de Siontis 2012 (8).</li> <li>• <b>HEARTS en las Américas:</b> RS de Siontis 2012 (8).</li> </ul>		
Prueba índice	Desenlaces, N° de estudio, tipo de estudios	Certeza de la Evidencia
FRS	<p><b>AUC (Rango mín. – máx.)</b> (11 EO) Total: 0.70 a 0.86 Varones: 0.60 a 0.79 Mujeres: 0.70 a 0.82 (*Hispanos: 0.69 (riesgo de cardiopatía coronaria), y 0.78 (muerte cardiovascular)</p>	<p>⊕○○○ MUY BAJA <sup>a</sup></p>
SCORE	<p><b>AUC (Rango mín. – máx.)</b> (4 EO) Total: 0.85 a 0.86 Varones: 0.60 a 0.79 Mujeres: 0.70 a 0.82</p>	<p>⊕○○○ MUY BAJA <sup>a</sup></p>
ASCVD	No se encontraron estudios que evaluaran esta herramienta.	
QRISK2	<p><b>AUC (Rango mín. – máx.)</b> (2 EO) Varones: 0.77 a 0.79 Mujeres: 0.80 a 0.82</p>	<p>⊕○○○ MUY BAJA <sup>a</sup></p>
HEARTS en las Américas	No se encontraron estudios que evaluaran esta herramienta.	

**AUC:** Área bajo la curva; **EO:** Estudio Observacional; **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

- a. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: estudios fueron realizados en pacientes con otras comorbilidades, no necesariamente en pacientes con hipertensión arterial esencial.

**Pregunta 2. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿cuáles son las intervenciones no farmacológicas que se deberían brindar?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

PICO 2.1. Realizar ejercicio físico en comparación con no realizar ejercicio físico

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Ejercicio físico > 150 minutos semanales

**Comparador:** No realizar ejercicio físico

**Autores:** Carolina Delgado Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Lee 2021 (11).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Lee 2021 (11).
- **Eventos cardiovasculares:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Calidad de vida:** RS de Cao 2019 (12).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Ejercicio físico	Comparación: No ejercicio físico	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad	CRÍTICO							No se encontró evidencia para este desenlace.

<p>Cambio promedio de la PAS (media: 15 semanas)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>21 ECA (1573)</p>	<p><u>Rango promedio</u> o: -23.00 a +2.61 mmHg</p>	<p><u>Rango promedio</u> o: -13.10 a +2.00 mmHg</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -5.21 mmHg</b> (-7.66 a -2.76)</p>	<p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas que realicen ejercicio físico, en lugar de no realizarlo, podríamos disminuir 5.21 mmHg la PAS en promedio (-7.66 a -2.76).</p>
<p>Cambio promedio de la PAD (media: 15 semanas)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>7 ECA (303)</p>	<p><u>Rango promedio</u> o: -12.88 a -6.44 mmHg</p>	<p><u>Rango promedio</u> o: -6.20 a +1.66 mmHg</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -7.82 mmHg</b> (-11.16 a -4.47)</p>	<p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas que realicen actividad física, en lugar de no realizarlo, podríamos disminuir 7.82 mmHg la PAD en promedio (-11.16 a -4.47).</p>
<p>Eventos cardiovasculares</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

<p>Calidad de vida (media: 12 semanas) - WHOQOL-BREF (a mayor puntuación, mejor calidad de vida)</p>	<p>IMPO R- TANT E</p>	<p>1 ECA (86)</p>	<p>La RS de Cao 2019 incluyó 1 ECA:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maruf 2013</b> utilizó WHOQOL-BREF, encontró en el grupo de intervención una mejora de la calidad de vida versus el comparador (salud física: +9.25, salud psicológica: +10.16, y entorno: +9.43; todos <b>p &lt; 0.05</b>).</li> </ul> </p>	<p>⊕⊕○○ BAJA<sup>a,c</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas que realicen ejercicio físico, en lugar de no realizarlo, podríamos aumentar en 9.25, 10.16, y 9.43 puntos los componentes de salud física, salud psicológica, y entorno de la calidad de vida, en promedio.</p>
--	-----------------------------------	-----------------------	---	------------------------------------	--

**HTA:** Hipertensión arterial; **PAS:** Presión arterial sistólica; **PAD:** Presión arterial diastólica; **mmHg:** Milímetros de mercurio; **lpm:** Latidos por minuto; **IC:** Intervalo de confianza; **DM:** Diferencia de medias; **WHOQOL-BREF:** Cuestionario de la Organización Mundial de la Salud de calidad de vida abreviado.

\*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:**

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo poco claro en el ocultamiento de la asignación, y en el cegamiento de la evaluación del desenlace.
- b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2$  de 40% a 80%.
- c. Se disminuyó un nivel por imprecisión: la muestra tiene una población <300.

PICO 2.2. Dieta baja en sodio (<2g/d) en comparación con dieta alta en sodio (≥2g/d)

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Dieta baja en sodio (< 2g/d)

**Comparador:** Dieta alta en sodio (≥ 2g/d)

**Autores:** Carolina Delgado-Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Graudal 2020 (17).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Graudal 2020 (17).
- **Eventos cardiovasculares:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Calidad de vida:** No se encontró evidencia para este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Dieta baja en sodio	Comparación: Dieta alta en sodio	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 7 días)	CRÍTICO	88 ECA (6116)	Rango promedio: NR	Rango promedio: NR	-	DM: -5.71 mmHg (-6.67 a -4.74)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a la que se les brinde dieta baja en sodio, en lugar de dieta alta en sodio, podríamos disminuir 5.71 mmHg la PAS en promedio (-6.67 a -4.74).

Cambio promedio de la PAD (media: 7 días)	CRÍTICO	89 ECA (6140)	<u>Rango promedio</u> o: NR	<u>Rango promedio</u> o: NR	-	<b>DM: - 2.87 mmHg</b> (-3.41 a - 2.32)	⊕⊕○○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a la que se les brinde dieta baja en sodio, en lugar de dieta alta en sodio, podríamos disminuir 2.87 mmHg la PAD en promedio (-3.41 a - 2.32).
Eventos cardiovasculares	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Calidad de vida	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
<p><b>HTA:</b> Hipertensión arterial; <b>PAS:</b> Presión arterial sistólica; <b>PAD:</b> Presión arterial diastólica; <b>mmHg:</b> Milímetros de mercurio; <b>IC:</b> Intervalo de confianza; <b>NR:</b> No reporta; <b>DM:</b> Diferencia de medias.</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> <p>a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo poco claro en la generación de secuencia aleatoria, y en el ocultamiento de la asignación. Además, por riesgo alto en el cegamiento de participantes, personal del estudio.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: I<sup>2</sup> de 40% a 80%.</p>								

**Resumen de los juicios de EtD:**

PICO 2.1. Realizar ejercicio físico en comparación con no realizar ejercicio físico

	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	Recomendación condicional		Recomendación condicional	Recomendación fuerte a	No emitir recomendación	

JUICIOS						
	contra de la intervención	l en contra de la intervención		l a favor de la intervención	favor de la intervención	

PICO 2.2. Dieta baja en sodio (<2g/d) en comparación con dieta alta en sodio (>2g/d)

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

		JUICIOS					
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

**Pregunta 3. En adultos de 18 años a más con HTA esencial, ¿qué grupos farmacológicos se deberían brindar como primera elección?**

**Tabla Summary of Findings (SoF):**

**PICO 3.1. DT en comparación con placebo**

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Diuréticos tiazídicos (DT) a dosis bajas.

