GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS

ANEXO B TABLAS EtD

Agosto del 2022

INS

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA PARA EL MANEJO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS

ANEXO B TABLAS EtD

Agosto del 2022

Índice

Siglas 7

ANEXO B. PREGUNTAS PICO Y TABLAS EtD 8

PREGUNTA 1: ¿A qué nivel de presión arterial se debe iniciar la terapia farmacológica para prevenir eventos cardiovasculares? 8

RESUMEN DE JUICIOS 11

PREGUNTA 2. ¿Es necesario realizar alguna prueba de laboratorio antes del inicio o durante la titulación de los tratamientos farmacológicos? 12

RESUMEN DE JUICIOS 15

PREGUNTA 3. ¿Debe utilizarse la evaluación del riesgo cardiovascular para orientar el inicio de la medicación antihipertensiva? 16

RESUMEN DE JUICIOS 19

PREGUNTA 4. ¿En adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico, ¿qué fármacos deben utilizarse como agentes de primera línea? 20

RESUMEN DE JUICIOS 23

PREGUNTA 5. En adultos con hipertensión que requieran tratamiento farmacológico, ¿qué fármacos (monoterapia con BB, BCC, diuréticos, ECA o ARA II frente a terapia combinada con BB, BCC, diuréticos, IECA o ARA II) como agentes de primera línea? 24

RESUMEN DE JUICIOS 27

PREGUNTA 6. ¿Qué meta terapéutica de presión arterial debe alcanzar el tratamiento farmacológico? 28

RESUMEN DE JUICIOS 31

PREGUNTA 7. En adultos con hipertensión que reciben tratamiento farmacológico, ¿cuándo se debe reevaluar la PA? 32

RESUMEN DE JUICIOS 35

Referencias 36

Siglas

ACV	Accidente cerebro vascular
ARA II	Antagonista/bloqueadores de los receptores de la angiotensina II
ASC	Área de superficie corporal
BB	Beta-bloqueador
BCC	Bloqueador de los canales de calcio
CV	Cardiovascular
DM	Diabetes mellitus
EAC	Enfermedad de las arterias coronarias
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
ECAM	Eventos cardiovasculares adversos mayores
ECG	Electrocardiograma
ECNT	Enfermedades crónicas no trasmisibles
ECV	Eventos cardiovasculares
ERC	Enfermedad renal crónica
ERC-T	Enfermedad renal crónica terminal
EtD	Evidence to Decision
FE	Fracción de eyección
GDG	Grupo desarrollador de guía
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HTA	Hipertensión arterial
HVI	Hipertrofia del ventrículo izquierdo
IAM	Infarto Agudo al Miocardio
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
ICP	intervención coronaria percutánea
IMC	índice de masa corporal
INS	Instituto Nacional de Salud
IECA	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Presión arterial
PAD	Presión arterial diastólica
PAS	Presión arterial sistólica
PICO	Población, intervención, comparador y resultados.
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud

ANEXO B. PREGUNTAS PICO Y TABLAS EtD

A continuación, se presentan las tablas resumidas EtD junto con la pregunta PICO de las preguntas incluidas en la actualización.

PREGUNTA 1: ¿A qué nivel de presión arterial se debe iniciar la terapia farmacológica para prevenir eventos cardiovasculares?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	La OMS recomienda el inicio del tratamiento farmacológico antihipertensivo sin demora de las personas con un diagnóstico confirmado de hipertensión y PAS ≥ a 140 mmHg o PAD mayor o igual a 90 mmHg. El beneficio previsto de una meta de PAS más baja (140 mmHg de la población general y 130 mmHg de una población de alto riesgo) fueron la reducción de la mortalidad general, mortalidad cardiovascular, accidente cerebro vascular, infarto al miocardio e insuficiencia cardiaca (1).	
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● **Grande** ○ Varía ○ No sé	El tratamiento antihipertensivo con umbral de PAS de 130 – 140 mmHg para el desenlace de ICC RR 0.9) 0.82 – 0.98). Para PAS de 120 – 140 mmHg reducción de riesgo de ACV RR 0.86 (0.78 – 0.96) e ICC con RR 0.9 (0.83 – 0.97). Para PAS 130 – 140 mmHg con EAC para el desenlace de IAM RR 0.83 (0.72 – 0.97) y ACV RR0.79 (0.66 – 0.94) para un seguimiento a 76 meses (2).	Los expertos del grupo desarrollador expresan que a pesar de los resultados en los desenlaces de mortalidad el tratamiento farmacológico reduce el riesgo de eventos clínicos significativos de la hipertensión arterial y deberá hacerse énfasis a parte del tratamiento farmacológico modificaciones en los estilos de vida.
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ○ Pequeño ● **Moderado** ○ Grande ○ Varía ○ No sé	El tratamiento farmacológico en pacientes sin enfermedad coronaria y PAS de 130 – 140 mmHg presentaron desenlace de eventos adversos con un RR 1.23 (1.03 – 1.47) y especial de hipotensión un RR 1.71 (1.32 - 2.22) y con enfermedad coronaria se duplicó el riesgo de eventos adversos con un RR 2.05 (1.62 - 2.61) y de hipotensión RR 1.63 (1.01 a 2.63)(2). pero un mayor riesgo de interrupción debido a eventos adversos 1.23 (1.03 a 1.47).	Los expertos expresan que es fundamental considerar efectos adversos secundarios a fármacos especialmente en pacientes con enfermedad coronario.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ● **Baja** ● **Moderada** ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	Para el desenlace de mortalidad la certeza de la evidencia es alta y moderada. Para efectos adversos es baja.	
VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Perspectiva del paciente: Cuando se administra como prevención primaria, la terapia antihipertensiva representa un régimen de medicación diario de por vida para una afección asintomática; el tratamiento puede percibirse como de bajo valor desde la perspectiva del paciente asintomático, a menos que la persona esté convencida de que existe un compromiso entre las molestias/efectos secundarios inmediatos y los posibles beneficios para la salud a largo plazo (3).	Paciente en el panel manifiesta que es de importancia para la salud acudir a las citas programadas que el médico ha prescrito y que el paciente es responsable de cumplir la indicación para darle seguimiento a su atención. Los expertos del grupo desarrollador expresan que es indispensable la educación continua en salud en el autocuidado para el paciente.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● **Favorece la intervención** ○ Varía ○ No sé	Los beneficios superan claramente a los daños. El umbral de presión arterial sistólica de 140 o más tiene el balance beneficio/riesgo más claro, en contraposición a un umbral más bajo de 130 en aquellos con comorbilidades (2). Los ensayos de tratamiento han inscrito a personas con mayor riesgo cardiovascular, por lo que los resultados pueden ser indirectos cuando es aplicado a una población más amplia y de menor riesgo.	Los panelistas manifestaron que los pacientes que reciben el tratamiento oportuno y son adherentes a pesar de los posibles efectos adversos tienen menor riesgo de presentar eventos cardiovasculares graves. Resalta la importancia de que los pacientes informen de los posibles efectos para valorar los cambios terapéuticos.

RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ● **Costos moderados** ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	El tratamiento de la HTA (tratar a todos con PA≥140/90 mmHg) ha demostrado ser rentable y una intervención de "mejor compra" según el estudio de Kostova (4). Se ha demostrado que el tratamiento de pacientes de alto riesgo / ECV con valores basales de 130 a 139 mmHg es rentable, pero no ahorra costes (análisis de rentabilidad de SPRINT) (5); El valor depende de que se mantenga el efecto de la intervención durante más de cinco años.	El GDG considera que los recursos necesarios para la intervención deben estar disponibles en todos los niveles de atención (infraestructura, medicamentos, insumos y equipo biomédico) lo que pudiera representar un costo moderado sin embargo a largo plazo los resultados son beneficiosos en los pacientes reduciendo costos.
EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ● **Varía** ○ No sé		Pueden existir barreras en el acceso a la atención de los pacientes con hipertensión con recursos limitados (recurso humano capacitado, infraestructura y equipo biomédico).
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		El GDG expresa que es fundamental establecer cifras de presiones arteriales para el inicio de la terapia antihipertensiva el cual se torna relevante para prevenir el riesgo cardiovascular. Los panelistas profesionales de la salud y los pacientes manifiestan el valor de la terapia antihipertensiva, pero recalcan que esta debe ir acompañada de orientación y educación al paciente y a la familia para lograr la adherencia.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé		Sin embargo, se debe proveer de los recursos adecuado para brindar la atención oportuna a los pacientes con hipertensión.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	**Grande**		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	Pequeño	**Moderado**	Grande		Varía	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	**Moderada**	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad	**Probable-mente sin incerti-dumbre o variabilidad importantes**	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	Proba-blemente favorezca la inter-vención.	**Favorece la inter-vención**	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	**Costos modera-dos**	Costos y ahorros in-significantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé	
EQUIDAD	Reducido	Proba-blemente reducido	Probable-mente sin impacto	Proba-blemente aumenta-do	Aumenta-do	**Varía**	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	**Probable-mente si**	Si		Varía	No sé	

PREGUNTA 2. ¿Es necesario realizar alguna prueba de laboratorio antes del inicio o durante la titulación de los tratamientos farmacológicos?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	Las comorbilidades comunes entre los pacientes con HTA que se pueden descubrir mediante pruebas de laboratorio son la hiperlipidemia y la diabetes, que tienen una prevalencia del 56 % y 27 % respectivamente (6). Se desarrolló un marco analítico para conceptualizar la justificación para obtener pruebas de diagnóstico, como pruebas de laboratorio y electrocardiograma (ECG). Este marco identificó las cuatro razones más importantes para obtener pruebas, que son diagnosticar HTA secundaria, identificar comorbilidades (p. Ej., DM), identificar daños en órganos terminales (p. Ej., Enfermedad renal crónica (ERC) o hipertrofia ventricular izquierda (HVI)) y para problemas cardíacos. estratificación del riesgo (7) (8) (9).	Los panelistas manifiestan que es importante pruebas de laboratorio siempre y cuando no se retrase el inicio del tratamiento.
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ● **Moderado** ○ Grande ○ Varía ○ No sé		La evidencia indirecta demuestra que el 10-30 % de los pacientes con hipertensión arterial pueden tener hipertensión secundaria, comorbilidades o desarrollar eventos adversos después del tratamiento (por ejemplo, hiperpotasemia e insuficiencia renal aguda (IRA), lo que proporciona una justificación para la prueba (es decir, efectos deseables).
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ● **Varía** ○ No sé		Pudiera presentarse una demora en el tratamiento.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ● **No hay estudios incluidos**	No se identificó evidencia directa para apoyar esta pregunta.	

VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante		No hay evidencia de investigación sobre cómo las personas valoran la realización de pruebas antes de comenzar con el tratamiento farmacológico. Los pacientes en el panel expresan que sienten confianza cuando se toman exámenes complementarios para diagnosticar problemas que pudieran exacerbar su cuadro hipertensivo.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● **Favorece la intervención** ○ Varía ○ No sé	En conjunto, los efectos deseables probablemente superen los efectos indeseables.	Los expertos temáticos expresan que pese a no encontrarse evidencia directa es importancia poder identificar causas de hipertensión secundaria en los pacientes o comorbilidades que puedan exacerbar el cuadro hipertensivo siendo beneficioso la identificación oportuna sin dejar de lado que esto no debe retrasar el tratamiento.
RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ● **Costos moderados** ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé		Los expertos temáticos expresan que el costo de las pruebas es pequeño en comparación con el tratamiento de por vida. Como sistema de salud, las pruebas de laboratorio tienen un impacto sustancial debido a los altos niveles de hipertensión que tiene la población en general, sin embargo, en relación con los costos generales del tratamiento y complicaciones esto es relativamente pequeño.

EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ● **Probablemente aumentado** ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	Las limitaciones médicas fuera de las áreas urbanas tienen implicaciones importantes a la hora de planificar enfoques para el manejo de la hipertensión particularmente en las áreas rurales y en grupos socioeconómicos más bajos lo que lleva a la falta de un seguimiento en la atención médica, lo que limita las pruebas de laboratorios para titular el tratamiento farmacológico para la hipertensión (10).	Los expertos en el tema manifiestan que estas pruebas tienen un costo económico que produce una importante inversión de recursos en la salud con limitada disponibilidad de los mismos; sin embargo, el beneficio que trae al identificar otras patologías es relevante.
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé		Los expertos manifiestan que esta intervención será aceptada por los profesionales y los pacientes reconociendo que se verá limitada de acuerdo con la disponibilidad de recursos.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé		Esto depende de los recursos disponibles, pero probablemente sea más factible en entornos con recursos suficientes.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	**Moderado**	Grande		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		**Varía**	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	Baja	Moderada	Alta			**No hay estudios incluidos**	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad	**Probable-mente sin incerti-dumbre o variabilidad importantes**	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	Proba-blemente favorezca la inter-vención.	**Favorece la inter-vención**	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	**Costos modera-dos**	Costos y ahorros in-significantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé	
EQUIDAD	Reducido	Proba-blemente reducido	Probable-mente sin impacto	**Proba-blemente aumen-tado**	Aumenta-do	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	**Probable-mente si**	Si		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	**Probable-mente si**	Si		Varía	No sé	

PREGUNTA 3. ¿Debe utilizarse la evaluación del riesgo cardiovascular para orientar el inicio de la medicación antihipertensiva?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	Reducir la incidencia de ECV es una prioridad de salud pública y se centra en el manejo de los principales factores de riesgo de ECV, como lo es la hipertensión (11). Una estrategia de tratamiento para bajar la presión arterial basada en el riesgo cardiovascular, es más eficaz que una basada solo en los niveles de presión arterial en una variedad de umbrales, los resultados respaldan el uso de la evaluación del riesgo cardiovascular para orientar la toma de decisiones sobre el tratamiento de la presión arterial en personas de riesgo moderado a alto, en particular para la prevención primaria (12).	
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● **Grande** ○ Varía ○ No sé	Un metaanálisis comparó el número de eventos cardiovasculares adversos mayores (ECAM) en cinco años de seguimiento, cuando se utilizó una estrategia de evaluación del riesgo de ECV. El resulta fue una prevención de 310 ECAM en 1000 personas con un PAS de 140mmHg, 158 ECAM en 1000 personas, con una PAS 150mmHg, 376 ECAM en 1000 personas, con una PAS 160mmHg. Sin embargo, esta evidencia es indirecta (12).	
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ● **No sé**		No se proporciona evidencia de efectos anticipados indeseables.
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ● **Baja** ● **Moderada** ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es baja para personas a tratar para evitar el mismo número de eventos cardiovasculares cuando se trata a un umbral de PA de 140 mm / Hg (seguimiento: 5 años)(12) no así con un umbral de PA de 150 y 160 mmHg, en donde la evidencia es moderada.	

VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante		No se encontró evidencia científica sobre cómo los pacientes o los proveedores de atención médica valoran la realización de un riesgo de enfermedad cardiovascular previa al inicio del tratamiento farmacológico. Los pacientes expresan que el que los médicos identifiquen una condición de riesgo en su salud les permite prevenir complicaciones. Los expertos temáticos manifiestan que es de gran importancia poder identificar el riesgo cardiovascular en los pacientes hipertensos previo al inicio del tratamiento médico.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● **Favorece la intervención** ○ Varía ○ No sé	La disminución de la presión arterial reduce significativamente el riesgo vascular en varios niveles de presión arterial de referencia y comorbilidades. Los resultados brindan un fuerte respaldo para reducir la presión arterial a presiones arteriales sistólicas inferiores a 130 mm Hg y brindar tratamiento para disminuir la presión arterial a personas con antecedentes de enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica, por lo que debe considerarse de manera rutinaria para la prevención de enfermedades cardiovasculares entre aquellos que se consideran de riesgo absoluto (13).	El GDG expresa que trae beneficios tangibles que no representan ningún riesgo en el paciente.
RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● **Varía** ○ No sé	No hay evidencia directa de si el tratamiento de la hipertensión arterial con o sin estratificación de riesgo es más costos o eficaz. Una revisión sistemática reveló costos moderados para el tratamiento de la HTA (USD 22/mes) en comparación con pacientes hipertensos con ECV (hasta USD 5000/episodio). Sin embargo, el costo de la implementación de la evaluación del riesgo de ECV también debe incluir el desarrollo de capacidades de los proveedores de atención médica y el tiempo que tarda en hacerlo cada paciente (14).	Los expertos manifiestan que el evaluar el riesgo cardiovascular implica utilizar otros recursos para realizar el diagnóstico y esto pudiera significar grandes costos y retraso en el inicio de la atención. Los pacientes en el panel expresan que una de las dificultades que han experimentado es la pérdida de tiempo laboral en realizar gestión en el centro de salud para solicitar exámenes de estudios complementarios que requieren los médicos para su evaluación y que sus citas son programadas tardíamente lo que implica un gasto adicional al tener que volver al centro en reiteradas ocasiones.

EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ○ Probablemente reducido ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ● **Varía** ○ No sé	Un estudio de disparidades en costos de riesgo cardiovascular absoluto y factores de riesgo cardiovascular en Estados Unidos establece que las personas con un nivel socioeconómico más bajo tienen un menor control de la presión arterial y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular a lo largo de los años, en comparación con las personas con un nivel socioeconómico más alto. Por lo tanto, En entornos de bajos recursos, agregar un paso más antes de iniciar el tratamiento puede aumentar las desigualdades, ya que aquellos pacientes que tienen acceso limitado a los servicios de salud pueden sufrir retrasos en el tratamiento o incluso hasta no recibir ningún tratamiento para la HTA (11).	
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		El panel de expertos refiere que es de gran importancia poder identificar el riesgo cardiovascular y que se puede hacer para mejorar la condición de salud antes del inicio del tratamiento de los pacientes con hipertensión y minimizar riesgos y mortalidad. Panelista refiere que existen guías nacionales que recomienda la estimación del riesgo cardiovascular y que los profesionales se pueden apoyar de herramientas digitales para poder calcular y valorar el riesgo cardiovascular desde los consultorios como por ejemplo la calculadora presentada por HEARTS en las Américas que está siendo utilizada en los establecimientos del ministerio de salud de primer nivel de atención.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé	Un estudio en el Reino Unido mostró que los médicos de atención primaria encontraron fácil de usar la estratificación de riesgo basada en gráficos en prácticas ocupadas (15). El uso de la tabla de riesgo solo se asoció con una reducción significativa de la presión arterial sistólica y una mayor prescripción de fármacos cardiovasculares (15).	La intervención presentada es muy aceptada por los profesionales de salud sin embargo manifiestan que para su aplicación se requieren recursos humanos capacitados y materiales para aplicarlos.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	**Grande**		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	**No sé**	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	**Moderada**	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad	**Probable-mente sin incerti-dumbre o variabilidad importantes**	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	Proba-blemente favorezca la inter-vención.	**Favorece la inter-vención**	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos modera-dos	Costos y ahorros in-significantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	**Varía**	No sé	
EQUIDAD	Reducido	Proba-blemente reducido	Probable-mente sin impacto	Proba-blemente aumenta-do	Aumenta-do	**Varía**	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	**Probable-mente si**	Si		Varía	No sé	

