

<sup>a</sup>Comité Editorial de la Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada del Medicamento (semFYC), Barcelona, España

<sup>b</sup>Institut Català Farmacològic, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 16730jvc@comb.es (J. Vilaseca Canals)

<sup>♦</sup>Comité Editorial de la Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada del Medicamento (semFYC): Jordi Vilaseca, Jordi Espinàs, Carlos Fluixà, Pilar Abaurrea, Javier Agreda, Rosario Alonso, Pilar Botija, José Antonio Castro, Ángel Corredera, Pablo Daza, Enrique de la Figuera, Carlos Eirea, Guillermo García, María Jesús González, Félix Ibáñez, Antonio Lorenzo, María Teresa Martínez, Juan Francisco Menárguez, Francisco Muñoz, Olga Olmos, Ramón Orueta, Álvaro Pérez, José Carlos Pérez, Bartomeu Puig y Daniel Ramos.

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.012

## Respuesta de los autores a la carta “El tratamiento de la hipertensión arterial: evidencia de eficacia y conclusiones que pueden extraerse”

### Authors' reply to “The treatment of arterial hypertension: evidence of efficacy and conclusions that may be drawn”

Recientemente publicamos una carta en esta sección<sup>1</sup> donde cuestionamos el planteamiento que la Guía Terapéutica de la semFYC hace sobre el tratamiento de la HTA al parecernos un posicionamiento basado en criterios básicamente economicistas a corto plazo y sesgado hacia determinados fármacos antihipertensivos, sin tener en cuenta las evidencias que aportan muchos otros. El planteamiento terapéutico que propone la guía de la semFYC<sup>2</sup> parece basarse en las directrices del VII informe del Joint National Committee (JNC)<sup>3</sup>, que a su vez tiene en cuenta en gran medida los resultados que aportó el estudio ALLHAT que sostiene la bondad del tratamiento con betabloqueantes y diuréticos como eje principal del tratamiento antihipertensivo.

Se ha criticado ampliamente al estudio ALLHAT<sup>4</sup> por su sesgo en la inclusión de pacientes, en gran medida negros con hipertensiones de más difícil control y que además realizaban estrategias terapéuticas que distan mucho de lo que habitualmente debe hacerse en una práctica clínica correcta.

En el tratamiento de la HTA no hay verdades absolutas y todo está en franca evolución, pero nos enfrentamos ante un problema de salud pública de primer nivel que agota gran parte de nuestros recursos sanitarios. Precisamente por esto hay que atajarlo con criterios y planteamiento correctos basados en evidencias claras. El precio del fármaco es una cuestión importante a la hora de la elección pero no debe prevalecer sobre otras consideraciones, como la organoprotección. El gran coste derivado del control del tratamiento de pacientes cardiovasculares se debe a la atención de las complicaciones que se generan y el precio del fármaco es un componente de éste pero no el más importante.

No es sostenible, como afirman los autores, que lo más importante es bajar la presión con independencia del fármaco utilizado. Si esto fuera así, seguiríamos tratando a los hipertensos con reserpínicos o hidralazina, que también bajan la presión arterial. Se soslaya desde este punto de

vista los efectos pleiotrópicos que determinados antihipertensivos tienen. Si, además de bajar la presión arterial, el fármaco aporta otros beneficios sobre la hemodinámica renal, el funcionamiento cardíaco, la estabilización de la perfusión cerebral o la mejora de las condiciones de renovación de la pared vascular tanto mejor, estaremos invirtiendo en salud y a medio plazo nuestra inversión será rentable.

No puede sostenerse hoy día, como argumentan los autores de la Guía Terapéutica de la semFYC, que los diuréticos y los betabloqueantes son los antihipertensivos con mayor evidencia disponible y que sus efectos metabólicos no restan eficacia clínica para reducir el riesgo cardiovascular. Precisamente el grupo de betabloqueantes lleva suficiente tiempo en el mercado sin que hasta el momento hayan aportado unos beneficios netos de reducción de mortalidad cardiovascular en prevención primaria, y otros grupos terapéuticos que en menos tiempo han acumulado más evidencias en reducción de mortalidad cardiovascular, como los bloqueantes del sistema renina angiotensina, los han superado ampliamente. Por eso la Guía Europea para el tratamiento de la HTA del 2007<sup>5</sup> dice claramente que los betabloqueantes deben reducirse sólo al tratamiento de hipertensos con antecedentes de insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o glaucoma y deben desaparecer como fármaco de elección del tratamiento del hipertenso. En multitud de estudios (CAPP<sup>6</sup>, CHARM<sup>7</sup>, INVEST<sup>8</sup>, INSIGHT<sup>9</sup>, LIFE<sup>10</sup>, ALLHAT<sup>4</sup>, HOPE<sup>11</sup>, ASCOT<sup>12</sup>) el tratamiento con regímenes terapéuticos que incluyen diuréticos o betabloqueantes aumenta la aparición de una diabetes entre el 15–43% con el consiguiente empeoramiento del riesgo cardiovascular. Actualmente, con el grave problema que plantea el control de los pacientes afectados de síndrome metabólico, utilizar fármacos que pueden perturbar el perfil metabólico de estos pacientes es una práctica arriesgada.

