

INFORME DE EVALUACIÓN

Principio activo:	IMIDAPRIL
Nombre Comercial y presentaciones:	HIPERTENE® (BIAL Industrial Farmacéutica, S.A.) 5 mg 28 comp (7,98 €) 10 mg 28 comp (12,76 €)
Condiciones de dispensación:	Con receta médica. Aportación reducida
Procedimiento de autorización:	Reconocimiento mutuo
Fecha de evaluación:	Noviembre 2004
Fecha de comercialización:	Enero 2005

INDICACIONES APROBADAS¹

Tratamiento de la hipertensión arterial esencial.

CONTRAINDICACIONES¹

Está **contraindicado** en caso de: antecedentes de edema angioneurótico asociado a tratamiento previo con IECA, angioedema hereditario/idiopático, embarazo y lactancia, hipertensión renovascular, insuficiencia renal con o sin hemodialisis (aclaramiento creatinina < 10 ml/min) e hipersensibilidad a imidapril o a cualquier otro IECA.

MECANISMO DE ACCIÓN¹

Imidapril es un nuevo inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (similar a enalapril, lisinopril, ramipril).

FARMACOCINÉTICA¹

Tras la administración oral posee una biodisponibilidad del 70% y se alcanzan concentraciones máximas a las 2 horas. Se hidroliza a un metabolito activo (imidaprilato) cuya vida media de eliminación supera las 24 horas.

La ingestión de alimentos de alto contenido graso reduce su grado de absorción.

Se elimina un 40% en orina y un 50% en heces.

POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN¹

La dosis inicial es de 5 mg una vez al día. Si no se consigue un control óptimo de la presión arterial después de al menos 3 semanas de tratamiento, la dosis diaria debe aumentarse a 10 mg que es la dosis diaria más eficaz. Se recomienda tomar los comprimidos en el mismo momento del día, 15 minutos antes de las comidas.

EFICACIA CLÍNICA

Por el momento, no hay publicados ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evalúen la eficacia de imidapril en términos de morbi-mortalidad cardiovascular. Tan sólo se dispone para su evaluación de datos de ECA con limitaciones metodológicas importantes: evaluación de variables de eficacia subrogadas (cambios en la presión arterial), corta duración (12-24 semanas), limitado número de pacientes (en la mayoría de los ensayos los criterios de inclusión sólo tuvieron en cuenta valores de presión diastólica) y en los que las dosis comparativas utilizadas con otros IECA fueron subóptimas.

En los ECA publicados en los que se compara imidapril (dosis de 5-10 mg/día) frente a otros IECA (enalapril 5-10 mg/día y captopril 25-50 mg/12 horas)^(2,3,4), calcioantagonistas (nifedipino retard)⁽⁵⁾ o diuréticos (hidroclorotiazida)⁽⁶⁾, no se ha establecido formalmente que imidapril tenga efectos diferentes (en términos de reducción de presión arterial) a los de los fármacos antihipertensivos con los que se ha comparado en pacientes con hipertensión esencial leve-moderada.

SEGURIDAD

Reacciones adversas¹

La incidencia de reacciones adversas en pacientes hipertensos tratados con imidapril ha sido del 34%, y con placebo del 36%. Entre los asociados con mayor frecuencia al uso de imidapril se encuentran: tos, mareos, fatiga, somnolencia, dispepsia y vómitos. El perfil de efectos adversos de imidapril es similar al del resto de IECA, debiendo considerarse la posibilidad de:

- **Hipotensión grave** tras iniciar el tratamiento o aumentar la dosis en algunos grupos de riesgo. Junto con la hipotensión pueden sobrevenir síntomas como mareos, sensación de debilidad, alteraciones de la visión y rara vez trastornos de la conciencia (síncope).
- **Insuficiencia renal aguda.**
- Casos de eritema multiforme, síndrome de Steven-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, eflorescencias de tipo psoriasis y alopecia. Los síntomas cutáneos pueden acompañarse de fiebre, mialgias, artralgias, eosinofilia y/o aumento de los niveles de anticuerpos antinucleares. Imidapril puede asociarse con un **edema angioneurótico** que afecta a la cara y los tejidos bucofaringeos.
- **Hiperpotasemia:** puede elevarse el potasio sérico, pues imidapril disminuye la secreción de aldosterona.

Por el momento, **la hipótesis de una menor incidencia de tos seca con imidapril con respecto a otros IECA, no está confirmada en los ensayos publicados**^(2,3,4,7,8,9).