**Comparador:** Placebo o no tratamiento.

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wright 2018 (21).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wright 2018 (21).
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Insuficiencia cardíaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wright 2018 (21).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wright 2018 (21).
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de Wright 2018 (21).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: DT	Comparación: Placebo o no tratamiento	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 4.1 años)	CRÍTICO	8 ECA (n=19874)	894/9549 (9.4%)	1137/10325 (11.0%)	RR: 0.89 (0.82 a 0.97)	12 menos por 1000 (de 20 menos a 3 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, probablemente evitemos 12 casos de muerte por cualquier causa (-20 a -3).
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Evento cerebrovascular (media: 4.1 años)	CRÍTICO	8 ECA (n=19874)	399/9549 (4.2%)	638/10325 (6.2%)	RR: 0.68 (0.60 a 0.77)	20 menos por 1000 (de 25 menos a 14 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, probablemente evitemos 20 eventos cerebrovasculares (-25 a -14).

Eventos cardiovasculares mayores (media: 4.1 años)	CRÍTICO	7 ECA (n=19022)	810/9123 (8.9%)	1279/9899 (12.9%)	RR: 0.70 (0.64 a 0.76)	39 menos por 1000 (de 47 menos a 31 menos)	⊕⊕⊕⊙ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, probablemente evitemos 39 eventos cardiovasculares mayores (-47 a -31).
Infarto de miocardio	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular (media: 4.1 años)	CRÍTICO	7 ECA (n=19022)	231/9123 (2.5%)	386/9899 (12.9%)	RR: 0.72 (0.61 a 0.84)	11 menos por 1000 (de 15 menos a 6 menos)	⊕⊕⊕⊙ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, probablemente evitemos 15 casos de enfermedad cardiovascular (-15 a -6).
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Insuficiencia renal	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPOR-TANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 4.1 años)	IMPOR-TANTE	8 ECA (n=18685)	<u>Rango promedio</u> : -32.00 a +151.00 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -16.00 a +167.00 mmHg	-	<b>DM: -12.56 mmHg</b> (-13.22 a -11.91)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 12.56 mmHg la PAS en promedio (-13.22 a -11.91).

<p>Cambio promedio de la PAD (media: 4.1 años)</p>	<p>IMPO R- TANT E</p>	<p>8 ECA (n=186 85)</p>	<p><u>Rango promedio</u> o: -15.60 a +87.4 mmHg</p>	<p><u>Rango promedio</u> : -6.60 a +89.5 mmHg</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: - 4.73 mmHg</b> (-5.12 a -4.34)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 4.73 mmHg la PAD en promedio (-5.12 a -4.34).</p>
<p>Retiros debido a eventos adversos (media: 4.1 años)</p>	<p>IMPO R- TANT E</p>	<p>3 ECA (n=887 0)</p>	<p>467/386 2 (12.1%)</p>	<p>248/5008 (5.0%)</p>	<p><b>RR: 2.38</b> (2.06 a 2.75)</p>	<p><b>68 más por 1000</b> (de 52 más a 87 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos diuréticos tiazídicos en lugar de placebo, podría ser que causemos 68 retiros más debido a eventos adversos (+52 a +87).</p>

**HTA:** Hipertensión arterial; **DT:** Diuréticos tiazídicos; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica; **IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.

b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2 > 40\%$ .

PICO 3.2. IECA o ARA II en comparación con placebo

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA II)

**Comparador:** Placebo o no tratamiento

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wright 2018 (21).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wright 2018 (21).
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Insuficiencia cardíaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wright 2018 (21).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wright 2018 (21).
- **Retiro debido a eventos adversos:** No se encontró evidencia para este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	<u>In</u> terven- <u>ción:</u> IECA o ARA II	<u>Compara</u> <u>-dor:</u> Placebo o no tratamien- to	Efecto relativo o (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
--	-------------	--------------------------------	---	--	--	---------------------------	---------	-----------------

<p>Mortalidad por cualquier causa (media: 4.9 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=6002)</p>	<p>343/3043 (11.3%)</p>	<p>402/2959 (13.6%)</p>	<p>RR: <b>0.83</b> (0.72 a 0.95)</p>	<p><b>23 menos por 1000</b> (de 38 menos a 7 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, probablemente evitemos 23 muertes por cualquier causa (-38 a -7).</p>
<p>Mortalidad cardiovascular</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						
<p>Evento cerebrovascular (media: 4.9 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=6002)</p>	<p>119/3043 (3.9%)</p>	<p>177/2959 (6.0%)</p>	<p>RR: <b>0.65</b> (0.52 a 0.82)</p>	<p><b>21 menos por 1000</b> (de 29 menos a 11 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, probablemente evitemos 21 eventos cerebrovasculares (-29 a -11).</p>

Eventos cardiovasculares mayores (media: 4.9 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=5145)	399/2612 (15.3%)	510/2533 (20.1%)	RR: <b>0.76</b> (0.67 a 0.85)	<b>48 menos por 1000</b> (de 66 menos a 30 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, probablemente evitemos 48 eventos cardiovasculares mayores (-66 a -30).
Infarto de miocardio	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular (media: 4.9 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=5145)	288/2612 (11.0%)	343/2533 (13.5%)	RR: <b>0.81</b> (0.70 a 0.94)	<b>26 menos por 1000</b> (de 41 menos a 8 menos)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, probablemente evitemos 26 casos de enfermedad cardiovascular mayores (-41 a -8).
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Insuficiencia renal	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 4.9 años)	IMPO R- TANT E	2 ECA (n=1071)	<u>Rango promedio</u> : -30.90 a -15.00 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -7.00 a -6.00 mmHg	-	<b>DM: -21.14 mmHg</b> (-23.13 a -19.15)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 21.14 mmHg la PAS en promedio (-23.13 a -19.15).

Cambio promedio de la PAD (media: 4.9 años)	IMPO R- TANT E	2 ECA (n=1071)	<u>Rango promedio</u> : -15.60 a -11.00 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -7.00 a -4.50	-	<b>DM: -9.64 mmHg</b> (-10.70 a -8.58)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 9.64 mmHg la PAD (-10.70 a -8.58).
Retiro debido a eventos adversos	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
<p><b>HTA:</b> Hipertensión arterial; <b>IECA:</b> inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; <b>ARA II:</b> bloqueadores de los receptores de angiotensina II; <b>PAD:</b> Presión arterial diastólica; <b>PAS:</b> Presión arterial sistólica; <b>IC:</b> Intervalo de confianza al 95%; <b>RR:</b> Riesgo relativo; <b>DM:</b> Diferencia de medias</p> <p>*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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 la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia: <math>I^2 &gt; 40\%</math>.</p>								

PICO 3.3. CA en comparación con placebo

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Calcioantagonistas (CA)

**Comparador:** Placebo o no tratamiento

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wright 2018 (21).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wright 2018 (21).
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Insuficiencia cardiaca:** RS de Wright 2018 (21).
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wright 2018 (21).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wright 2018 (21).
- **Retiro debido a eventos adversos:** No se encontró evidencia para este desenlace.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: CA	Comparador: Placebo o no tratamiento	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 2.5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=4695)	123/2398 (5.1%)	137/2297 (6.0%)	<b>RR: 0.86</b> (0.68 a 1.09)	<b>8 menos por 1000</b> (de 19 menos a 5 más)	⊕⊕⊕○ 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.						

