

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

Le agradecemos sinceramente la posibilidad que nos ofrece de responder la carta del Dr. Serra Tarragón¹.

Consideramos que esta carta es una clara muestra del debate constante que genera el tratamiento de la HTA, en este caso centrado en la necesidad de individualizar el tratamiento en cada paciente y sobre la importancia de la cronoterapia en el mejor control de las cifras de presión arterial.

Coincidimos totalmente con el Dr. Serra Taragón en la necesidad de individualizar el tratamiento y así queda demostrado en el prólogo de la Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos de la semFYC (GT semFYC)², que ya desde su primera edición dice y explica en qué consiste el proceso de prescripción razonada de medicamentos y que no sabemos si el autor de la carta habrá podido leer.

También coincidimos con el autor en la importancia de la cronoterapia, es decir la administración de un fármaco hipotensor en diferentes momentos del día según las características del paciente. La cronoterapia parece que es relevante principalmente en los pacientes denominados «non-dipper» (pacientes en quienes la presión arterial no desciende durante la noche) aunque también se ha investigado en los pacientes con HTA resistente. Diversos estudios (con un limitado número de pacientes) han evaluado el efecto de la cronoterapia³⁻⁷: por la mañana, al despertarse, en comparación a antes de irse a dormir, en las cifras de presión arterial. Hasta la fecha ningún estudio ha valorado variables duras de morbilidad cardiovascular. Las conclusiones a las que se ha llegado orientan en el sentido de que la administración de una dosis durante la noche implica una reducción significativa de la proporción de pacientes con patrón de presión arterial «non-dipper» y que por lo tanto, para un correcto control de la HTA sería más importante el patrón cronológico de administración de los fármacos que el tipo de antihipertensivo utilizado. Como ya hemos dicho, se desconoce si esto tiene implicaciones en el control del riesgo cardiovascular aunque sería lógico que así fuese.

Puede concluirse que la recomendación para los pacientes «non dipper» es la de cambiar la hora de administración del fármaco. No obstante, el uso del MAPA en los centros de salud no puede generalizarse para todas sus indicaciones y en todos los pacientes que las reúnan (como dice el Dr. Serra Tarragon: «una prueba poco disponible y cara...»). Por esta razón y después de todo lo dicho, la nueva edición y la Web (www.guiaterapeutica.net) de la GTsemFYC aclara este aspecto mediante el texto siguiente: «Aunque no se dispone de información procedente de ensayos clínicos con variables de morbilidad cardiovascular, hay estudios que sugieren que algunos pacientes mal controlados a pesar de llevar 2-3 fármacos pueden ser del tipo «non-dipper», el ajustar la posología del tratamiento (administración mañana y tarde-noche) puede mejorar el control de las cifras de tensión arterial».

Respecto a la afirmación del Dr. Serra Tarragón, refiriéndose a otra carta⁸ publicada en su revista en relación al tema que nos ocupa, evidentemente respetamos totalmente

y aceptamos que comparta «la réplica del Dr. Abellán y que a su juicio, las conclusiones sean más interesantes y «realistas» en la práctica clínica». Nosotros también compartimos totalmente con el Dr. Abellán⁸ et al que:

- En el tratamiento de la HTA no hay verdades absolutas y todo está en franca evolución.
- Estamos ante un problema de salud pública de primer nivel que agota gran parte de nuestros recursos sanitarios.
- 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.

En cambio discrepamos y seguimos afirmando que lo más importante es bajar la presión con independencia del fármaco utilizado. Y aunque el comentario es simpático, y esto siempre se agradece, en la GTsemFYC no recomendamos los reserpínicos o la hidralazina, que también bajan la presión arterial, porque no se ha demostrado que reduzcan la aparición de acontecimientos cardiovasculares en pacientes hipertensos y porqué el segundo criterio de la Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos es la seguridad, y estos fármacos tienen más efectos adversos. Por estas dos razones no se incluyen, no porque sean viejos o anticuados. La insulina tiene más de 75 años, y seguimos recomendándola.

Como seguramente conocerán los lectores, recientemente se ha publicado en el BMJ un metanálisis de ensayos clínicos con antihipertensivos⁹ en el que seleccionaron, a través de Medline entre los años 1966-2007, estudios que hubieran analizado, entre sus variables, los acontecimientos isquémicos y el ictus. Ciento ocho estudios evaluaron las diferencias de presión arterial obtenidas entre el fármaco en estudio y placebo (o fármaco control), y 46 ensayos compararon 2 fármacos. Los resultados fueron interpretados en el contexto de los resultados procedentes de los mayores metanálisis de estudios de cohortes, con un total de 958.000 personas.

¿Cuáles fueron en resumen sus resultados?: en los ensayos en los que se analizaron los efectos en la reducción de la presión arterial, los bloqueadores beta-adrenérgicos mostraron un efecto más allá de la reducción al disminuir el riesgo de acontecimientos coronarios en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica, con una reducción del riesgo de un 29% (IC95% 22%-34%), comparado con un 15% (11%-19%) en los ensayos con otros fármacos. La mayor magnitud del efecto se produjo en el grupo con infarto reciente (reducción del riesgo de un 31% comparado con un 13%) ($p = 0,004$).

