

## Réplica

### Author's reply

Sr. Director:

Agradecemos los comentarios de Subías Loren y Ginés García acerca del estudio KONTROL<sup>1</sup> y pasamos a efectuar las aclaraciones debidas con respecto a lo que indican en su carta.

En primer lugar, aludiendo al «conflicto de intereses», dicho tema queda suficientemente explicitado y delimitado por la fe de errores que será publicada por los editores de la revista.

Al hablar de hipertensión arterial (HTA) y su tratamiento, es obvio que se entra «en relación» indirecta con cualquier empresa de comercialización y distribución de fármacos antihipertensivos. Cosa distinta es que hablemos de inercia terapéutica (IT) y que hayamos investigado y concluido que habría que ser más incisivos en la aplicación y seguimiento de las directrices sobre el tema<sup>2</sup>, que es uno de los hallazgos principales del estudio. Y en este sentido nos sorprende que los autores de la carta quieran hacer suponer que hemos dicho lo que en momento alguno hemos puesto de relieve: inducir a la prescripción de una determinada marca comercial; esta actitud no es compartida por los autores, que en todo momento han tratado de hacer un trabajo correcto desde el punto de vista ético. Sentimos esta valoración que puede desacreditar la labor de los autores del Estudio Objetivo KONTROL y que, además, pone en cuestión el trabajo de los revisores de la revista ATENCIÓN PRIMARIA.

Que la IT es perjudicial para el paciente debería resultar una obviedad, para cualquier profesional versado en el tema; por citar alguno de los innumerables testimonios sobre la bondad (en términos de prevención cardiovascular) de tratar cifras elevadas de presión arterial (PA), damos la referencia del estudio HYVET<sup>3</sup>, cuya lectura les recomendamos. No obstante, no era objetivo del estudio KONTROL realizar una comprobación directa de la efectividad derivada de un adecuado manejo de la IT, si bien les invitamos a que pongan en marcha dicho estudio clínico, por la relevancia que tendría. Los autores hemos intentado hacer un estudio en condiciones habituales de práctica clínica, si bien reconocemos las posibles limitaciones, que en la medida de la PA clínica se producen. No obstante, en la mayoría de los casos las decisiones de los profesionales se toman todavía con estas medidas. En este mismo apartado, otros considerandos, que implican modificación o ignorancia de las normas de medida de PA consensuados en las guías<sup>2</sup>, no merecen comentario alguno.

Abundando en el tema, hemos hablado, en todo momento, de un hecho relevante, en la práctica clínica, cuál es la IT, y en modo alguno incidiríamos en otros aspectos más propios de la idiosincrasia de cada profesional que

es algo que atañe, en todo caso, a la deontología médica o a la propia conciencia del profesional. Es evidente que cuando un profesional no realiza una intervención farmacológica, en un momento en el que está indicada (desde una aproximación objetiva), solo cabe etiquetarlo de actitud pasiva; calificarla de prudente sería entroncar de nuevo con la conciencia del profesional, al margen de los argumentos técnicos.

### Bibliografía

1. Sanchis Doménech C, Llisterri Caro JL, Palomo Sanz V, Alonso Moreno FJ, López Rodríguez I, Nevado Loro A, et al. Inercia terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. Estudio Objetivo Kontrol. Aten Primaria. 2011;43:638-47.
2. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2007;25:1105-87.
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. for the HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008;358:1887-98.

Carlos Sanchis Doménech<sup>a,\*</sup>, Isidro López Rodríguez<sup>b</sup>, Francisco Javier Alonso Moreno<sup>c</sup>, José Luis Llisterri Caro<sup>d</sup>, Armando Nevado Loro<sup>e</sup> y Vicente Palomo Sanz<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), Algemesi, Valencia, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Bergonte, Lugo, España. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

<sup>c</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Sillería, Toledo, España. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

<sup>d</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Joaquín Benlloch, Valencia, España. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

<sup>e</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Espronceda, Madrid, España. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

<sup>f</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Torrelaguna, Madrid, España. Grupo de Trabajo en Hipertensión Arterial de Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlsanchis@ono.com  
(C. Sanchis Doménech).

Véase contenido relacionado en DOIs:

10.1016/j.aprim.2012.02.012

doi:10.1016/j.aprim.2012.03.004