<p>Evento cerebrovascular (media: 2.5 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>1 ECA (n=4695)</p>	<p>47/2398 (2.0%)</p>	<p>77/2297 (3.4%)</p>	<p><b>RR: 0.58</b> (0.41 a 0.84)</p>	<p><b>14 menos por 1000</b> (de 20 menos a 5 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos CA en lugar de placebo, probablemente evitemos 14 eventos cerebrovasculares (-20 a -5).</p>
<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.5 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>1 ECA (n=4695)</p>	<p>137/2398 (5.7%)</p>	<p>186/2297 (8.1%)</p>	<p><b>RR: 0.71</b> (0.57 a 0.87)</p>	<p><b>23 menos por 1000</b> (de 35 menos a 11 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕⊕ ALTA</p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos CA en lugar de placebo, evitaremos 23 eventos cardiovasculares mayores (-35 a -11).</p>
<p>Infarto de miocardio</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

Enfermedad cardiovascular (media: 2.5 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=4695)	58/2398 (2.4%)	72/2297 (3.1%)	<b>RR: 0.77</b> (0.55 a 1.09)	<b>7 menos por 1000</b> (de 14 menos a 3 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad cardiovascular.
Insuficiencia cardiaca (media: 2.5 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=4695)	31/2398 (1.3%)	42/2297 (1.8%)	<b>RR: 0.71</b> (0.45 a 1.12)	<b>5 menos por 1000</b> (de 10 menos a 2 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia cardiaca.
Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Cambio promedio de la PAS (media: 2.5 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (n=4695)	Media: -20.80 mmHg	Media: -11.90 mmHg	-	<b>DM: -8.90 mmHg</b> (-10.14 a -7.66)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 personas a las que brindemos CA en lugar de placebo, disminuimos 8.90 mmHg la PAS en promedio (-10.14 a -7.66).
Cambio promedio de la PAD (media: 2.5 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (n=4695)	Media: -5.50 mmHg	Media: -1.00 mmHg	-	<b>DM: -4.50 mmHg</b> (-5.10 a -3.90)	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Por cada 1000 personas a las que brindemos CA en lugar de placebo, disminuimos 4.50 mmHg las PAD en promedio (-5.10 a -3.90).
Retiro debido a eventos adversos	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						

**HTA:** Hipertensión arterial; **CA:** Calcioantagonistas; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica; **IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias, **NE:** No estimable.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

a. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que se tuvo <300 eventos en total.

PICO 3.4. BB en comparación con placebo

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial

**Intervención:** Betabloqueadores (BB)

**Comparador:** Placebo o no tratamiento

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wright 2018 (21).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wright 2018 (21).
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** RS de Wright 2018 (21).
- **Insuficiencia cardiaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wright 2018 (21).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wright 2018 (21).
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de Wright 2018 (21).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: BB	Comparador: Placebo o no tratamiento	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 5.3 años)	CRÍTICO	5 ECA (n=19313)	461/6967 (6.0%)*	769/12346 (6.2%)	RR: 0.96 (0.86 a 1.07)	2 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 por cualquier causa.
Mortalidad cardiovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						

<p>Evento cerebrovascular (media: 5.3 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>5 ECA (n=19313)</p>	<p>248/696 7 (2.8%)* *</p>	<p>414/1234 6 (3.4%)</p>	<p><b>RR: 0.83</b> (0.72 a 0.97)</p>	<p><b>6 menos por 1000</b> (de 9 menos a 1 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos BB en lugar de placebo, probablemente evitemos 6 eventos cerebrovasculares (-9 a -1).</p>
<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 5.3 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>5 ECA (n=19313)</p>	<p>545/696 7 (6.8%)</p>	<p>941/1234 6 (7.6%)</p>	<p><b>RR: 0.89</b> (0.81 a 0.98)</p>	<p><b>8 menos por 1000</b> (de 14 menos a 2 menos)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos BB en lugar de placebo, podría ser que evitemos 8 eventos cardiovasculares mayores (-14 a -2).</p>
<p>Infarto de miocardio</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

Enfermedad cardiovascular (media: 5.3 años)	IMPORTANTE	5 ECA (n=19313)	303/6967 (4.3%)	538/12346 (4.4%)	RR: <b>0.90</b> (0.78 a 1.03)	<b>4 menos por 1000</b> (de 10 menos a 1 más)	⊕⊕⊕○ MODERADA <sup>a</sup>	Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad cardiovascular.
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 5.3 años)	IMPORTANTE	5 ECA (n=18833)	<u>Rango promedio</u> o: -23.00 a +156.00 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -13.00 a +167.00 mmHg	-	<b>DM: -9.51 mmHg</b> (-10.16 a -8.85)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos BB en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 9.51 mmHg la PAS en promedio (-10.16 a -8.85).

Cambio promedio de la PAD (media: 5.3 años)	IMPORTANTE	5 ECA (n=4695)	<u>Rango promedio</u> o: -13.00 a +79.00 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -7.00 a +85.00 mmHg	-	<b>DM: -5.64 mmHg</b> (-6.06 a -5.22)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos BB en lugar de placebo, podría ser que disminuyamos 5.64 mmHg la PAD en promedio (-6.06 a -5.22).
Retiros debido a eventos adversos (media: 5.3 años)	IMPORTANTE	4 ECA (n=18565)	1022/6609 (15.5%)	376/11956 (3.1%)	<b>RR: 4.59</b> (4.11 a 5.13)	<b>113 más por 1000</b> (de 98 más a 130 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos BB en lugar de la placebo, podría ser que causemos 113 retiros debido a eventos adversos (+98 a +130).

**HTA:** Hipertensión arterial; **BB:** Betabloqueadores; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica; **IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias

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

\*\* Se utilizó las frecuencias anticipadas.

**Explicaciones de la certeza de evidencia:**

a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.

b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2 > 40\%$ .

**Resumen de los juicios de EtD:**

PICO 3.1. DT en comparación con placebo

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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

JUICIOS							
<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	

PICO 3.2. IECA o ARA II en comparación con placebo

JUICIOS							
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</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	Intervención y comparador cuestan similar o	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce

JUICIOS							
			los costos son pequeños				
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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	

PICO 3.3. CA en comparación con placebo

JUICIOS							
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		

	JUICIOS						
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	Probablemente no tenga impacto en la equidad	Probablemente incrementa la equidad	Incrementa a 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	

PICO 3.4. BB en comparación con placebo

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce

	JUICIOS						
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
EQUIDAD	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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 en	Recomendación condicional		Recomendación condicional	Recomendación fuerte a	No emitir recomendación	

JUICIOS						
	contra de la intervención	l en contra de la intervención		l a favor de la intervención	favor de la intervención	

**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?**

**Tabla *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**

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

**Intervención:** IECA o ARA II

**Comparador:** DT

**Autores:** Carolina Delgado Flores

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Wang 2018 (27).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Accidente cerebrovascular:** RS de Wang 2018 (27).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Infarto de miocardio:** RS de Wang 2018 (27).
- **Eventos adversos serios:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardiaca:** RS de Wang 2018 (27).
- **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:** RS de Wang 2018 (27).
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wang 2018 (27).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wang 2018 (27).

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	<b>RR:</b> <b>0.96</b> (0.84 a 1.10)	NE	⊕○○ ○ MUY BAJA <sub>a,b</sub>	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	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardíaca (media: 2.3 años)	IMPORTANTE	1 ECA (9504)	NR/3510	NR/5994	<b>RR:</b> <b>1.15</b> (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 cardíaca.
Función renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.3 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (9504)	NR/3510	NR/5994	<b>RR:</b> <b>1.09</b> (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)	IMPO R- TANT E	3 ECA (3713)	<u>Rango promedio</u> : -21.0 a -9.0 mmHg	<u>Rango promedio</u> : -23.8 a -11.4 mmHg	-	<b>DM: +2.54 mmHg</b> (+1.29 a +3.79)	⊕⊕⊕ ⊙ MODE RADA <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)	IMPO R- TANT E	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)	⊕⊕⊕ ○ MODE RADA <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 (27).
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Accidente cerebrovascular:** RS de Wang 2018 (27).
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Wang 2018 (27).
- **Infarto de miocardio:** RS de Wang 2018 (27).
- **Eventos adversos serios:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardiaca:** RS de Wang 2018 (27).
- **Función renal:** RS de Cativo 2021 (26).
- **Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria:** RS de Cativo 2021 (26).
- **Enfermedad renal en etapa terminal:** RS de Wang 2018 (27).
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Wang 2018 (27).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wang 2018 (27).