PREGUNTA 4. ¿En adultos con hipertensión que requieren tratamiento farmacológico, ¿qué fármacos deben utilizarse como agentes de primera línea?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	Comprender los beneficios de una clase de fármaco antihipertensivo frente a otra es de vital importancia para determinar qué medicación de primera línea debe recomendarse e informar las decisiones de tratamiento clínico (16).	
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● **Grande** ○ Varía ○ No sé	La evidencia mostró que Para los IECA de primera línea redujeron la mortalidad total con un RR 0.83 (IC del 95 % 0.72 a 0.95) (17). Con los betabloqueantes de primera línea redujeron el accidente cerebrovascular con RR 0.83 IC del 95 %: 0.72 a 0.97) y ECV total RR 0.89 (IC del 95 %: 0.81 – 0.98) (17). Para los bloqueadores de los canales de calcio de primera línea redujeron el accidente cerebrovascular con un RR 0.58 y un IC del 95 %: 0.41 a 0.84)(17). las tiazidas de primera línea en dosis bajas redujeron la mortalidad por todas las causas con un RR 0.89, IC 95 % (0.82 - 0.97); ECV total con RR 0.70 (0.64 – 0.76), accidente cerebrovascular total con RR 0.68 (0.60 - 0.77) y cardiopatía coronaria RR 0.72, IC 95 % (0.61 a 0.84) (17). Las tiazidas de primera línea en dosis altas redujeron el accidente cerebrovascular RR 0.47, IC del 95 %: 0.37 a 0.61) y ECV total RR 0.72, IC del 95 % (0.63 a 0.82).	El GDG considera que antes de la prescripción de las tiazidas se verifique en el paciente su estado de hidratación, función renal y electrolítica. Se deberá realizar farmacovigilancia por parte del clínico responsable a la utilización de diuréticos.
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ● **Pequeño** ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No sé	**Eventos adversos**: Hubo evidencia de baja calidad de que los retiros debido a efectos adversos, estos aumentaron con las tiazidas de primera línea en dosis bajas RR 2.38 con un IC del 95 %: 2.06 a 2.75 y retirada de tiazidas en dosis altas RR 4.48 con IC del 95 % de 3.83 – 5.24 y betabloqueantes RR 4.59 con un IC del 95 % 4.11 a 5.13. No hubo datos disponibles para estos resultados para los IECA o los bloqueadores de los canales de calcio de primera línea (17). Una revisión sistemática de estudios de farmacoterapia para la HTA en África subsahariana mostró una tasa de efectos secundarios de BCC del 4 % (dolor de cabeza), 3 % (edema de tobillo) y los IECA 6 % (tos), 1 % angioedema (18).	Paciente refiere que, al ser diagnosticado e iniciar su tratamiento de hipertensión debido a las comorbilidades, tuvieron que administrarle 3 medicamentos, que le causaron efectos adversos, al haberle reportado a su médico cambiaron el medicamento y desaparecieron los efectos adversos que había presentado.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ● **Baja** ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	Para desenlaces críticos e importantes: Tiazidas es moderada Beta bloqueadores moderada IECA moderada BCC baja	
VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ● **Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad** ○ Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Shahaj y col. sintetizaron seis revisiones cualitativas y 29 cuantitativas e identificaron una variedad de factores individuales y sociales, incluyendo familiares (falta de apoyo, necesidad de comidas separadas) y ambientales (sentido de seguridad, servicios locales, disponibilidad de alimentos saludables), como desafíos para la adherencia al tratamiento. Diferencias entre las creencias de los médicos y los pacientes eran fuentes potenciales de confusión y desconfianza y estaban relacionadas a creencias tanto culturales como individuales. (por ejemplo, percepción de síntomas, manejo de enfermedades y expectativa tratamiento (19). Una revisión de Fragasso et al. sugirió que la calidad de vida con la terapia antihipertensiva es un tema importante porque a los médicos se les pide que inicien la terapia con medicamentos en la mayoría de los pacientes asintomáticos quienes al volverse sintomáticos le provoca insatisfacción debido a la prescripción de medicamentos (20).	Los pacientes recalcaron que al estar de forma sintomática su enfermedad, es obligatorio, estar en tratamiento médico, y que es importante que los pacientes sigan las indicaciones y recomendaciones médicas para poder controlar su enfermedad. Pudiendo de esta forma el medico seleccionar el mejor tratamiento para ellos.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● **Favorece la intervención** ○ Varía ○ No sé		Los panelistas expresan que los efectos deseables de los medicamentos antihipertensivos para prevenir complicaciones superan a los efectos indeseables debiéndose individualizar cada caso según morbilidades de los pacientes para poder dar el fármaco adecuado.

RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ● **Costos moderados** ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé	Park et al, realizaron una revisión sistemática de estudios de costo-efectividad, todos los antihipertensivos lo fueron en comparación con ningún tratamiento (estrategia dominante, 19, 945 dólares/año de vida ajustado por calidad (QALY)(21). El tratamiento de la hipertensión es muy beneficioso en comparación con los costos en todos los países, pero es especialmente beneficioso en países de ingresos bajos y medianos con un gran número de adultos con presión arterial alta no tratada (y alto riesgo de enfermedad cardiovascular). Por ejemplo, un estudio en Bangladesh sugirió un retorno anual de la inversión de casi 13 veces (22). Modelos de Ghana, Nigeria y otros países están disponibles (23), (24).	Los expertos temáticos expresan que es de importancia contar con los diferentes fármacos, de primera línea, para el manejo de la hipertensión arterial en el país, ya que al tener disponibilidad se pueden dar los manejos acordes a la evaluación de cada paciente y que los costos que estos tengan son superados a largo plazo por los beneficios que tendrán los pacientes con un control de presión adecuada y mejor calidad de vida.
EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ● **Probablemente reducido** ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé		Los expertos manifiestan que a nivel de establecimientos del ministerio se encuentran disponible los 4 grupos de familias de antihipertensivos, sin embargo, no están disponibles en su totalidad en todos los niveles de atención lo que pudiera representar inequidad en la atención en salud.
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé	La complejidad del comportamiento de adherencia requiere mediciones sólidas de autoinforme y la inclusión de barreras relevantes para cada población de pacientes e intervención única (25).	Los panelistas expresan que la recomendación será de aceptación del personal de salud ya que se cuenta con los grupos de fármacos de primera línea, que es lo más importante y que se cuentan con lineamientos que ayudan a la toma de decisiones a los médicos en el manejo farmacológico. Sin embargo, reconocen que la dispensación de los mismos puede estar limitada.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		El GDG refiere que es factible ya que se cuenta con los 4 grupos de medicamentos de los listados oficiales en el SNIS.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	**Grande**		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	**Pequeño**	Moderado	Grande		Varía	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	**Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad**	Probable-mente sin incertidum-bre o variab-ilidad impor-tantes	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	Proba-blemente favorezca la inter-vención.	**Favorece la inter-vención**	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	**Costos modera-dos**	Costos y ahorros in-significantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé	
EQUIDAD	Reducido	**Proba-blemente reducido**	Probable-mente sin impacto	Proba-blemente aumenta-do	Aumenta-do	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	