Advertencias y precauciones¹

Al igual que con otros IECA imidapril debe utilizarse con precaución en determinadas situaciones clínicas incluyendo: trasplante renal, psoriasis, hipotensión, insuficiencia renal, hipersensibilidad a toxinas y picaduras de insectos, angioedema, hiperpotasemia, en caso de cirugía/ anestesia, estenosis aórtica/ miocardiopatía hipertrófica, neutropenia/ agranulocitosis, proteinuria.

Utilización en situaciones especiales¹

- **Ancianos:** dosis inicial de 2,5 mg una vez al día; ajustar la dosis según la respuesta de la presión arterial. La dosis máxima recomendada es de 10 mg una vez al día.
- **Insuficiencia hepática:** dosis inicial recomendada de 2,5 mg una vez al día.
- **Insuficiencia renal:** necesario evaluar la función renal antes de iniciar el tratamiento con imidapril.
 - Si aclaramiento de creatinina 30-80 ml/min: dosis inicial recomendada de 2,5 mg una vez al día.
 - Si aclaramiento de creatinina 10-29 ml/min: no se debe administrar el medicamento en estos pacientes.
- **Niños:** no se debe administrar imidapril hasta que se haya establecido su eficacia y su seguridad en niños.
- **Embarazo y lactancia:** está contraindicado su uso.

Interacciones¹

Similares a las del resto de IECA.

- **Diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio:** puede atenuar la pérdida de potasio inducida por los diuréticos. Los diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona, triamtereno o amilorida), los suplementos de potasio o los sustitutos de la sal con potasio pueden aumentar significativamente el potasio sérico. Si está indicado el uso simultáneo de estos productos por una hipopotasemia confirmada, deben utilizarse con precaución y vigilando con frecuencia el potasio sérico.
- **Diuréticos:** los pacientes tratados con diuréticos, en particular aquellos que disminuyen el volumen o la sal, pueden experimentar una reducción excesiva de la presión arterial tras iniciar el tratamiento con imidapril. La posibilidad de efectos hipotensores puede reducirse suspendiendo el diurético, aumentando el volumen o el consumo de sal antes de la toma del fármaco e iniciando el tratamiento con una dosis menor de imidapril. Hay que ser precavido al aumentar de nuevo la dosis
- **Litio:** la administración concomitante de imidapril con litio puede reducir la excreción de este último. Es necesario vigilar con frecuencia los niveles séricos de litio.
- **Anestésicos:** imidapril, puede potenciar los efectos hipotensores de algunos anestésicos.
- **Narcóticos/antipsicóticos:** puede producirse hipotensión postural.
- **Antihipertensivos:** se produce un incremento del efecto hipotensor de los inhibidores de la ECA.
- **Alopurinol:** los datos de otros inhibidores de la ECA indican un mayor riesgo de leucopenia.
- **Citostáticos o inmunosupresores, corticosteroides sistémicos o procainamida:** la administración concomitante con imidapril puede aumentar el riesgo de leucopenia.

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINE):** hay datos de otros IECA que indican que la administración simultánea de un AINE puede reducir el efecto antihipertensivo de los IECA, aumentando el potasio sérico y disminuyendo la función renal. Estos efectos son más probables en enfermos con insuficiencia renal.
- **Rifampicina:** la administración de rifampicina reduce la concentración plasmática de imidaprilato (metabolito activo del imidapril) por lo que podría disminuir el efecto hipotensor del imidapril.
- **Antidiabéticos:** los IECA pueden potenciar la sensibilidad a la insulina pudiendo causar una hipoglucemia sintomática en pacientes que reciben concomitantemente insulina o antidiabéticos orales e imidapril.
- **Antiácidos:** éstos pueden inducir una menor biodisponibilidad de imidapril.
- **Simpaticomiméticos:** pueden disminuir los efectos antihipertensivos de los IECA.
- **Alcohol:** puede potenciar el efecto hipotensor de los IECA.

LUGAR EN TERAPÉUTICA

Imidapril se trata del duodécimo IECA comercializado en España, con anterioridad se encontraban comercializados otros IECA (enalapril, lisinopril, ramipril, etc) que son similares estructural y farmacológicamente a imidapril.