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: IECA o ARA II	Comparación: CA	Efecto relativo o (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.						

<p>Accidente cerebrovascular (media: 2.2 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>4 ECA (8903)</p>	<p>NR/4413</p>	<p>NR/4490</p>	<p><b>RR:</b> <b>1.21</b> (0.97 a 1.51)</p>	<p>NE</p>	<p>⊕⊕⊕ ○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al accidente cerebrovascular.</p>
<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.2 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>2 ECA (1616)</p>	<p>NR/814</p>	<p>NR/802</p>	<p><b>RR:</b> <b>0.78</b> (0.66 a 0.91)</p>	<p>NE</p>	<p>⊕⊕⊕ ○ MODERADA<sup>b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos IECA o ARA II en lugar de los CA, probablemente evitemos eventos cardiovasculares mayores.</p>

Infarto de miocardio (media: 2.2 años)	CRÍTICO	4 ECA (8803)	NR/4364	NR/4439	<b>RR: 1.01</b> (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 cardíaca (media: 2.2 años)	IMPOR-TANTE	4 ECA (8903)	NR/4413	NR/4490	<b>RR: 0.72</b> (0.61 a 0.83)	NE	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>b,c</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos IECAs o ARA II en lugar de los CA, podríamos evitar eventos de insuficiencia cardíaca.

<p>Función renal (media: 1 año)</p>	<p>IMPO R- TANT E</p>	<p>16 ECA (NR)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>-</p>	<p><b>SMD:</b> <b>-0.076</b> (-0.321 a +0.169)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>b,c</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la función renal.</p>
<p>Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria (media: 1 año)</p>	<p>IMPO R- TANT E</p>	<p>23 ECA (1805)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>NE</p>	<p><b>SMD:</b> <b>-0.442</b> (-0.660 a - 0.225)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>b,c</sup></p>	<p>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).</p>

<p>Enfermedad renal en etapa terminal (media: 2.2 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>2 ECA (8253)</p>	<p>NR/4089</p>	<p>NR/4164</p>	<p><b>RR:</b> <b>0.80</b> (0.64 a 1.00)</p>	<p>NE</p>	<p>⊕○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b,c</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad renal en etapa terminal, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Cambio promedio de la PAS (media: 2.2 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>11 ECA (5281)</p>	<p><u>Rango promedio</u> : -25.0 a -7.0 mmHg</p>	<p><u>Rango promedio</u> : -25.0 a -9.1 mmHg</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -0.07 mmHg</b> (-1.11 a +0.97)</p>	<p>⊕⊕⊕ ○ MODERADA<sup>c</sup></p>	<p>Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la PAS.</p>
<p>Cambio promedio de la PAD (media: 2.2 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>11 ECA (5281)</p>	<p><u>Rango promedio</u> : -14.0 a -6.4 mmHg</p>	<p><u>Rango promedio</u> : -16.0 a -5.5 mmHg</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: +0.12 mmHg</b> (-0.49 a +0.72)</p>	<p>⊕⊕⊕ ○ MODERADA<sup>c</sup></p>	<p>Probablemente no hay una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la PAD.</p>

**HTA:** Hipertensión arterial; **DM2:** Diabetes Mellitus 2; **IECA:** inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; **ARA II:** bloqueadores de los receptores de angiotensina II; **CA:** Calcioantagonistas; **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 un nivel por imprecisión: debido a que no fue estadísticamente significativo, y el intervalo de confianza incluyó 1.1 o 0.9.
- Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2$  de 40% a 80%.
- Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo.

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 (27).
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Wang 2018 (27).

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	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.
Función renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.
Cambio promedio de la excreción de albúmina urinaria	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.
Enfermedad renal en etapa terminal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.

Cambio promedio de la PAS (media: 1.8 años)	IMPO R- TANT E	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)	⊕⊕⊕ ○ MODE RADA <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)	IMPO R- TANT E	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 <sub>a,b</sub>	Podría no haber una diferencia estadística a-mente 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:**

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que 50% a 70% de los estudios tuvieron un riesgo de sesgo bajo.
- b. 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 (30).
- **Mortalidad y morbilidad cardiovascular:** RS de Musini 2019 (30).
- **Mortalidad y morbilidad cerebrovascular:** RS de Musini 2019 (30).
- **Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria:** RS de Musini 2019 (30).
- **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)	4 menos por 1000 (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.

<p>Mortalidad y morbilidad cardiovascular (media: 2.2 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>7 ECA (6546)</p>	<p>296/3547 (8.6%)</p>	<p>344/2999 (11.5%)</p>	<p><b>RR: 0.75</b> (0.65 a 0.87)</p>	<p><b>29 menos por 1000</b> (de 40 menos a 15 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento antihipertensivo, probablemente evitemos 29 casos de mortalidad y morbilidad cardiovascular (-40 a -15).</p>
<p>Mortalidad y morbilidad cerebrovascular (media: 2.2 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>7 ECA (6546)</p>	<p>120/3547 (3.5%)</p>	<p>157/2999 (5.2%)</p>	<p><b>RR: 0.66</b> (0.52 a 0.83)</p>	<p><b>18 menos por 1000</b> (de 25 menos a 9 menos)</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA<sup>a</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos tratamiento antihipertensivo, probablemente evitemos 18 casos de mortalidad y morbilidad cerebrovascular (-25 a -9).</p>

Mortalidad y morbilidad por enfermedad coronaria (media: 2.5 años)	CRÍTICO	6 ECA (5263)	48/2690 (1.7%)	53/2573 (2.1%)	<b>RR: 0.82</b> (0.56 a 1.20)	<b>4 menos por 1000</b> (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	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAD	IMPORTANTE	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: <math>I^2</math> de 40% a 80%.</p>								

**Resumen de los juicios de EtD:**

**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	Recomendación condicional	Recomendación condicional	Recomendación condicional	Recomendación fuerte a	No emitir recomendación		

JUICIOS						
	favor del control	l a favor del control	l a favor de la intervenció n o del control	l a favor de la intervenció n	favor de la intervenció n	

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

JUICIOS							
<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							
<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

		JUICIOS					
<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 4.2. 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</b>	No	Posiblemente no		Posiblemente sí	Sí		

	JUICIOS					
<b>IMPORTANTES</b>						
<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

**Pregunta 5. En adultos de 18 años a más con HTA esencial que requieren tratamiento farmacológico, ¿se debería brindar terapia combinada (dos a más grupos farmacológicos) o monoterapia?**

**Tabla *Summary of Findings* (SoF):**

PICO 5.1. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado

**Intervención:** Terapia combinada (IECA + CA; IECA + DT)

**Comparador:** Monoterapia (CA; IECA; BB)

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Garjón 2020.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Garjón 2020.
- **Evento cerebrovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Garjón 2020.
- **Infarto de miocardio:** 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.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** RS de NICE 2019.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Garjón 2020.
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Garjón 2020.
- **Control de la PA ( $\leq 140/90$ ):** RS de Garjón 2020.
- **Eventos adversos serios:** RS de Garjón 2020.
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de Garjón 2020.