Además, los autores de este metanálisis, afirman que la similitud entre los fármacos apoya el razonamiento de que la reducción del riesgo se relaciona directamente con las reducciones de las cifras de presión arterial. Los resultados también mostraron una eficacia hipotensora similar para los 5 grupos principales (incluidos los betabloqueantes), con la excepción de que los bloqueadores de los canales de calcio mostraron una mayor eficacia preventiva frente al AVC [$RR = 0,92$ (IC95% 0,85-0,98)].

Por tanto, compartimos con el Dr. Abellán, et al que los betabloqueantes tienen especial interés en los pacientes hipertensos con insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica o glaucoma, aunque discrepamos que deban desaparecer como fármaco de elección del tratamiento del hipertenso.

Finalmente queremos añadir que no compartimos con el Dr. Serra Tarragón que deba «liberarse la HTA del yugo económico», simplemente porque la eficiencia debe tenerse siempre en cuenta, dado que los recursos son limitados y en la medida que gestionamos recursos públicos, este criterio no puede obviarse. Respecto a los criterios: evidencia, seguridad, comodidad y precio, el precio es el último, pero debe estar presente en una guía de una sociedad científica como la semFYC, aunque no es infrecuente escuchar afirmaciones distintas desde instituciones, proyectos científicos o mesas congresuales patrocinadas por la industria farmacéutica.

A título de conclusión, dejamos a los lectores la decisión de si «la GT semFYC es o no adecuada para un país con una sanidad moderna y un país desarrollado con una sanidad pública entre las mejores del mundo».

Y repetimos, que nunca consideramos que escribimos «sentencias irrefutables», de hecho, más bien consideramos que la GT semFYC está en un proceso permanente de mejora continuada, y que el Comité Editorial y sus Consultores agradecemos sinceramente todas las propuestas de mejora que puedan hacerse¹⁰.

Anexo 1. Comité Editorial de la «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos» (semFYC)

Jordi Vilaseca, Jordi Espinàs, Carlos Fluixá, 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.

Bibliografía

1. Serra Tarragón J. HTA, más allá de las guías. Atención Primaria. 2010.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.12.013

doi:10.1016/j.aprim.2010.02.005

Genéricos. No era esto

Generics. This wasn't it

Sr. Director:

Hace unos años, desde la revista *Cuadernos de Gestión*¹ se me pidió que respondiera a la pregunta “¿Por qué no acaban

2. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en Selección Razonada de Medicamentos, 4^a ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2010 (en prensa).
3. Hermida RC, Calvo C, Ayala DE, Fernández JR, Covelo M, Mojón A, et al. Treatment of non-dipper hypertension with bedtime administration of valsartan. *J Hypertens.* 2005;23:1913–22.
4. Hermida RC, Ayala DE, Fernández JR, Calvo C. Comparison of efficacy of morning versus evening administration of telmisartan in essential hypertension. *Hypertension.* 2007;50:715–22.
5. Hermida RC, Ayala DE, Chayán L, Mojón A, Fernández JR. Administration-time-dependent effects of olmesartan on the ambulatory blood pressure of essential hypertension patients. *Chronobiol Int.* 2009;26:61–79.
6. Hermida RC, Ayala DE, Calvo C, López JE, Mojón A, Fontao MJ, et al. Effects of time of day of treatment on ambulatory blood pressure pattern of patients with resistant hypertension. *Hypertension.* 2005;46:1053–9.
7. Hermida RC, Ayala DE, Fernández JR, Calvo C. Chronotherapy improves blood pressure control and reverts the nondipper pattern in patients with resistant hypertension. *Hypertension.* 2008;51:69–76.
8. Abellán J, Leal M, Martínez A, García-Galbis J. Respuesta de los autores a la carta “El tratamiento de la hipertensión arterial: evidencia de eficacia y conclusiones que pueden extraerse”. *Aten Primaria.* 2009;41:711–2.
9. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009;338:1245–53.
10. Vilaseca J, Espinàs J, Diogène J, Rodríguez D, Asensio C, Fluixá C. Necesidad de seleccionar medicamentos: la responsabilidad de elegir. *Editorial. Aten Primaria.* 2009;41:657–8.

Jordi Vilaseca Canals^{a,*}, Jordi Espinàs Boquet^a, Eduard Diogène Fadini^b, Dolors Rodríguez Cumplido^b, Carlos Fluixá Carrascosa^a y José Carlos Pérez Villarroya^a

^aComité Editorial de la «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos» (semFYC), Barcelona, España[♦]

^bInstitut Català de Farmacología, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

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

♦En el Anexo 1 se detallan los miembros del Comité Editorial de la «Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Selección Razonada de Medicamentos»

de avanzar los genéricos en nuestro país?”. Tras un análisis basado en la opinión de los diferentes agentes implicados (responsables de farmacia de mi gerencia, representantes de la industria farmacéutica, el farmacéutico local, colegas de mi equipo y pacientes) concluí que si la administración tiene interés en implicar a los médicos para que funcione su política de genéricos (única manera de que sea efectiva), debe plantearse qué puede hacer para concienciarlos/motivarlos en ese sentido.