

Manuel Méndez Bailón* y Nuria Muñoz Rivas

Servicio de Medicina Interna, Hospital Infanta Leonor, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuel.mendez@salud.madrid.org, manuelmenba@hotmail.com (M. Méndez Bailón).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2008.10.022

doi:10.1016/j.aprim.2009.07.009

Respuesta de los autores a: “Estudio INCA: ¿insuficiencia cardíaca o riesgo vascular?”

Author's reply to: “INCA study: cardiac failure or vascular risk?”

Sr. Director:

Agradecemos el interés y los comentarios sobre la publicación de los datos del estudio INCA referentes al perfil clínico y los patrones de tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España.

El estudio INCA se diseñó con el objetivo de valorar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España¹, y los resultados publicados en *ATENCIÓN PRIMARIA*² hacen referencia exclusivamente al objetivo secundario del estudio.

Estamos completamente de acuerdo con el comentario de que la sospecha clínica de la insuficiencia cardíaca debe confirmarse mediante estudios diagnósticos objetivos, y generalmente el proceso diagnóstico debe incluir la realización de un ecocardiograma³. Por este motivo, para evitar al máximo posible la inclusión en el estudio de pacientes clasificados erróneamente de insuficiencia cardíaca, se pidió que todos los pacientes, además de presentar síntomas y signos clínicos que cumplieran los criterios de Framingham o de haber ingresado en un hospital con el diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca, tuviesen realizado un ecocardiograma que demostrase una anomalía sugerente de este diagnóstico. Sin embargo, tampoco debe olvidarse que la exigencia de ecocardiograma para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca por parte de las guías de práctica clínica permite probablemente aumentar la sensibilidad del diagnóstico pero en modo alguno representa que los criterios actuales sean perfectos, sobre todo en el caso de la insuficiencia cardíaca diastólica. Es muy probable que, incluso con un buen seguimiento de estos criterios, sea inevitable en todo estudio un número de falsos diagnósticos positivos y negativos, sobre todo en pacientes que presentan otras enfermedades como obesidad y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El propio diseño transversal del estudio y la recogida de datos a partir de la información disponible en la historia clínica dificultaron la posibilidad de incluir otros datos ecocardiográficos disponibles distintos de la fracción de eyección u otros biomarcadores como el péptido natriurético cerebral. Es poco realista suponer que la

recogida retrospectiva de información clínica en gran número de centros de datos complejos, como los relativos a disfunción diastólica (cuya sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca puede ser cuestionable incluso en estudios diseñados específicamente para eso), hubiera representado una ventaja sustancial más que una posible fuente de error, sin contar además que en un gran número de informes no consta esta información. En el estudio GALICAP, que recoge datos de pacientes ambulatorios en atención primaria con insuficiencia cardíaca diagnosticados tras haber estado hospitalizados (ingresados o en el servicio de urgencias durante un período mínimo de 24 h) y con diagnóstico de insuficiencia cardíaca en el informe de alta, así como pacientes ambulatorios con diagnóstico hospitalario de insuficiencia cardíaca, sólo el 67,2% contaba con un ecocardiograma realizado⁴.

Como se menciona en la discusión del artículo², el hecho de que los datos de la fracción de eyección sean retrospectivos y basados en un ecocardiograma sistemático exige cierta cautela al sacar conclusiones. A pesar de ello, el mismo estudio GALICAP⁴ coincide en señalar que la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección conservada es la forma más frecuente de insuficiencia cardíaca en los pacientes ambulatorios en nuestro país (el 61,4 comparado con el 61,7% observado en INCA²).

En lo referente a la medida de la presión arterial, los datos presentados se refieren a la media de 2 determinaciones tomadas el día de la consulta. Estamos completamente de acuerdo en que un estudio realizado con monitorización de la presión arterial ambulatoria (MAPA) o automedida de la presión arterial habría aportado datos más precisos sobre el control de la presión arterial de estos pacientes. Lamentablemente, la disponibilidad de estos datos no fue un criterio de inclusión del estudio al no ser el control de la presión arterial el objetivo principal de éste. Por otro lado, un estudio del tipo y la amplitud del INCA probablemente se ha podido realizar en nuestro medio y con un cumplimiento adecuado al tratarse de un diseño simple que requería datos fácilmente asequibles. Nos preguntamos si la mayor información derivada de la inclusión de MAPA en el plan de estudio hubiera compensado la muy previsible peor participación.