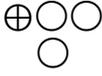
Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Terapia combinada	Comparación: Monoterapia	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 12 a 36 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=129)	0/63 (0.0%)	0/66 (0.0%)	NE	NE	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a mortalidad por cualquier causa, aunque la evidencia es incierta.

Mortalidad cardiovascular (media: 12 a 36 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=129)	0/63 (0.0%)	0/66 (0.0%)	NE	NE	⊕○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a mortalidad cardiovascular, aunque la evidencia es incierta.
Evento cerebrovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Eventos cardiovasculares mayores (media: 12 a 36 meses)	CRÍTICO	1 ECA (n=129)	1/63 (1.6%)	0/66 (0.0%)	<b>RR: 3.14</b> (0.13 a 75.69)	NE	⊕○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a eventos cardiovasculares mayores, aunque la evidencia es incierta.
Infarto de miocardio	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina (media: 12 meses)	IMPORTANTE	1 ECA (n=457)	232	225	-	DM: +2.30 $\mu\text{mol/L}$ (+0.70 a +3.90)	⊕○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que brindemos terapia combinada en lugar de los monoterapia, podría ser que aumentemos 2.30 $\mu\text{mol/L}$ el cambio promedio de la creatinina (+0.7 a +3.9), aunque la evidencia es incierta.

<p>Cambio promedio de la PAS (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=129)</p>	<p>63</p>	<p>66</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -2.33 mmHg</b> (-7.28 a +2.62)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al cambio promedio de la PAS, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Cambio promedio de la PAD (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=129)</p>	<p>63</p>	<p>66</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: 1.45 mmHg</b> (-1.40 a +4.30)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al cambio promedio de la PAD, aunque la evidencia es incierta.</p>

<p>Control de la PA (<math>\leq</math> 140/90) (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=129)</p>	<p>28/63 (44.4%)</p>	<p>33/66 (50%)</p>	<p><b>RR: 0.89</b> (0.62 a 1.28)</p>	<p><b>55 menos por 1000</b> (de 190 menos a 140 más)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a control de la PA, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Eventos adversos serios (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=129)</p>	<p>3/63 (4.8%)</p>	<p>1/66 (1.5%)</p>	<p><b>RR: 3.14</b> (0.34 a 29.42)</p>	<p><b>32 más por 1000</b> (de 10 menos a 431 más)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a eventos adversos serios, aunque la evidencia es incierta.</p>

Retiro debido a eventos adversos (media: 12 a 36 meses)	IMPORTANTE	1 ECA (n=129)	5/63 (7.9%)	5/66 (7.6%)	<b>RR: 1.05</b> (0.32 a 3.45)	<b>4 menos por 1000</b> (de 52 menos a 186 más)	 <b>MUY BAJA<sup>a,b</sup></b>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a retiro debido a eventos adversos, aunque la evidencia es incierta.
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza al 95%; <b>RR:</b> Razón de riesgos; <b>DM:</b> Diferencia de medias, NE: No estimable.</p> <p>*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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 dos niveles por riesgo de sesgo: debido a la mayoría de los datos se basan en análisis post hoc de subgrupos de participantes no predefinidos en los ECA, por lo que los hallazgos podrían no ser representativos de la población hipertensa general.</p> <p>b. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que la mayoría de los resultados presenta muy pocos eventos.</p>								

PICO 5.2. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto

**Intervención:** Terapia combinada (IECA + CA o IECA + DT)

**Comparador:** Monoterapia (CA o IECA o BB)

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Garjón 2020.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Garjón 2020.
- **Evento cerebrovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Garjón 2020.
- **Infarto de miocardio:** 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.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** RS de NICE 2019.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Garjón 2020.
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Garjón 2020.
- **Control de la PA ( $\leq 140/90$ ):** RS de Garjón 2020.
- **Eventos adversos serios:** RS de Garjón 2020.
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de Garjón 2020.
- **Mareo (hipotensión):** RS de NICE 2019.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: Terapia combinada	Comparación: Monoterapia	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 12 a 36 meses)	CRÍTICO	2 ECA (n=439)	1/170 (0.6%)	1/269 (0.4%)	<b>RR: 1.35</b> (0.08 a 21.72)	<b>1 más por 1000</b> (de 3 menos a 77 más)	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a mortalidad por cualquier causa, aunque la evidencia es incierta.

<p>Mortalidad cardiovascular (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>2 ECA (n=439)</p>	<p>0/170 (0.0%)</p>	<p>0/269 (0.0%)</p>	<p>No estimable</p>	<p>No estimable</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a mortalidad cardiovascular, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Evento cerebrovascular (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						
<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>2 ECA (n=439)</p>	<p>1/170 (0.6%)</p>	<p>3/269 (1.1%)</p>	<p><b>RR: 0.62</b> (0.10 a 3.95)</p>	<p><b>4 menos por 1000</b> (de 10 menos a 33 más)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a eventos cardiovasculares mayores, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Infarto de miocardio</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

Enfermedad cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardiaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG (media: 12 a 36 meses)	IMPORTANTE	1 ECA (n=481)	NR	NR	-	<b>DM: +0.7 ml/min</b> (-1.19 a +2.59)	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a cambio promedio de la TFG, aunque la evidencia es incierta.
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

<p>Cambio promedio de la PAS (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>2 ECA (n=419)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -2.54 mmHg</b> (-8.27 a +3.19)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al cambio promedio de la PAS, aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Cambio promedio de la PAD (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=314)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: +0.7 mmHg</b> (-1.56 a +0.78)</p>	<p>⊕○○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al cambio promedio de la PAD, aunque la evidencia es incierta.</p>

<p>Control de la PA (<math>\leq</math> 140/90) (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=105)</p>	<p>33/55 (60.0%)</p>	<p>15/50 (30.0%)</p>	<p><b>RR: 2.00</b> (1.24 a 3.22)</p>	<p><b>300 más por 1000</b> (de 72 más a 666 más)</p>	<p>⊕○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que brindemos terapia combinada en lugar de monoterapia, podría ser que causemos 300 casos de control de PA (+72 a +666), aunque la evidencia es incierta.</p>
<p>Eventos adversos serios (media: 12 a 36 meses)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>1 ECA (n=129)</p>	<p>6/244 (2.5%)</p>	<p>15/237 (6.3%)</p>	<p><b>RR: 0.62</b> (0.24 a 1.64)</p>	<p><b>82 menos por 1000</b> (de 164 menos a 138 más)</p>	<p>⊕○○ ○ MUY BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto eventos adversos serios, aunque la evidencia es incierta.</p>

Retiro debido a eventos adversos (media: 12 a 36 meses)	IMPORTANTE	2 ECA (n=439)	19/170 (11.2%)	38/269 (14.1%)	<b>RR: 0.81</b> (0.49 a 1.35)	<b>27 menos por 1000</b> (de 72 menos a 49 más)	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto retiro debido a eventos adversos, aunque la evidencia es incierta.
Mareo (hipotensión) (media: 12 a 36 meses)	IMPORTANTE	1 ECA (n=481)	3/244 (1.2%)	5/237 (2.1%)	<b>RR: 0.58</b> (0.14 a 2.41)	<b>9 menos por 1000</b> (de 18 menos a 30 más)	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto mareo (hipotensión), aunque la evidencia es incierta.

**IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Razón de riesgos; **DM:** Diferencia de medias

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

- a. Se disminuyó dos niveles por riesgo de sesgo: debido a la mayoría de los datos se basan en análisis post hoc de subgrupos de participantes no predefinidos en los ECA.
- b. Se disminuyó dos niveles por imprecisión: debido a que la mayoría de los resultados presenta muy pocos eventos.