El tratamiento de inicio en la mayoría de los hipertensos que no tengan otra patología específica, son los diuréticos tiazídicos^(10,11). Se debe considerar la utilización de los IECA en situaciones clínicas específicas tales como: insuficiencia cardíaca, diabetes y nefropatía no diabética (sin estenosis de las arterias renales o unilateral en riñón único)^(7,11). La selección del IECA a utilizar deberá realizarse teniendo en cuenta beneficios demostrados en ensayos clínicos aleatorizados con resultados de morbilidad. Si no se consigue control de la tensión arterial en monoterapia, debe considerarse la asociación con otros antihipertensivos, en particular diuréticos⁽⁷⁾. En caso de intolerancia a un IECA, los ARA II han mostrado ser una buena alternativa.

RESUMEN ANÁLISIS COMPARATIVO

Fármaco comparador: IECA

1. **Eficacia NO DIFERENTE** en las variables subrogadas evaluadas en los ensayos clínicos.
2. **Seguridad IGUAL**
3. **Pauta IGUAL (enalapril); SUPERIOR (captopril)**
4. **Coste SUPERIOR (enalapril); INFERIOR (captopril)**

CONCLUSIÓN

Imidapril es el duodécimo inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) comercializado en España, para el tratamiento de la hipertensión arterial esencial.

Por el momento, no hay publicados ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que evalúen la eficacia de imidapril en términos de morbi-mortalidad cardiovascular. Para su evaluación se dispone tan solo de datos de ECA que evalúan variables de eficacia subrogada (cambios en la presión arterial), de corta duración (12-24 semanas), con limitado número de pacientes (en la mayoría de los ensayos los criterios de inclusión sólo tuvieron en cuenta valores de presión diastólica) y en los que las dosis comparativas utilizadas con otros IECA fueron subóptimas.

En los ECA publicados en los que se compara imidapril frente a otros IECA (enalapril y captopril), calcioantagonistas (nifedipino retard) o diuréticos (hidroclorotiazida), no se ha establecido formalmente que imidapril tenga efectos diferentes (en términos de reducción de presión arterial) a los de los fármacos antihipertensivos con los que se ha comparado en pacientes con hipertensión esencial leve-moderada.

Su perfil de reacciones adversas es similar al resto de IECA. La hipótesis de una menor incidencia de tos seca con imidapril con respecto a otros IECA, no está confirmada en los ensayos clínicos publicados.

Por todo ello, imidapril no aporta mejoras significativas con respecto a otros IECA que han demostrado beneficios en ensayos clínicos aleatorizados con resultados de morbilidad (captopril, enalapril, lisinopril, perindopril y ramipril).

FRASE RESUMEN: CUANDO SEA NECESARIO UTILIZAR UN IECA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CONTINUAR UTILIZANDO OTROS IECA CON BENEFICIOS DEMOSTRADOS DE MORBIMORTALIDAD.

CALIFICACIÓN: “NO APORTA NADA NUEVO”

Esta evaluación ha sido realizada de acuerdo con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de los Comités de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, Cataluña y Euskadi.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ficha Técnica de Hipertene® (BIAL Industrial Farmacéutica).
2. Saruta T, Omae T, Kuramochi M, Iimura O, Yoshinaga K, Abe K, et al. Imidapril hydrochloride in essential hypertension: a double-blind comparative study using enalapril maleate as a control. *J Hypertens.* 1995;13(suppl 3):S23-S30.
3. van der Does R, Euler R. Comparison of the Antihypertensive Effect of Imidapril and Enalapril in the Treatment of Mild to Moderate Essential Hypertension: A randomized, Double-Blind, Parallel-Group Study. *Curr Ther Res.* 2001;62(6):437-50.
4. Huang P, Chien K, Chen M, Lai L, Chiang F. Efficacy and Safety of Imidapril in Patients with Essential Hypertension: A Double-Blind Comparison with Captopril. *Cardiology.* 2001;95:146-50.
5. van der Does R, Euler R. A Randomized, Double-blind, Parallel-group Study to Compare the Anti-hypertensive Effects of Imidapril and Nifedipine in the Treatment of Mild-to-moderate Essential Hypertension. *J Int Med Res.* 2001;29:154-62.
6. Dews I, Vandenburg M. A 24-week Dose-titration Study of the Angiotensin-converting Enzyme Inhibitor Imidapril in the Treatment of Mild-to-moderate Essential Hypertension in the Elderly. *J Int Med Res.* 2001;29:100-107.
7. Imidapril et HTA. *La Revue Prescrire.* 2000;20(209):568-70.
8. Nishikawa Y, Ogawa S. Incidence of cough induced by imidapril in patients with hypertension with enalapril-associated cough. *Curr Ther Res.* 1997;58(9):601-608.
9. Saruta T, Arakawa K, Iimura O, Abe K, Matsuoka H, Nakano T, et al. Difference in the Incidence of Cough Induced by Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors: a Comparative Study Using Imidapril Hydrochloride and Enalapril Maleate. *Hypertens Res.* 1999;22:197-202).
10. The Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003;289:2560-72.
11. Guía de Práctica clínica sobre Hipertensión Arterial. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza-Servicio vasco de salud. Vitoria-Gasteiz : Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2002.