PREGUNTA 5. En adultos con hipertensión que requieran tratamiento farmacológico, ¿qué fármacos (monoterapia con BB, BCC, diuréticos, ECA o ARA II frente a terapia combinada con BB, BCC, diuréticos, IECA o ARA II) como agentes de primera línea?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	¿El problema es prioritario? ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	La mayoría de los pacientes (>60 %) requieren dos o más medicamentos para lograr el control de la presión arterial; Las combinaciones de dosis fijas de medicamentos para reducir la presión arterial son medios para mejorar el control de la PA a través de una mayor adherencia y eficacia, con resultados favorables, perfiles de seguridad y costos (26).	Los panelistas expresan que la terapia combinada en una sola tableta favorece la adherencia y pertinencia al tratamiento. Paciente refiere que al tomar una combinación de fármacos en un solo comprimido mejoro su adherencia.
EFECTOS DESEABLES	¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables? ● **Trivial** ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No sé	Los ensayos identificados relacionados a la terapia combinada y los desenlaces de mortalidad no se observó una diferencia significativa en los resultados no así, con el desenlace de eventos adversos graves RR 0.77 (0.31-1.92) (27). Sin embargo, una revisión sistemática demostró que los regímenes de una terapia combinada aumentaron la adherencia al tratamiento de 6 % a un 20 % (28). En un estudio de 3 ensayos aleatorizados con 568 participantes europeos con hipertensión primaria, con la intervención de terapia combinada(verapamil/trandolapril, perindopril/indapamida) comparada con la monoterapia (verapamilo, trandolapril, perindopril, indapamida) se evidencia que en el desenlace de mortalidad total fue de 3 por 1000 con monoterapia y de 4 por 1000 en terapia combinada con RR 1.35 (0.08 a 21.72), con respecto a la mortalidad cardiovascular fue de 0 por 1000 tanto en monoterapia como en terapia combinada, no se estimó el riesgo relativo. Con el evento cardiovascular con monoterapia se dio en 9 por 1000 e igualmente con terapia combinada con RR 0.98 (0.22 A 4.41). La calidad de la evidencia fue muy baja (27). Según siete ECA con 628 pacientes, los IECA/ARA + BCC no mostraron un beneficio adicional para la incidencia de ERC, RR = 0,84; intervalo de confianza del 95 %: (0.52–1.33) y eventos cardiovasculares RR = 0.58; IC del 95 %: (0.21–1.63) significativamente, en comparación con la monoterapia con IECA/ARA. Sin embargo, IECA/ARA + BCC mostró una mayor reducción de la PA sistólica (DMP = –4.46 mmHg; IC del 95 %: –6.95 a –1.97), en comparación con la monoterapia con IECA/ARA. En conclusión, IECA/ARA + BCC no tuvo un beneficio reno-protector adicional más allá de lo que podría lograrse con la monoterapia de IECA/ARA II (29).	El GDG refiere que la terapia combinada en un solo comprimido, mejora la adherencia.

EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ● **Pequeño** ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No sé	Una revisión sistemática evaluó los desenlaces de eventos adversos graves RR 0.77 (0.31-1.92) y el retiro por efectos adversos RR 0.85 (0.53-1.35) (71) (27).	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ● **Muy baja** ○ Baja ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos		Para los desenlaces planteados la certeza de la evidencia fue muy baja.
VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante		Los pacientes en el panel manifestaron su predilección por medicamentos combinados en una sola tableta ya que de tomar varias tabletas hasta 2 veces al día pasaron a tomar un solo comprimido, lo que les produjo tranquilidad.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ○ Favorece la intervención ● **Varía** ○ No sé		La medicación combinada, particularmente en una sola tableta mejora la adherencia del paciente (con una tableta).

RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● **Varía** ○ No sé	Un modelo de Japón utilizó datos de ensayo controlado aleatorizado (ECA) y comparó terapia de combinación de dosis baja de nifedipina de liberación controlada (20 mg / día) más candesartán (8 mg/día) vs monoterapia titulada de candesartán. En el grupo de terapia combinada, mayor eficacia y menor tratamiento incremental. Se observaron costos incrementales del tratamiento combinado en comparación con el grupo de monoterapia (30). En un modelo de China, Olmesartán/amlodipino como una sola píldora fue dominante en comparación con la combinación libre de olmesartán y amlodipina y la combinación de valsartan/amlodipina en una sola tableta. (55 de guía). En un segundo estudio hubo una reducción en el costo de la terapia del 33 % con un ahorro, de USD 19 por paciente/mes, después de cambiar de la combinación libre a la combinación de una tableta (31).	La terapia combinada se acompaña inicialmente de un aumento moderado en los requisitos de recursos, como adquisición, cadena de suministro y costos directos de medicamentos. Algunas combinaciones pueden ser caras o no permitir la dosificación exacta de ambos agentes. Los pacientes del panel manifiestan, que muchas veces deben comprar los medicamentos por no contar con disponibilidad en los establecimientos de salud lo que representa un incremento en el costo de bolsillo.
EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ● **Probablemente reducido** ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé		Los expertos panelistas manifiestan que la dispensación de los medicamentos combinados, por los diversos proveedores de salud, pudieran reflejar inequidad en la atención dentro del sistema.
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		Los panelistas expresan que esta recomendación será aceptada por el personal de salud, sin embargo, reiteran que se debe individualizar cada caso.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		Los miembros del grupo desarrollador expresan que el poder implementar esta recomendación implica contar con los medicamentos.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	**Trivial**	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	**Pequeño**	Moderado	Grande		Varía	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**Muy baja**	Baja	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad	**Probable-mente sin incerti-dumbre o variabilidad importantes**	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	Proba-blemente favorezca la inter-vención.	Favorece la inter-vención	**Varía**	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos modera-dos	Costos y ahorros in-significantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	**Varía**	No sé	
EQUIDAD	Reducido	**Proba-blemente reducido**	Probable-mente sin impacto	Proba-blemente aumenta-do	Aumenta-do	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	

PREGUNTA 6. ¿Qué meta terapéutica de presión arterial debe alcanzar el tratamiento farmacológico?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	Más del 30 % de la población mundial tiene HTA y solo el 13.8 % se considera que tienen controlada la enfermedad (32). Por lo que es de importancia trazar la meta de presión arterial en pacientes sin riesgo cardiovascular y con riesgo aunado a esto otras comorbilidades como diabetes y ERC.	
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ● **Moderado** ○ Grande ○ Varía ○ No sé	Los efectos deseables de una PA meta (anexo A) más baja (por 1000 pacientes tratados) fueron: una reducción de la mortalidad por todas las causas de 27 con un RR 0.67 con un IC 95 % de 0.49 a 0.91 (para PAS <120 frente a <130-139 mmHg) y de 7 con un RR 0.81 con un IC 95 % de 0.65 a 1.01 (para PAS 140/90 mmHg frente a 150-160 mmHg); una reducción de la mortalidad cardiovascular de 40 con un RR 0.42 con IC 95% de 0.18 – 0.98 (para PAS <130 mmHg frente a <130-139 mmHg) y 6 con un RR 0.66 con un IC 95 % 0.46 – 0.94 (para PAS 140/90 mmHg frente a 150-160 mmHg (33).	
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ● **Pequeño** ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ○ No sé	Las reacciones adversas graves (seguimiento; media 3.5 años) aumento de 20 con RR 1.87 con un IC 95 % de 1.34 – 2.61 (para PAS <130 mmHg frente a <140 mmHg y de 1 (para <120 mmHg frente a <130-139 mmHg)(34).	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ● **Baja** ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La certeza es moderada para la mayoría de los desenlaces excepto para mortalidad por todas las causas para PAS 140/90 frente a 150-160 donde la calidad de la evidencia es baja.	

VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	Desde la perspectiva del paciente, la HTA es a menudo una enfermedad silenciosa y es posible que los pacientes no tomen los medicamentos antihipertensivos según las indicaciones porque sus efectos positivos no son tan obvios como los posibles efectos secundarios de los medicamentos (3).	Los pacientes del panel expresan que es importante conocer de los médicos los valores de presión arterial que ellos deben lograr para mejorar con los medicamentos ya que en muchas ocasiones los efectos secundarios son mayores llevándolos a abandonar los tratamientos pese a conocer su condición de salud. La sociedad y los pacientes quieren evitar la mortalidad prematura o la discapacidad.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ○ Probablemente favorezca la intervención ● **Favorece la intervención** ○ Varía ○ No sé	Efectos deseables/indeseables por 1000: en pacientes con PAS 130 mmHg vs 140 mmHg: 17 menos de accidente cerebrovascular, pero 20 más por eventos adversos graves(34). 120mmHg vs 130-139 mmHg: 27 muertes menos por todas las causas, 1 efecto adverso más en pacientes con comorbilidad como la enfermedad de la arteria coronaria, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, beneficio constante con objetivos más bajos (umbrales variables)(33).	El grupo desarrollador de guía refiere ante la evidencia presentada expresa que los valores arriba PAS de 140 mmHg presenta mayor mortalidad, ACV, eventos cardiovasculares mayores. Por lo que se considera que los efectos deseables superan los efectos indeseables.

RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ○ Costos moderados ○ Costos y ahorros insignificantes ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ● **Varía** ○ No sé	El tratamiento intensivo de la presión arterial, en el ensayo SPRINT significó un medicamento adicional, una visita adicional al consultorio y una evaluación de prueba de laboratorio adicional en promedio y visitas de titulación adicionales por participante más de 3.25 años, en comparación con el tratamiento estándar. Esto se traduce en unos USD 13 000 más por paciente durante su vida restante(35),(36). Los costos son mucho menores en otros países además de EE. UU. (SPRINT). Trata a objetivos más bajos tendrá una disminución a medida que la magnitud del beneficio se reduce y cambia el enfoque a un número menor de pacientes. Un estudio de costo-efectividad del cribado y manejo óptimo de hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica en un entorno australiano encontró que un manejo intensivo de la hipertensión arterial previamente no controlada en comparación con la atención habitual resultó en una relación costo-efectividad incremental de AUD 2 588 (dólar australiano). No especifican la presión arterial objetivo para el análisis del ensayo SPRINT proporciona inferencias similares (36),(37).	El GDG refiere que a largo plazo tendrá un mejor costo/beneficio, para el SNIS, evitando las complicaciones del tratamiento inadecuado de hipertensión arterial.
EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ● **Probablemente reducido** ○ Probablemente sin impacto ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	Utilizando el objetivo <140/90, "muchas barreras en el acceso a la atención de la hipertensión arterial en entornos de bajos ingresos, con bajos conocimientos de salud de los pacientes; asistencia sanitaria sobrecargada a los proveedores; la falta de una estructura organizativa para acomodar a un no médico como proveedor de la atención primaria; la falta de confianza y/o política hacia la capacidad de los proveedores no médicos para administrar pacientes sin complicaciones y estables; la falta de infraestructura para la recopilación de datos y el seguimiento de información de forma periódica, ya que un objetivo más intensivo parece requerir más recopilación de datos y vigilancia; y finalmente, recursos limitados (38).	Los expertos expresan que el establecer una meta de TA al iniciar el tratamiento farmacológico se previenen los eventos CV y con ello el riesgo de mortalidad en los pacientes dicho de esta forma se reduciría la inequidad, pero no se desestima la existencia de barrera que pueden limitar el logro de la meta.
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé		Aceptable para los proveedores de atención.

FACTIBILIDAD	¿Es factible implementar la intervención? ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé		

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICACIONES
PROBLEMA	No	Probablemente no	Probablemente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	**Moderado**	Grande		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	**Pequeño**	Moderado	Grande		Varía	No sé	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Importante incertidumbre o variabilidad	Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad	**Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes**	Sin incertidumbre o variabilidad importante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la comparación	Probablemente favorece la comparación	No favorece ni la intervención ni la comparación.	Probablemente favorezca la intervención.	**Favorece la intervención**	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos moderados	Costos y ahorros insignificantes	Ahorro moderado	Grandes ahorros	**Varía**	No sé	
EQUIDAD	Reducido	**Probablemente reducido**	Probablemente sin impacto	Probablemente aumentado	Aumentado	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probablemente no	**Probablemente si**	Si		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probablemente no	**Probablemente si**	Si		Varía	No sé	

PREGUNTA 7. En adultos con hipertensión que reciben tratamiento farmacológico, ¿cuándo se debe reevaluar la PA?

	JUICIO	EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN	CONSIDERACIONES ADICIONALES
PROBLEMA	**¿El problema es prioritario?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Si** ○ Varía ○ No sé	Un estudio de cohorte retrospectivo relacionado al inicio del tratamiento temprano después del diagnóstico establece que hay mejora en los resultados, además que retrasar la evaluación después del inicio también puede aumentar el riesgo de ECAM. Una vez que un paciente está establecido en un seguimiento y la PA está bajo control, la frecuencia de las visitas es de menor importancia. Una vez controlada la presión arterial, el seguimiento cada tres meses debe ser adecuado y el intervalo generalmente no debe exceder los seis meses (39).	
EFECTOS DESEABLES	**¿Cuán sustanciales son los efectos anticipados deseables?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ● **Grande** ○ Varía ○ No sé	Para los desenlaces de evento cardiovasculares y mortalidad de cualquier clase en un intervalo de 1.4 meses a 4.6 meses se obtuvo un RR 1.12 (1.05 – 1.20) p 0.009. Para el desenlace de evento cardiovascular o muerte RR 1.18 (1.11 - 1.25), p 0.0001 menor en comparación con los reevaluados en un período ≥ 2.7 meses(40).	
EFECTOS INDESEABLES	**¿Cuán importantes son los efectos indeseables anticipados?** ○ Trivial ○ Pequeño ○ Moderado ○ Grande ○ Varía ● **No sé**	No hay evidencia descrita.	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	**¿Cuál es la certeza general de la evidencia de los efectos?** ○ Muy baja ● **Baja** ○ Moderada ○ Alta ○ No hay estudios incluidos	La calidad de la evidencia es baja.	

VALORES	**¿Existe una incertidumbre o variabilidad importante sobre cuánto valoran las personas los resultados principales?** ○ Importante incertidumbre o variabilidad ○ Posiblemente importante incertidumbre o variabilidad ● **Probablemente sin incertidumbre o variabilidad importantes** ○ Sin incertidumbre o variabilidad importante	En general, la sociedad y los pacientes quieren reducir el riesgo de morbilidad o mortalidad prematura de muchos pacientes particularmente los mayores o los que viven solos, se tranquilizan con un control más frecuente de la presión arterial. Estos pacientes se volvieron menos temeroso de estar solo, o de no detectar un signo clínico importante de que su condición puede ser empeorando (41).	Los pacientes en el panel expresan que aprueban un seguimiento posterior al inicio del tratamiento y que este les trae una sensación de seguridad ya que pueden solventar sus dudas y es de su interés por el bienestar de su salud atender a la cita que el médico ha establecido.
BALANCE DE EFECTOS	**¿El equilibrio entre los efectos deseables e indeseables favorece la intervención o la comparación?** ○ Favorece la comparación ○ Probablemente favorece la comparación ○ No favorece ni la intervención ni la comparación. ● **Probablemente favorezca la intervención** ○ Favorece la intervención ○ Varía ○ No sé	Parece haber datos limitados para abordar esta pregunta específica. Un ensayo controlado aleatorio comparó tres meses de seguimiento hasta seis meses después de que los pacientes fueron controlados y no encontraron diferencias significativas (39).	
RECURSOS REQUERIDOS	**¿Qué tan grandes son los requisitos de recursos (costos)?** ○ Grandes costos ○ Costos moderados ● **Costos y ahorros insignificantes** ○ Ahorro moderado ○ Grandes ahorros ○ Varía ○ No sé		Ya se cuenta con el seguimiento dentro del MINSAL según los lineamientos establecidos.