**Resumen de los juicios de EtD:**

PICO 5.1. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado

	JUICIOS						
<b>BENEFICIOS</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑOS</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
<b>BALANCE DE LOS EFECTOS</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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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

		JUICIOS					
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 5.2. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto

		JUICIOS					
BENEFICIOS	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
DAÑOS	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
DESENLACES IMPORTANTES PARA LOS PACIENTES	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		
BALANCE DE LOS EFECTOS	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	Intervención y comparado	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce

JUICIOS							
			r cuestan similar o los costos son pequeños				
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablem ente reduce la equidad	Probablem ente no tenga impacto en la equidad	Probablem ente incrementa la equidad	Increment a la equidad	Var ía	Se descon oce
<b>ACEPTABI LIDAD</b>	No	Probablem ente no		Probablem ente sí	Sí	Var ía	Se descon oce
<b>FACTIBILI DAD</b>	No	Probablem ente no		Probablem ente sí	Sí	Var ía	Se descon oce
<b>RECOMEN DACIÓN FINAL</b>	Recomend ación fuerte a favor del control	Recomend ación condicional a favor del control	Recomend ación condicional a favor de la intervenció n o del control	Recomend ación condicional a favor de la intervenció n	Recomend ación fuerte a favor de la intervenció n	No emitir recomendaci ón	

**Pregunta 6. En adultos de 18 años a más con HTA esencial en tratamiento farmacológico, ¿cuál debería ser la meta de presión arterial?**

**Tabla *Summary of Findings* (SoF):**

**PICO 6.1. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado**

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado

**Intervención:** PAS < 130 mmHg

**Comparador:** PAS < 140 mmHg

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de NICE 2019.
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento cerebrovascular:** RS de NICE 2019.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Infarto de miocardio:** RS de NICE 2019.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardíaca:** RS de NICE 2019.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de NICE 2019.
- **Cambio promedio de la PAD:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Mareo (hipotensión):** RS de NICE 2019.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: PAS < 130 mmHg	Comparación: PAS < 140 mmHg	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 2 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=1111)	4/558 (0.7%)	5/553 (0.9%)	RR: 0.79 (0.21 a 2.94)	2 menos por 1000 (de 7 menos a 18 más)	⊕⊕○○ ○ BAJA <sup>a,b</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.						

Evento cerebrovascular (media: 2 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=1141)	4/558 (0.7%)	9/583 (1.5%)	<b>RR: 0.46</b> (0.14 a 1.50)	<b>8 menos por 1000</b> (de 13 menos a 8 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al evento cerebrovascular.
Eventos cardiovasculares mayores	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Infarto de miocardio (media: 2 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=1111)	4/558 (0.7%)	6/553 (1.1%)	<b>RR: 0.66</b> (0.19 a 2.33)	<b>4 menos por 1000</b> (de 9 menos a 14 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al infarto de miocardio.
Enfermedad cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Insuficiencia cardíaca (media: 2 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=1111)	3/558 (0.5%)	7/553 (1.3%)	RR: 0.42 (0.11 a 1.63)	7 menos por 1000 (de 11 menos a 8 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia cardíaca.
Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 2 años)	IMPORTANTE	1 ECA (n=1111)	558	553	-	DM: -3.8 mmHg (-5.07 a -2.53)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que se indique una meta de PAS < 130 mmHg, podría ser que disminuyamos 3.8 mmHg la PAS (-5.07 a -2.53).

Cambio promedio de la PAD	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Mareo (hipotensión) (media: 2 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (n=1111)	2/558 (0.4%)	4/553 (0.7%)	<b>RR: 0.50</b> (0.09 a 2.69)	<b>4 menos por 1000</b> (de 7 menos a 12 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al mareo (hipotensión).
<p><b>IC:</b> Intervalo de confianza al 95%; <b>RR:</b> Razón de riesgos; <b>DM:</b> Diferencia de medias; <b>TGF:</b> Tasa de filtrado glomerular; <b>PAD:</b> Presión arterial diastólica; <b>PAS:</b> Presión arterial sistólica.                  *Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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>                  a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.                  b. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debió a que hubo muy pocos eventos.</p>								

**PICO 6.2: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y enfermedad cardiovascular establecida**

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y enfermedad cardiovascular establecida

**Intervención:** PAS < 130 mmHg

**Comparador:** PAS < 140 mmHg

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de NICE 2022.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Saiz 2020.
- **Evento cerebrovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de NICE 2022.
- **Infarto de miocardio:** 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.
- **Insuficiencia renal:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Saiz 2020.
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Saiz 2020.
- **Eventos adversos serios:** RS de Saiz 2020.
- **Número de medicamentos hipertensivos:** RS de NICE 2022.
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de NICE 2022.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: <130 mmHg	Comparación: <140 mmHg	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 1 a 4.7 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=4763)	205/2940 (7.0%)	120/1823 (6.6%)	RR: 1.15 (0.93 a 1.44)	10 más por 1000 (de 5 menos a 29 más)	⊕⊕○○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad por cualquier causa.

Mortalidad cardiovascular (media: 1 a 4.7 años)	CRÍTICO	6 ECA (n=9484)	562/5301 (10.6%)	532/4183 (12.7%)	<b>RR: 0.89</b> (0.80 a 1.00)	<b>14 menos por 1000</b> (de 25 menos a 0 menos)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad cardiovascular.
Evento cerebrovascular	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Eventos cardiovasculares mayores (media: 1 a 4.7 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=4763)	303/2940 (10.3%)	243/1823 (13.3%)	<b>RR: 0.89</b> (0.75 a 1.04)	<b>15 menos por 1000</b> (de 33 menos a 5 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a los eventos cardiovasculares mayores.
Infarto de miocardio	CRÍTICO	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Enfermedad cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Insuficiencia renal	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS (media: 1 a 4.7 años)	IMPORTANTE	6 ECA (n=8546)	4788	3758	-	<b>DM: -8.90 mmHg</b> (-13.24 a -4.56)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que indique una meta de PAS < 130 mmHg en lugar de < 140 mmHg, podría ser que disminuyamos 8.90 mmHg la PAS (-13.24 a -4.56).

<p>Cambio promedio de la PAD (media: 1 a 4.7 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>6 ECA (n=8546)</p>	<p>4788</p>	<p>3758</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: -4.50 mmHg</b> (-6.35 a -2.85)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indique una meta de PAS &lt; 130 mmHg en lugar de &lt; 140 mmHg, podría ser que disminuyamos 4.50 mmHg la PAD (-6.35 a -2.85).</p>
<p>Número de medicamentos hipertensivos (media: 1 a 4.7 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>2 ECA (n=3889)</p>	<p>2401</p>	<p>1488</p>	<p>-</p>	<p><b>DM: +0.57</b> (-0.26 a +1.41)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al número de medicamentos antihipertensivos.</p>

Eventos adversos serios (media: 1 a 4.7 años)	IMPO R- TANT E	6 ECA (n=948 4)	1197/53 01 (22.6%)	1053/41 83 (25.2%)	<b>RR:</b> <b>1.01</b> (0.94 a 1.08)	<b>3 más por 1000</b> (de 15 menos a 20 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a eventos adversos serios.
Retiro debido a eventos adversos (media: 1 a 4.7 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (n=395 )	5/266 (1.9%)	1/129 (0.8%)	<b>RR:</b> <b>2.42</b> (0.29 a 20.54)	<b>11 más por 1000</b> (de 6 menos a 151 más)	⊕○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al retiro debido a eventos adversos, aunque la evidencia es incierta.

**IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias; **TGF:** Tasa de filtrado glomerular; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica.  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a la mayoría de los datos se basan en análisis post hoc de subgrupos.
- b. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a la variabilidad en las definiciones de la intervención y/o control.
- c. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que hubo muy pocos eventos.

**PICO 6.3: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto**

**PICO 6.3.1. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y diabetes mellitus**

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto (diabetes mellitus)

**Intervención:** PAS < 130 mmHg

**Comparador:** PAS < 140 mmHg

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Aronow 2018.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Aronow 2018.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Aronow 2018.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Aronow 2018.
- **Infarto de miocardio:** RS de Aronow 2018.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardíaca:** RS de Aronow 2018.
- **Insuficiencia renal:** RS de Aronow 2018.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** 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.
- **Eventos adversos serios:** RS de Aronow 2018.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: PAS < 130	Comparación: PAS < 140	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 4.7 años)	CRÍTICO	2 ECA (n=5881)	NR	NR	<b>RR: 0.94</b> (0.75 a 1.18)	<b>9 menos por 1000</b> (NR)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad por cualquier causa.

<p>Mortalidad cardiovascular (media: 9 años años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>1 ECA (n=1284)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p><b>RR: 0.77</b> (0.51 a 1.16)</p>	<p><b>18 menos por 1000 (NR)</b></p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad cardiovascular.</p>
<p>Evento cerebrovascular (media: 4.7 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>2 ECA (n=5881)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p><b>RR: 0.58</b> (0.43 a 0.78)</p>	<p><b>11 menos por 1000</b> (de -7 a -24)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PAS &lt; 130 mmHg en lugar de una PAS &lt; 140 mmHg, podría ser que evitemos 11 eventos cerebrovasculares (-7 a -24).</p>

<p>Eventos cardiovasculares mayores cardiovascular (media: 4.7 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>1 ECA (n=1284)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p><b>RR: 0.77</b> (0.63 a 0.94)</p>	<p><b>60 menos por 1000</b> (de -14 a -106)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PAS &lt; 130 mmHg en lugar de una PAS &lt; 140 mmHg, podría ser que evitemos 77 eventos cardiovasculares mayores (-14 a -106).</p>
<p>Infarto de miocardio (media: 3.8 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>2 ECA (n=5881)</p>	<p>NR</p>	<p>NR</p>	<p><b>RR: 0.90</b> (0.78 a 1.04)</p>	<p><b>8 menos por 1000</b> (NR)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al infarto de miocardio.</p>
<p>Enfermedad cardiovascular</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

Insuficiencia cardíaca (media: 4.7 años)	IMPORTANTE	2 ECA (n=5882)	NR	NR	<b>RR: 0.67</b> (0.34 a 1.36)	<b>8 menos por 1000 (NR)</b>	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia cardíaca.
Insuficiencia renal (media: 4.7 años)	IMPORTANTE	2 ECA (n=5881)	NR	NR	<b>RR: 1.38</b> (0.18 a 10.81)	<b>1 más por 1000 (NR)</b>	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia renal.
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAD	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Eventos adversos (media: 4.7 años)	IMPO R- TANT E	1 ECA (n=473 3)	NR	NR	<b>RR:</b> <b>2.58</b> (1.70 a 10.81)	<b>20 más por 1000 (NR)</b>	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PA < 130/80 mmHg en lugar de la < 140/90 mmHg, podría ser que aumentemos 20 casos de eventos adversos.
------------------------------------	-------------------------	-----------------------	----	----	--	-------------------------------------	---------------------------------	--

**IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias, **NR:** No reportado; **TGF:** Tasa de filtrado glomerular; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica.

\*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:***

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a la mayoría de los datos se basan en análisis post hoc de subgrupos.
- b. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a la variabilidad en las definiciones de la intervención y/o control.

PICO 6.3.2. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y enfermedad renal crónica

**Población:** Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto (enfermedad renal crónica)  
**Intervención:** < 130/80 mmHg  
**Comparador:** < 140/90 mmHg  
**Autores:** José Montes Alvis  
**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Tsai 2017.
- **Mortalidad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Evento 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.
- **Enfermedad cardiovascular:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia cardíaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia renal:** RS de Tsai 2017.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** 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.
- **Evento renal mayor:** RS de Tsai 2017.
- **Tasa de cambio anual de TFG:** RS de Tsai 2017.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: <130/80	Comparación: <140/90	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
Mortalidad por cualquier causa (media: 3.3 años)	CRÍTICO	7 ECA (n=5628)	124/2828 (4.4%)	152/2800 (5.4%)	<b>RR: 0.81</b> (0.64 a 1.02)	<b>10 menos por 1000</b> (de 20 menos a 1 más)	⊕⊕○○ ○ BAJA <sup>a,b</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.						

Evento 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.						
Enfermedad cardiovascular	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia cardíaca	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Insuficiencia renal (media: 3.3 años)	IMPORTANTE	3 ECA (n=3817)	96/1912 (5.0%)	98/1905 (5.1%)	<b>RR: 0.99</b> (0.76 a 1.29)	<b>1 menos por 1000</b> (de 12 menos a 15 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia renal.
Cambio promedio de la TFG	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la creatinina	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Cambio promedio de la PAS	IMPORTANTE	No se encontró evidencia para este desenlace.						

Cambio promedio de la PAD	IMPO R- TANT E	No se encontró evidencia para este desenlace.						
Evento renal mayor (media: 3.3 años)	IMPO R- TANT E	4 ECA (n=6316)	151/3142 (4.8%)	155/3174 (4.9%)	<b>RR: 0.99</b> (0.81 a 1.21)	<b>0 menos por 1000</b> (de 9 menos a 10 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,b</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al evento renal mayor.
Tasa de cambio anual de TFG (media: 3.3 años)	IMPO RTAN TE	8 ECA (n=5316)	2652	2664	-	<b>DM: +0.07</b> (-0.16 a +0.29)	⊕○○○ ○ MUY BAJA <sup>a,b,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la tasa de cambio anual de TFG, aunque la evidencia es incierta.

**IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias; **TGF:** Tasa de filtrado glomerular; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica.  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.
- b. Se disminuyó un nivel por evidencia indirecta: debido a que las definiciones de la intervención y/o control variaron entre los estudios.
- c. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debió a que hubo muy pocos eventos.

**PICO 6.4: Adultos de 65 años a más con HTA esencial**

**Población:** Adultos de 65 años a más con HTA esencial

**Intervención:** < 150-160/95-105 mmHg

**Comparador:** < 140/90 mmHg

**Autores:** José Montes Alvis

**Bibliografía por desenlace:**

- **Mortalidad por cualquier causa:** RS de Garrison 2017.
- **Mortalidad cardiovascular:** RS de Garrison 2017.
- **Evento cerebrovascular:** RS de Garrison 2017.
- **Eventos cardiovasculares mayores:** RS de Garrison 2017.
- **Infarto de miocardio:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Enfermedad cardiovascular:** RS de Garrison 2017.
- **Insuficiencia cardiaca:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Insuficiencia renal:** RS de Garrison 2017.
- **Cambio promedio de la TFG:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la creatinina:** No se encontró evidencia para este desenlace.
- **Cambio promedio de la PAS:** RS de Garrison 2017.
- **Cambio promedio de la PAD:** RS de Garrison 2017.
- **Eventos adversos serios:** RS de Garrison 2017.
- **Retiro debido a eventos adversos:** RS de Garrison 2017.