En el tratamiento de la HTA no nos parece que debamos ceñirnos sólo al enalapril o al losartán. Entre otras cosas, porque el Ministerio de Sanidad español sólo reconoce al enalapril las indicaciones para HTA e insuficiencia cardíaca. Más bien parecería lógico dejar la posibilidad de elegir el fármaco del grupo que haya aportado mayores evidencias al respecto según las enfermedades asociadas que el paciente presente. De esto la guía europea da un buen ejemplo al indicar específicamente el fármaco con más evidencias al respecto según las circunstancias. Hay oportunidades para elegir todos los fármacos pero lo más

importante es saber cómo y cuándo utilizarlos y cómo combinarlos para obtener un control efectivo y eficiente del paciente hipertenso.

El hipertenso es un paciente de riesgo cardiovascular en el que la elección del tratamiento viene condicionada por otras circunstancias añadidas. Actualmente 2 grandes consideraciones dominan el tratamiento antihipertensivo: por una parte, el bloqueo del sistema renina-angiotensina se erige como base de éste y, por otra parte, la utilización de combinaciones para lograr un mejor control antihipertensivo. Esta es la situación real y la práctica clínica seguida por la mayoría de los médicos españoles así lo corrobora.

En resumen, consideramos que la Guía Terapéutica de la semFYC está anclada en unos planteamientos ya felizmente superados y no refleja las evidencias acumuladas sobre antihipertensivos que deben entrar en la elección de numerosos pacientes hipertensos.

## Bibliografía

1. Abellán J, Leal M, Martínez A, García-Galbis J. Guía terapéutica en atención primaria de la semFYC. Sección Hipertensión Arterial Esencial. ¿Actualizada? ¿Basada en qué evidencias? Aten Primaria. 2009;41:275.
2. Guía terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia, 3 ed. Barcelona: Ediciones semFYC; 2007.
3. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Lee A, Green A, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206–52.
4. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial. (ALLHAT). JAMA. 2002;288:2981–97.
5. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. J Hypertension. 2007;25:1015–187.
6. The Captopril Prevention Project (CAPP) Study Group. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: The Captopril Prevention Project (CAPP) randomized trial. Curr Hypertens Rep. 1999;1:466–7.
7. Hawkins NM, Wang D, McMurray JJ, Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, et al. CHARM Investigators and Committees. Prevalence and prognostic implications of electrocardiographic left ventricular hypertrophy in heart failure: Evidence from the CHARM programme. Heart. 2007;93:59–64.
8. Brunner M, Cooper-DeHoff RM, Gong Y, Karnes JH, Langa TY, Pepine CJ, et al. INVEST Investigators. Factors influencing blood pressure response to trandolapril add-on therapy in patients taking verapamil SR (from the International Verapamil SR/Trandolapril INVEST Study). Am J Cardiol. 2007;99:1549–1554.
9. Taddei S, Ghiadoni L, Salvetti A. Current treatment of patients with hypertension: Therapeutic implications of INSIGHT. Drugs. 2003;63:1435–44.
10. Boersma C, Carides GW, Atthobari J, Voors AA, Postma MJ. An economic assessment of losartan-based versus atenolol-based therapy in patients with hypertension and left-ventricular hypertrophy: Results from the Losartan Intervention For Endpoint reduction (LIFE) study adapted to The Netherlands. Clin Ther. 2007;29:963–71.
11. McQueen MJ, Lonn E, Gerstein HC, Bosch J, Yusuf S. The HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study and its consequences. Scand J Clin Lab Invest Suppl. 2005;240:143–56.
12. Meurin P. The ASCOT trial: Clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. Am J Cardiovasc Drugs. 2006;6:327–34.

José Abellán Alemán\*, Mariano Leal Hernández,  
Antonio Martínez Pastor y José García-Galbis Marín

*Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, Murcia, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jabellan@pdi.ucam.edu  
(J. Abellán Alemán).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.09.012

doi:10.1016/j.aprim.2009.09.013

## Insuficiencia renal oculta en diabéticos sin enfermedad cardiovascular conocida

### Hidden renal failure in diabetics with no known cardiovascular disease

*Sr. Director:*

Con el objetivo de conocer la prevalencia de la insuficiencia renal (IR) oculta en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular conocida, hemos realizado un estudio descriptivo basado en la revisión de historias clínicas en un centro de salud

urbano. Participaron pacientes diabéticos mayores de 50 años sin diagnóstico previo de enfermedad cardiovascular ni nefropatía, obtenidos del registro informático por muestreo aleatorizado estratificado por edad. Se consideró una prevalencia estimada de IR del 20% y una precisión del 5% sobre una población total de 42.000 habitantes, con una prevalencia atendida de diabetes del 4% (1.500 pacientes). De ellos, el 39% (580 pacientes) tenía antecedentes conocidos de enfermedad cardiovascular o nefropatía.

En el estudio realizamos mediciones de los factores de riesgo cardiovascular, bioquímica sanguínea y cálculo del filtrado glomerular estimado mediante la ecuación MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*). Se consideró IR si el