ANEXO 1. ESTUDIOS

Referencia (Autor, publicación)	Tipo de estudio	Población (N, características)	Resultados finales (end-point)	Tamaño del efecto Intervalos de confianza / valores p	Comentarios	Calidad del estudio (escala Jadad)
Saruta T et al. J Hypertens. 1995;13(S3): S23-S30. (Ref 2)	EC aleatorizado, doble ciego, con comparador activo. Objetivo: evaluar el "uso" de imidapril frente a enalapril en adultos con hipertensión esencial leve-moderada.	231 pacientes de 30-74 años aleatorizados (112 imidapril 5-10 mg/ día, 119 enalapril 5-10 mg/día). Se analizan 223 pacientes porque 8 no cumplen requisitos de inclusión. Criterios inclusión pacientes (datos basales): pacientes con hipertensión esencial leve-moderada (presión sistólica \geq 160 mmHg y diastólica \geq 95 mmHg) Duración: - fase de preinclusión con placebo (4 semanas) - fase de tratamiento activo (12 semanas): 4 semanas de ajuste de dosis (aumento de dosis si PD>90 mmHg), seguidas de 8 semanas de mantenimiento	Eficacia: <i>Variable principal:</i> % de respondedores (reducción de PS a \leq 149 y PD \leq 89 mmHg o disminución de al menos 20/10 mmHg respecto a PS/PD basal) <i>Variables secundarias:</i> otras medidas de presión sanguínea (PD, PS, ...) Seguridad: frecuencia de efectos adversos notificados/observados.	Imidapril 71,3% Enalapril 66,1% NS No hubo diferencias significativas en resto de variables. No hubo diferencias significativas entre grupos. Efecto adverso más frecuente fue la tos(8 pacientes no evaluados) : imidapril 0,9% (1/108) enalapril 7,0% (8/115)	No se hace análisis por ITT. Se observan deficiencias metodológicas: - no se calcula previamente el número de pacientes necesario incluir en el estudio - no se indica la potencia del estudio - resultados de eficacia (signos y síntomas clínicos) no definidos previamente - valoración de resultados de eficacia y seguridad según escalas/gradaciones no validadas - análisis de variables subrogadas - corta duración - dosis de fármaco comparador subóptimas (enalapril 5-10 mg/ día) para un control adecuado	Aleatorización: 1 Doble Ciego: 1 Pérdidas: 1 Aleatorización apropiada: 0 Ciego apropiado: 0 Total: 3 puntos
van der Does R, et al. Current Therapeutic Research. 2001;62(6):437-50. (Ref 3)	EC aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, de grupos paralelos, con comparador activo. Objetivo: evaluar la eficacia y seguridad de imidapril frente a enalapril en pacientes con hipertensión esencial leve-moderada.	353 pacientes de 18-75 años aleatorizados (176 imidapril 5-10 mg/ día, 177 enalapril 5-10 mg/ día). Criterios inclusión pacientes (datos basales): pacientes con hipertensión esencial leve-moderada (presión diastólica sentado entre 95-115 mmHg). Duración: - fase de preinclusión con placebo (4 semanas) - fase de tratamiento activo (12 semanas): 4 semanas de ajuste de dosis (doblar dosis si PD>90 mHg), seguidas de 8 semanas de mantenimiento	Eficacia: <i>Variable principal:</i> % de respondedores (reducción de de PD a \leq 90 mmHg o disminución de al menos 10 mmHg respecto a PD sentado basal). <i>Variables secundarias:</i> cambios en valores de PD y PS sentado/de pie con respecto a valores basales. Seguridad: efectos adversos, hallazgos en exploración física, hallazgos en ECG, frecuencia cardíaca y parámetros de laboratorio.	Imidapril: 74,9% Enalapril: 74,0% NS Reducción PD sentado: NS Reducción PS sentado: NS No hay diferencias significativas en resto de variables de eficacia. Perfil y frecuencia de efectos adversos es similar en ambos grupos, incluida la tos. Efectos adversos más frecuentes (>5%): dolor cabeza, bronquitis, tos, infecciones agudas tracto respiratorio superior; dolor musculoesquelético sólo en el grupo con imidapril.	Se hace análisis por ITT modificado y por protocolo, no observándose diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de eficacia. Se observan deficiencias metodológicas: - análisis de variables subrogadas - corta duración - dosis de fármaco comparador subóptimas (enalapril 5-10 mg/ día) para un control adecuado	Aleatorización: 1 Doble Ciego: 1 Pérdidas: 0 Aleatorización apropiada: 0 Ciego apropiado: 0 Total: 2 puntos