Desenlaces (tiempo de seguimiento)	Importancia	Número y Tipo de estudio	Intervención: < 150-160/95-105 mmHg	Comparación: < 140/90 mmHg	Efecto relativo (IC 95%)	Diferencia (IC 95%)	Certeza	Interpretación*
---------------------------------------	-------------	--------------------------	--	-------------------------------	-----------------------------	------------------------	---------	-----------------

<p>Mortalidad por cualquier causa (media: 2.6 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>159/4101 (3.9%)</p>	<p>129/4120 (3.1%)</p>	<p>RR: 1.24 (0.99 a 1.54)</p>	<p>8 más por 1000 (de 0 menos a 17 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la mortalidad por cualquier causa.</p>
<p>Mortalidad cardiovascular (media: 2.6 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>68/4101 (1.7%)</p>	<p>45/4120 (1.1%)</p>	<p>RR: 1.52 (1.06 a 2.19)</p>	<p>6 más por 1000 (de 1 más a 13 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,c</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PA &lt; 150-160/95 mmHg en lugar de la &lt; 140/90 mmHg, podría ser que causemos 6 casos de mortalidad cardiovascular (+1 a +13).</p>

<p>Evento cerebrovascular (media: 2.6 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>101/4101 (2.5%)</p>	<p>81/4120 (2.0%)</p>	<p>RR: 1.25 (0.94 a 1.67)</p>	<p>5 más por 1000 (de 1 menos a 13 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,c</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto al evento cerebrovascular.</p>
<p>Eventos cardiovasculares mayores (media: 2.6 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>205/4101 (5.0%)</p>	<p>173/4120 (4.2%)</p>	<p>RR: 1.19 (0.98 a 1.45)</p>	<p>8 más por 1000 (de 1 menos a 19 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a los eventos cardiovasculares mayores.</p>
<p>Infarto de miocardio</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						

<p>Enfermedad cardiovascular (media: 2.6 años)</p>	<p>CRÍTICO</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>53/4101 (1.3%)</p>	<p>44/4120 (1.1%)</p>	<p><b>RR: 1.21</b> (0.82 a 1.79)</p>	<p><b>2 más por 1000</b> (de 2 menos a 8 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,c</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la enfermedad cardiovascular.</p>
<p>Insuficiencia cardíaca</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>No se encontró evidencia para este desenlace.</p>						
<p>Insuficiencia renal (media: 2.6 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>2 ECA (n=7497)</p>	<p>11/3740 (0.3%)</p>	<p>13/3757 (0.3%)</p>	<p><b>RR: 0.85</b> (0.38 a 1.89)</p>	<p><b>1 menos por 1000</b> (de 2 menos a 3 más)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,c</sup></p>	<p>Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a la insuficiencia renal.</p>

<p>Cambio promedio de la PAS (media: 2.6 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>4120</p>	<p>4101</p>	<p>-</p>	<p><b>DM:</b> <b>+8.88 mmHg</b> (+8.38 a +9.39)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PA &lt; 150-160/95 mmHg en lugar de la &lt; 140/90 mmHg, podría ser que aumentemos 8.88 mmHg de PAS (+8.38 a +9.39).</p>
<p>Cambio promedio de la PAD (media: 2.6 años)</p>	<p>IMPORTANTE</p>	<p>3 ECA (n=8221)</p>	<p>4120</p>	<p>4101</p>	<p>-</p>	<p><b>DM:</b> <b>+3.09 mmHg</b> (+2.72 a +3.47)</p>	<p>⊕⊕○ ○ BAJA<sup>a,b</sup></p>	<p>Por cada 1000 personas a las que indiquemos una meta de PA &lt; 150-160/95 mmHg en lugar de la &lt; 140/90 mmHg, podría ser que aumentemos 3.09 mmHg de PAS (+2.72 a +3.47).</p>

Eventos adversos serios (media: 2.6 años)	CRÍTICO	1 ECA (n=309)	80/1534 (5.2%)	87/1545 (5.6%)	<b>RR: 0.93</b> (0.69 a 1.24)	<b>4 menos por 1000</b> (de 17 menos a 14 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a los eventos adversos serios.
Retiros debido a eventos adversos (media: 2.4 años)	IMPORTANTE	2 ECA (n=747)	54/3740 (1.4%)	65/3757 (1.7%)	<b>RR: 0.83</b> (0.58 a 1.19)	<b>3 menos por 1000</b> (de 7 menos a 3 más)	⊕⊕○ ○ BAJA <sup>a,c</sup>	Podría no haber una diferencia estadísticamente significativa entre ambas intervenciones con respecto a los retiros debido a eventos adversos.

**IC:** Intervalo de confianza al 95%; **RR:** Riesgo relativo; **DM:** Diferencia de medias; **TGF:** Tasa de filtrado glomerular; **PAD:** Presión arterial diastólica; **PAS:** Presión arterial sistólica.  
 \*Se usan términos estandarizados de acuerdo con 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:**

- a. Se disminuyó un nivel por riesgo de sesgo: debido a que la mayoría de los estudios presentaba alto riesgo de sesgo.
- b. Se disminuyó un nivel por inconsistencia:  $I^2 > 40\%$ .
- c. Se disminuyó un nivel por imprecisión: debido a que hubo muy pocos eventos.

**Resumen de los juicios de EtD:**

**PICO 6.1. Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular bajo o moderado**

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderado		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	Probablemente no		Probablemente 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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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

JUICIOS						
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	<b>Recomendación fuerte a favor del control</b>	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 6.2: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y enfermedad cardiovascular establecida**

JUICIOS							
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderado		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	Probablemente no		Probablemente 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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce

JUICIOS							
			son pequeños				
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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 6.3: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto**

PICO 6.3.1: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto (diabetes mellitus)

JUICIOS							
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderado		Pequeño	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	Baja		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERAR A TODOS LOS</b>	No	Probablemente no		Probablemente sí	Sí		

	JUICIOS						
<b>DESENLACES IMPORTANTES</b>							
<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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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 6.3.2: Adultos de 18 años a más con HTA esencial y riesgo cardiovascular alto o muy alto (enfermedad renal crónica)

	JUICIOS						
<b>BENEFICIO</b>	Trivial	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderado		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	Probablemente no		Probablemente 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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos son pequeños	Ahorros moderados	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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

JUICIOS						
<b>RECOMENDACIÓN FINAL</b>	Recomendación <b>fuerte a favor</b> del control	Recomendación <b>condicional a favor</b> del control	Recomendación condicional a favor de la intervención o del control	<b>Recomendación condicional a favor</b> de la intervención	Recomendación <b>fuerte a favor</b> de la intervención	No emitir recomendación

**PICO 6.4: Adultos de 65 años a más con HTA esencial**

JUICIOS							
<b>BENEFICIO</b>	<b>Trivial</b>	Pequeño		Moderado	Grande	Varía	Se desconoce
<b>DAÑO</b>	Grande	Moderado		<b>Pequeño</b>	Trivial	Varía	Se desconoce
<b>CERTEZA DE LA EVIDENCIA</b>	Muy baja	<b>Baja</b>		Moderada	Alta	Ningún estudio incluido	
<b>CONSIDERA TODOS LOS DESENLACES IMPORTANTES</b>	No	Probablemente no		<b>Probablemente sí</b>	Sí		
<b>BALANCE DE BENEFICIO / DAÑO</b>	Favorece al comparador	<b>Probablemente favorece al comparador</b>	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	Intervención y comparador cuestan similar o los costos	<b>Ahorros moderados</b>	Ahorros extensos	Varía	Se desconoce

JUICIOS							
			son pequeños				
<b>EQUIDAD</b>	Reduce la equidad	Probablemente reduce la equidad	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	