

# Comparativa entre ARA-II e IECA

## ARA-II

## IECA

### EFICACIA

La **eficacia de los ARA-II y los IECA es similar** en cuanto a la reducción de la presión arterial<sup>1,2</sup>, mortalidad por cualquier causa, mortalidad por causa cardiovascular, infarto de miocardio, angina, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, revascularización e insuficiencia renal terminal<sup>1,3,4</sup>.

**Dada la igual eficacia clínica, pero menor tasa de eventos adversos, el riesgo-beneficio es favorable a los ARA-II<sup>1</sup>.**

### SEGURIDAD

Los **ARA-II** tienen un riesgo significativamente menor de tos, angioedema, pancreatitis y hemorragia digestiva que los IECA<sup>4</sup> y se asocian a una **tasa de interrupción del tratamiento por acontecimientos adversos significativamente menor<sup>1,4</sup>.**

**Para intercambiar un IECA y un ARA-II, se recomienda comenzar el nuevo fármaco al día siguiente, en una dosis equivalente<sup>5</sup>.**

ARA-II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina

## Comparativa de dosis, vida media y número de tomas

ARA-II	IECA	Captopril	Enalapril	Fosinopril	Lisinopril	Perindopril	Quinapril	Ramipril
		t½: 2 h Tomas: 2-3	t½: 11 h Tomas: 1-2	t½: 11,5 h Tomas: 1	t½: 12,6 h Tomas: 1	t½: 17 h Tomas: 1	t½: 3 h Tomas: 1-2	t½: 13-17 h Tomas: 1-2
<b>Candesartán</b> t½: 9 h Tomas: 1	4 mg	75 mg	5 mg	5 mg	5 mg	2 mg	5 mg	2,5 mg
	8 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	20 mg	5 mg
	16 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
	32 mg	—	40 mg	40 mg	40 mg	16 mg	—	—
<b>Eprosartán</b> t½: 5-9 h Tomas: 1	600 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
<b>Irbesartán</b> t½: 11-15 h Tomas: 1	75 mg	75 mg	5 mg	5 mg	5 mg	2 mg	5 mg	2,5 mg
	150 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	20 mg	5 mg
	300 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
<b>Losartán</b> t½: 6-9 h Tomas: 1	12,5 mg	37,5 mg	2,5 mg	2,5 mg	2,5 mg	—	2,5 mg	1,25 mg
	25 mg	75 mg	5 mg	5 mg	5 mg	2 mg	5 mg	1,5 mg
	50 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	20 mg	5 mg
	100 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
<b>Olmesartán</b> t½: 12-15 h Tomas: 1	10 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	5 mg	5 mg
	20 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	20 mg	10 mg
	40 mg	—	40 mg	40 mg	40 mg	16 mg	40 mg	—
<b>Telmisartán</b> t½: 20 h Tomas: 1	20 mg	75 mg	5 mg	5 mg	5 mg	2 mg	5 mg	2,5 mg
	40 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	20 mg	5 mg
	80 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
<b>Valsartán</b> t½: 6 h Tomas: 1-2	40 mg	75 mg	5 mg	5 mg	5 mg	2 mg	5 mg	2,5 mg
	80 mg	150 mg	10 mg	10 mg	10 mg	4 mg	20 mg	5 mg
	160 mg	300 mg	20 mg	20 mg	20 mg	8 mg	40 mg	10 mg
	320 mg	—	40 mg	40 mg	40 mg	16 mg	—	—

t½: semivida.

Las cantidades se refieren a dosis diarias completas que habrá que dividir según el número de tomas.

Fuente: elaboración propia a partir de Montes Gómez et al.<sup>6</sup> y de las fichas técnicas de los medicamentos (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información del Medicamento: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html> Último acceso: 04/04/2022)

1. Messerli FH, Bangalore S, Bavishi C, Rimoldi SF. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors in Hypertension: To Use or Not to Use? J Am Coll Cardiol [Internet] 2018 [citado 2022 mar 23];71(13):1474-82. Available from: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2018.01.058> 2. Turner JM, Kodali R. Should Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors ever Be Used for the Management of Hypertension? Curr Cardiol Rep [Internet] . 2020 [citado 2022 mar 23];22(9):1-8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-020-01352-8> 3. Bangalore S, Fakheri R, Toklu B, Ogedegbe G, Weintraub H, Messerli FH. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors or Angiotensin Receptor Blockers in Patients Without Heart Failure? Insights From 254,301 Patients From Randomized Trials. Mayo Clin Proc [Internet] . 2016 [citado 2022 mar 23];91(1):51-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26763511/> 4. Chen RJ, Suchard MA, Krumholz HM, Schuamie MJ, Shea S, Duke J, et al. Comparative First-Line Effectiveness and Safety of ACE (Angiotensin-Converting 4nzyme) Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers: A Multinational Cohort Study. Hypertension [Internet] . 2021 [citado 2022 mar 23];591-603. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16667> 5. Martín Asenjo R, Bueno H, Mcintosh M. Cardio protective drugs: Angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) and angiotensin II receptor blockers (ARBs) [Internet]. Eur. Soc. Cardiol. 2017 [citado 2022 mar 23]; Available from: <https://www.escardio.org/Education/ESC-Prevention-of-CVD-Programme/Treatment-goals/Cardio-Protective-drugs/angiotensin-converting-enzyme-inhibitors-ace-inhibitors-and-angiotensin-ii-rec> 6. Montes Gómez E, Altabás Betancor M, Al-Hiraki de la Nuez A, de la Nuez Viera F, Hernández Rodríguez MA. Novedades en hipertensión arterial (1.ª parte). HTA no complicada. Boletín canario de Uso Racional del Medicamento del SCS. 2019;10(4).