Referencia (Autor, publicación)	Tipo de estudio	Población (N, características)	Resultados finales (end-point)	Tamaño del efecto Intervalos de confianza / valores p	Comentarios	Calidad del estudio (escala Jadad)
Huang PJ et al. Cardiology. 2001;95:146-150. (Ref 4)	EC aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, con comparador activo. Objetivo: evaluar la eficacia y seguridad (incidencia de tos) de imidapril frente a captopril en adultos chinos con hipertensión esencial leve-moderada.	57 pacientes de raza china de 30-70 años aleatorizados (29 imidapril 5-10 mg/ día, 28 captopril 25-50 mg/ 12 horas) Criterios inclusión pacientes (datos basales): pacientes con hipertensión esencial leve-moderada (presión diastólica entre 95-115 mmHg). Duración: - fase de preinclusión con placebo (2-3 semanas) - fase de tratamiento activo (12 semanas): 4 semanas de ajuste de dosis (si PD>90 mmHg), seguidas de 8 semanas de mantenimiento	Eficacia: <i>Variable principal:</i> reducción de PD sentado. <i>Variables secundarias:</i> - % de respondedores (reducción de PD sentado a 90 mmHg o disminución de al menos 10 mmHg respecto a PD basal) - cambios en PS sentado. Seguridad: frecuencia de efectos adversos notificados/observados.	Imidapril: 9,9±1,3 mmHg Captopril: 8,8±1,5 mmHg NS % de respondedores: NS Reducción PS sentado: NS Efecto adverso más frecuente en ambos grupos fue la tos: Imidapril: 13,8% Captopril: 35,7% p=0,055	Se hace análisis por ITT y por protocolo (con tratamiento activo al menos 6 semanas). Se observan deficiencias metodológicas: - análisis de variables subrogadas - corta duración del estudio y limitado número de pacientes (adultos chinos) - dosis de fármaco comparador subóptimas (captopril 25-50 mg/ 12 horas) para un control adecuado	Aleatorización: 1 Doble Ciego: 1 Pérdidas: 1 Aleatorización apropiada: 0 Ciego apropiado: 1 Total: 4 puntos
van der Does R, et al. The Journal of International Medical Research. 2001;29:154-62. (Ref 5)	EC aleatorizado, multicéntrico, doble ciego, de grupos paralelos, con comparador activo. Objetivo: evaluar eficacia y seguridad de imidapril frente a nifedipino retard en pacientes con hipertensión esencial leve-moderada.	320 pacientes de 18-75 años aleatorizados (157 imidapril 5-10 mg/ día, 163 nifedipino retard 20-40 mg/ 12 horas) Criterios inclusión pacientes (datos basales): pacientes con hipertensión esencial leve-moderada (presión diastólica sentado entre 95-115 mmHg). Duración: - fase de preinclusión con placebo (4 semanas) - fase de tratamiento activo (12 semanas): 4 semanas de ajuste de dosis (doblar dosis si PD>90 mmHg), seguidas de 8 semanas de mantenimiento	Eficacia: <i>Variable principal:</i> % de respondedores (reducción de PD a ≤90 mmHg o disminución de al menos 10 mmHg respecto a PD sentado basal). <i>Variables secundarias:</i> cambios en valores de PD y PS sentado/de pie con respecto a valores basales.	Imidapril 63,1% Nifedipino retard 61,3% NS Reducción PD sentado NS Reducción PS sentado NS No hubo diferencias significativas en resto de variables. Seguridad: El número total de reacciones adversas en el grupo imidapril fue del 40,1% y en el de nifedipino retard del 49,7%. Efectos adversos más frecuentes con imidapril: dolor de cabeza (7,0%), tos (5,7%), rubor (2,5%) y edema (2,5%).	Se realiza análisis por ITT y por protocolo. Se observan deficiencias metodológicas: - análisis de variables subrogadas - corta duración del estudio - no se especifican en el apartado METODOS ni las variables secundarias de eficacia ni las variables de seguridad; sólo se presentan RESULTADOS.	Aleatorización: 1 Doble Ciego: 1 Pérdidas: 0 Aleatorización apropiada: 0 Ciego apropiado: 0 Total: 2 puntos