EQUIDAD	**¿Cuál sería el impacto sobre las inequidades en salud?** ○ Reducido ○ Probablemente reducido ● **Probablemente sin impacto** ○ Probablemente aumentado ○ Aumentado ○ Varía ○ No sé	Meiqari y col. sugieren que será difícil en los países de bajos ingresos aumentar la frecuencia de las visitas, para el monitoreo de la PA, pero puede ser factible si los trabajadores sanitarios de la comunidad u otros trabajadores pueden participar en el manejo de la presión arterial y el uso del monitoreo domiciliario. Puede reducir las inequidades cuando tiene un seguimiento estructurado. Sin embargo, cuando existen barreras del sistema, pueden empeorar (42).	Los panelista y pacientes expresan que, en el sistema integrado de salud, tienen establecidas la frecuencia de los seguimientos según los lineamientos establecidos del SNIS.
ACEPTABILIDAD	**¿La intervención es aceptable para las partes interesadas clave?** ○ No ○ Probablemente no ● **Probablemente si** ○ Sí ○ Varía ○ No sé	La monitorización más frecuente aumentó la sensación de seguridad de los pacientes al permanecer independientes en el hogar, especialmente para los que viven solos y los adultos mayores. Los pacientes se volvieron menos temerosos de estar solos o de no detectar un signo clínico importante de que su condición podría estar empeorando (41).	Los panelistas expresan que esta intervención será aceptada por los prestadores de servicios de salud.
FACTIBILIDAD	**¿Es factible implementar la intervención?** ○ No ○ Probablemente no ○ Probablemente si ● **Sí** ○ Varía ○ No sé		Ya se encuentra implementado.

RESUMEN DE JUICIOS

	JUICIO							IMPLICA-CIONES
PROBLEMA	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	
EFECTOS DESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	**Grande**		Varía	No sé	
EFECTOS INDESEABLES	Trivial	Pequeño	Moderado	Grande		Varía	**No sé**	
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	Muy baja	**Baja**	Moderada	Alta			No hay estudios incluidos	
VALORES	Impor-tante incerti-dumbre o variabilidad	Posible-mente impor-tante incerti-dumbre o variabili-dad	**Probable-mente sin incerti-dumbre o variabilidad importantes**	Sin incer-tidumbre o variabi-lidad im-portante				
BALANCE DE LOS EFECTOS	Favorece la com-paración	Proba-blemente favorece la com-paración	No favorece ni la inter-vención ni la com-paración.	**Proba-blemente favorezca la inter-vención.**	Favorece la inter-vención	Varía	No sé	
RECURSOS REQUERIDOS	Grandes costos	Costos modera-dos	**Costos y ahorros in-significantes**	Ahorro moderado	Grandes ahorros	Varía	No sé	
EQUIDAD	Reducido	Proba-blemente reducido	**Probable-mente sin impacto**	Proba-blemente aumenta-do	Aumenta-do	Varía	No sé	
ACEPTABILIDAD	No	Probable-mente no	**Probable-mente si**	Si		Varía	No sé	
FACTIBILIDAD	No	Probable-mente no	Probable-mente si	**Si**		Varía	No sé	

Referencias

1. Hong Z, Wu T, Zhou S, Huang B, Wang J, Jin D, et al. Effects of anti-hypertensive treatment on major cardiovascular events in populations within prehypertensive levels: a systematic review and meta-analysis. J Hum Hypertens. febrero de 2018;32(2):94–104.

2. Brunström M, Carlberg B. Benefits and harms of lower blood pressure treatment targets: systematic review and meta-analysis of randomised placebo-controlled trials. BMJ Open. septiembre de 2019;9(9):e026686.

3. Risso-Gill I, Balabanova D, Majid F, Ng KK, Yusoff K, Mustapha F, et al. Understanding the modifiable health systems barriers to hypertension management in Malaysia: a multi-method health systems appraisal approach. BMC Health Serv Res. diciembre de 2015;15(1):254.

4. Kostova D, Spencer G, Moran AE, Cobb LK, Husain MJ, Datta BK, et al. The cost-effectiveness of hypertension management in low-income and middle-income countries: a review. BMJ Glob Health. septiembre de 2020;5(9):e002213.

5. Bress AP, Bellows BK, King JB, Hess R, Beddhu S, Zhang Z, et al. Cost-Effectiveness of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med. el 24 de agosto de 2017;377(8):745–55.

6. Park C, Fang J, Hawkins NA, Wang G. Comorbidity Status and Annual Total Medical Expenditures in U.S. Hypertensive Adults. American Journal of Preventive Medicine. diciembre de 2017;53(6):S172–81.

7. Pedrosa RP, Drager LF, Gonzaga CC, Sousa MG, de Paula LKG, Amaro ACS, et al. Obstructive Sleep Apnea: The Most Common Secondary Cause of Hypertension Associated With Resistant Hypertension. Hypertension. noviembre de 2011;58(5):811–7.

8. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? European Heart Journal. el 1 de mayo de 2014;35(19):1245–54.

9. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation [Internet]. el 3 de marzo de 2020 [citado el 13 de diciembre de 2021];141(9). Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000757

10. Baptiste D, Hamilton JB, Foronda C, Sloand E, Fahlberg B, Pfaff T, et al. Hypertension among adults living in Haiti: An integrative review. J Clin Nurs. julio de 2018;27(13–14):2536–45.

11. Odutayo A, Gill P, Shepherd S, Akingbade A, Hopewell S, Tennankore K, et al. Income Disparities in Absolute Cardiovascular Risk and Cardiovascular Risk Factors in the United States, 1999-2014. JAMA Cardiol. el 1 de julio de 2017;2(7):782.

12. Karmali KN, Lloyd-Jones DM, van der Leeuw J, Goff DC, Yusuf S, Zanchetti A, et al. Blood pressure-lowering treatment strategies based on cardiovascular risk versus blood pressure: A meta-analysis of individual participant data. Steinhubl SR, editor. PLoS Med. el 20 de marzo de 2018;15(3):e1002538.

13. Gaziano TA, Steyn K, Cohen DJ, Weinstein MC, Opie LH. Cost-Effectiveness Analysis of Hypertension Guidelines in South Africa: Absolute Risk Versus Blood Pressure Level. Circulation. el 6 de diciembre de 2005;112(23):3569–76.

14. Gheorghe A, Griffiths U, Murphy A, Legido-Quigley H, Lamptey P, Perel P. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review. BMC Public Health. diciembre de 2018;18(1):975.

15. Montgomery AA. Evaluation of computer based clinical decision support system and risk chart for management of hypertension in primary care: randomised controlled trial. BMJ. el 11 de marzo de 2000;320(7236):686–90.

16. Reboussin DM, Allen NB, Griswold ME, Guallar E, Hong Y, Lackland DT, et al. Systematic Review for the 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. el 23 de octubre de 2018 [citado el 14 de diciembre de 2021];138(17). Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000601

17. Wright JM, Musini VM, Gill R. First-line drugs for hypertension. Cochrane Hypertension Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 18 de abril de 2018 [citado el 3 de enero de 2022];2018(4). Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001841.pub3

18. Seeley A, Prynn J, Perera R, Street R, Davis D, Etyang AO. Pharmacotherapy for hypertension in Sub-Saharan Africa: a systematic review and network meta-analysis. BMC Med. diciembre de 2020;18(1):75.

19. Shahaj O, Denneny D, Schwappach A, Pearce G, Epiphaniou E, Parke HL, et al. Supporting self-management for people with hypertension: a meta-review of quantitative and qualitative systematic reviews. Journal of Hypertension. febrero de 2019;37(2):264–79.

20. Fragasso G, Maranta F, Montanaro C, Salerno A, Torlasco C, Margonato A. Pathophysiologic therapeutic targets in hypertension: a cardiological point of view. Expert Opinion on Therapeutic Targets. febrero de 2012;16(2):179–93.

21. Park C, Wang G, Durthaler JM, Fang J. Cost-effectiveness Analyses of Antihypertensive Medicines: A Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine. diciembre de 2017;53(6):S131–42.

22. Nugent R, Brower E, Cravioto A, Koehlmoos T. A cost-benefit analysis of a National Hypertension Treatment Program in Bangladesh. Preventive Medicine [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 14 de diciembre de 2021];105:S56–61. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743517302992

23. Gad M, Lord J, Chalkidou K, Asare B, Lutterodt MG, Ruiz F. Supporting the Development of Evidence-Informed Policy Options: An Economic Evaluation of Hypertension Management in Ghana. Value in Health [Internet]. febrero de 2020 [citado el 14 de diciembre de 2021];23(2):171–9. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301519351319

24. Ekwunife OI, Okafor CE, Ezenduka CC, Udeogaranya PO. Cost-utility analysis of antihypertensive medications in Nigeria: a decision analysis. Cost Eff Resour Alloc [Internet]. 2013 [citado el 14 de diciembre de 2021];11(1):2. Disponible en: http://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-11-2

25. AlGhurair SA, Hughes CA, Simpson SH, Guirguis LM. A Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model: Patient Self-Reported Barriers of Adherence. The Journal of Clinical Hypertension. diciembre de 2012;14(12):877–86.

26. Salam A, Huffman MD, Kanukula R, Hari Prasad E, Sharma A, Heller DJ, et al. Two-drug fixed-dose combinations of blood pressure-lowering drugs as WHO essential medicines: An overview of efficacy, safety, and cost. J Clin Hypertens. octubre de 2020;22(10):1769–79.

27. Garjón J, Saiz LC, Azparren A, Gaminde I, Ariz MJ, Erviti J. First-line combination therapy versus first-line monotherapy for primary hypertension. Cochrane Hypertension Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 6 de febrero de 2020 [citado el 14 de diciembre de 2021];2021(11). Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010316.pub3

28. Krousel-Wood M, Hyre A, Muntner P, Morisky D. Methods to improve medication adherence in patients with hypertension: current status and future directions: Current Opinion in Cardiology. julio de 2005;20(4):296–300.

29. Huang RS, Cheng YM, Zeng XX, Kim S, Fu P. Renoprotective Effect of the Combination of Renin-angiotensin System Inhibitor and Calcium Channel Blocker in Patients with Hypertension and Chronic Kidney Disease. Chinese Medical Journal. el 5 de marzo de 2016;129(5):562–9.

30. Fujikawa K, Hasebe N, Kikuchi K. Cost-Effectiveness Analysis of Hypertension Treatment: Controlled Release Nifedipine and Candesartan Low-Dose Combination Therapy in Patients with Essential Hypertension-The Nifedipine and Candesartan Combination (NICE-Combi) Study-. Hypertens Res. 2005;28(7):585–91.

31. Chrysant SG. Using Fixed-Dose Combination Therapies to Achieve Blood Pressure Goals: Clinical Drug Investigation. 2008;28(11):713–34.

32. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation. el 9 de agosto de 2016;134(6):441–50.

33. 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. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. el 1 de mayo de 2019;104(5):1575–84.

34. Arguedas JA, Leiva V, Wright JM. Blood pressure targets in adults with hypertension. Cochrane Hypertension Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 17 de diciembre de 2020 [citado el 14 de diciembre de 2021];2020(12). Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004349.pub3

35. Cost-Effectiveness of Intensive versus Standard Blood-Pressure Control. N Engl J Med [Internet]. el 30 de noviembre de 2017 [citado el 14 de diciembre de 2021];377(22):2199–200. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1712465

36. Richman IB, Fairley M, Jørgensen ME, Schuler A, Owens DK, Goldhaber-Fiebert JD. Cost-effectiveness of Intensive Blood Pressure Management. JAMA Cardiol [Internet]. el 1 de noviembre de 2016 [citado el 14 de diciembre de 2021];1(8):872. Disponible en: http://cardiology.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamacardio.2016.3517

37. Howard K, White S, Salkeld G, McDonald S, Craig JC, Chadban S, et al. Cost-Effectiveness of Screening and Optimal Management for Diabetes, Hypertension, and Chronic Kidney Disease: A Modeled Analysis. Value in Health [Internet]. marzo de 2010 [citado el 14 de diciembre de 2021];13(2):196–208. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510603634

38. Meiqari L, Nguyen TPL, Essink D, Zweekhorst M, Wright P, Scheele F. Access to hypertension care and services in primary health-care settings in Vietnam: a systematic narrative review of existing literature. Global Health Action [Internet]. el 1 de enero de 2019 [citado el 14 de diciembre de 2021];12(1):1610253. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2019.1610253

39. Birtwhistle RV. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. BMJ. el 24 de enero de 2004;328(7433):204–0.

40. Xu W, Goldberg SI, Shubina M, Turchin A. Optimal systolic blood pressure target, time to intensification, and time to follow-up in treatment of hypertension: population based retrospective cohort study. BMJ. el 5 de febrero de 2015;350(feb05 9):h158–h158.

41. Walker RC, Tong A, Howard K, Palmer SC. Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: Systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. International Journal of Medical Informatics. abril de 2019;124:78–85.

42. Meiqari L, Nguyen TPL, Essink D, Zweekhorst M, Wright P, Scheele F. Access to hypertension care and services in primary health-care settings in Vietnam: a systematic narrative review of existing literature. Global Health Action. el 1 de enero de 2019;12(1):1610253.