Conflicto de intereses

Beatriz de Rivas trabaja como asesora médica en AstraZeneca Farmacéutica Spain. Eduardo Sobreviela trabaja

para MediClin. El resto de los autores tienen contrato como asesores científicos para la realización de este estudio.

Bibliografía

1. De Rivas B, Permanyer-Miraldà G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Health-related quality of life in unselected outpatients with heart failure across Spain in two different health care levels. Magnitude and determinants of impairment: the INCA study. *Qual Life Res.* 2008;17:1229–38.
2. De Rivas Otero B, Permanyer-Miraldà G, Brotons Cuixart C, Aznar Costa J, Sobreviela Blázquez E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA (Estudio Insuficiencia Cardíaca). *Aten Primaria.* 2009;41:394–401.
3. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica (2008). *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1329.e1–70.
4. Otero-Raviña F, Grigorian-Shamagian L, Fransi-Galiana, L, Názara-Otero C, Fernández-Villaverde JM, Del Alamo-Alonso A, et al; investigadores del estudio GALICAP. Estudio gallego de

insuficiencia cardíaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:373–83.

Beatriz de Rivas Otero^{a,*}, Gaietà Permanyer-Miraldà^b, Carlos Brotons Cuixart^c, Joaquín Aznar Costa^d y Eduardo Sobreviela Blázquez^e

^a*Departamento Médico, AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A., Madrid, España*

^b*Unidad de Epidemiología, Servicio de Cardiología, Hospital Vall d'Hebron, CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España*

^c*Equipo de Atención Primaria Sardenya, Barcelona, España*

^d*Hospital Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España*

^e*Departamento de Biométrica MediClin, Quintiles IBERIA, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rivasotero@yahoo.es (B. de Rivas Otero).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.07.009

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.005

El tratamiento de la hipertensión arterial: evidencia de eficacia y conclusiones que pueden extraerse

The treatment of arterial hypertension: Evidence of efficacy and conclusions that may be drawn

Recientemente se ha publicado en esta revista una carta que cuestiona el tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) que propone la “Guía Terapéutica (GT) en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos”¹, se pregunta si la guía se basa en criterios economicistas y señala la mayor evidencia de otros IECA respecto al enalapril o las bondades de los ARA-II, como por ejemplo el irbesartán, en la protección renal, y afirma que la GT no les parece adecuada para un país con una sanidad moderna como el nuestro. En respuesta a esta carta, queremos explicitar que la GT refleja el resultado de una reflexión alrededor de la selección de los medicamentos que utiliza la eficacia, la seguridad, la experiencia de uso y el coste como criterios fundamentales de ésta. A nuestro juicio y en atención a los comentarios de sus autores, deseamos aclarar que el fundamento en que se basa el tratamiento de la HTA que la GT propone parte de las evidencias disponibles en este momento, fruto de las cuales son las conclusiones que enunciamos a continuación:

1. En el tratamiento de la HTA, los diuréticos y los betabloqueantes (en pacientes relativamente jóvenes)

son los grupos farmacológicos con mayor evidencia disponible. Además está comprobado que sus conocidos efectos metabólicos no restan eficacia clínica para reducir el riesgo cardiovascular^{2,3}.

2. No existe mucha información que permita una comparación directa entre IECA y ARA-II. Una revisión sistemática concluye que no hay diferencias apreciables entre éstos⁴.
3. Es más importante el control de la presión arterial que el fármaco con el que se consigue este control⁵.
4. El enalapril (entre los IECA) y el losartán (dentro de los ARA-II) son los fármacos que en sus grupos farmacológicos cuentan con mayor volumen de pruebas acerca de su eficacia en el tratamiento de la HTA.
5. El enalapril dispone de información procedente de ensayos clínicos que muestran sus efectos beneficiosos sobre la función renal de pacientes diabéticos. Del mismo modo, dispone de ensayos clínicos que muestran efectos beneficiosos cardiovasculares. Además dispone de suficiente información que permite conocer sus efectos tóxicos, se puede administrar de manera cómoda a los pacientes (los ensayos clínicos que han utilizado enalapril en el tratamiento de la HTA lo han hecho con una pauta de administración de cada 24h, y así lo corregimos en su momento en la web de la guía [www.guiaterapeutica.net]); por otra parte, su precio de venta asegura un bajo coste del tratamiento indefinido.
6. El losartán también dispone de ensayos clínicos que muestran sus efectos beneficiosos sobre la función renal de pacientes diabéticos y sobre acontecimientos car-