Referencia (Autor, publicación)	Tipo de estudio	Población (N, características)	Resultados finales (end-point)	Tamaño del efecto Intervalos de confianza / valores p	Comentarios	Calidad del estudio (escala Jadad)
Dews I et al. J Int Med Res. 2001;29(2):100-107. (Ref 6)	EC aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, con comparador activo. Objetivo: evaluar eficacia y seguridad de imidapril frente a hidroclorotiazida (HCTZ) en ancianos con hipertensión esencial leve-moderada.	349 pacientes de 65-85 años aleatorizados (226 imidapril 5-20 mg/ día, 123 HCTZ 12,5-50 mg/ día). Criterios inclusión pacientes (datos basales): pacientes con hipertensión esencial leve-moderada (presión diastólica entre 95- 115 mmHg). Duración: - fase de lavado (\geq 1 semana) y fase de preinclusión con placebo (2 semanas) - fase de tratamiento activo (24 semanas): cada 4 semanas se reajusta la dosis (si la respuesta no es favorable o si PD $<$ 80 mmHg)	Eficacia: <i>Variable principal:</i> reducción de PD sentado. <i>Variables secundarias:</i> - % de respondedores (reducción de PD sentado a 90 mmHg o disminución de al menos 10 mmHg respecto a PD basal) - cambios en PD de pie y en PS sentado y de pie. Seguridad: frecuencia de efectos adversos notificados.	Imidapril: 15,3 \pm 9,3 mmHg HCTZ: 15,3 \pm 9,0 mmHg NS % respondedores NS Reducción PD de pie NS Reducción PS sentado NS Reducción PS de pie NS Imidapril: tos 8%, dolor de cabeza 4%. HCTZ: tos 4%, dolor de cabeza 9%.	Se hace análisis por ITT. Se observan deficiencias metodológicas: - análisis de variables subrogadas - corta duración del estudio - elevado % de abandonos: 41%. Fallecieron 3 pacientes del grupo de imidapril.	Aleatorización: 1 Doble Ciego: 1 Pérdidas: 0 Aleatorización apropiada: 0 Ciego apropiado: 0 Total: 2 puntos

PD: presión arterial diastólica
PS: presión arterial sistólica
NS: diferencia no significativa
ITT: análisis por intención de tratar

COMITÉ DE REDACCIÓN

- Iñigo Aizpurua Imaz. Farmacéutico de CEVIME. Departamento de Sanidad.
- Elena Alustiza Martínez. Pediatra; Comarca Gipuzkoa Este. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Susana Fernández Gallastegui. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Uribe. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Julia Fernández Uria. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Bilbao. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Juan José García Albás. Farmacéutico de BIOEF. Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias.
- Anabel Giménez Robredo. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Uribe. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Josu Ibarra Amarica. Médico de Atención Primaria; Comarca Araba. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Nekane Jaio Atela. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Interior. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Itxasne Lekue Alcorta. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Ezkerraldea- Enkarterri. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Carlos Martínez Martínez. Farmacéutico de Farmacia Hospitalaria; Hospital de Txagorritxu. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Carmela Mozo Avellaned. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Gipuzkoa Este. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Justo Mugica Campos. Médico de Atención Primaria; Comarca Gipuzkoa Oeste. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Elena Olloquiegui Biurrarena. Farmacéutica de Atención Primaria; Comarca Gipuzkoa Oeste. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Isabel Porras Arregui. Farmacéutica de CEVIME. Departamento de Sanidad.
- Juan Salgado Sáez. Médico de Atención Primaria; Comarca Interior. Osakidetza-Servicio vasco de salud.
- Luisa Ugedo Urruela. Farmacóloga; Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco.