

# CARTAS AL EDITOR

## Coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión arterial

**Sr. Editor:** Recientemente se ha publicado en la revista MEDICINA CLÍNICA un artículo en el que se analiza la prescripción de fármacos antihipertensivos por los médicos de atención primaria en la ciudad de Barcelona<sup>1</sup>. El trabajo constata que en un porcentaje elevado de pacientes hipertensos, los diuréticos tiacídicos y los bloqueadores adrenérgicos  $\beta$  no se utilizan como fármacos de primera elección. El editorial de MEDICINA CLÍNICA<sup>2</sup> que acompaña el artículo critica la falta de cumplimiento de las recomendaciones sobre el tratamiento de la hipertensión en la atención primaria. Sin embargo, ni el artículo ni el editorial presentan como fundamento de sus críticas los resultados de los análisis coste-efectividad que muestran una mayor eficiencia para los diuréticos tiacídicos y bloqueadores adrenérgicos  $\beta$  que los inhibidores de la ECA, bloqueadores de los canales de calcio y bloqueadores adrenérgicos  $\alpha$  en el tratamiento de la hipertensión arterial definida.

En un estudio publicado en *PharmacoEconomics*<sup>3</sup> e *International Journal of Technology Assessment in Health Care*<sup>4</sup> se evaluó el coste-efectividad de los tratamientos antihipertensivos para la prevención primaria de la cardiopatía coronaria, comparando los costes del tratamiento con la efectividad medida en términos de años de vida ganados. En el estudio se evaluó el coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión definida (PAD  $\geq 105$  mmHg) con 100 mg/día para la hidroclorotiacida (diurético), 320 mg/día para el propranolol (bloqueador adrenérgico  $\beta$ ), 225 mg/día para el captotril (inhibidor de la ECA), 12 mg/día para el prazosin (bloqueador adrenérgico  $\alpha$ ) y 40 mg/día para el nifedipino (bloqueador de los canales del calcio), y el coste-efectividad del tratamiento de la hipertensión límite con 75 mg/día para la hidroclorotiacida,

320 mg/día para el propranolol, 75 mg/día para el captotril, 12 mg/día para prazosin y 30 mg/día para el nifedipino. Estas dosis son las recomendadas por el Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure<sup>5</sup>.

El estudio constató que la estrategia coste-efectiva consistía en tratar la hipertensión definida con diuréticos y bloqueadores adrenérgicos  $\beta$  y la hipertensión arterial límite con diuréticos y bloqueadores de los canales del calcio. La tabla 1 presenta el coste-efectividad medio ( $C_A/E_A$ ) y el coste-efectividad incremental ( $C_A-C_B/E_A-E_B$ ) en los individuos de 40-49 y 50-59 años. El análisis del coste-efectividad incremental permite detectar los tratamientos eficientes, ya que compara las diferencias en el coste y la efectividad de los tratamientos evaluados. El estudio constató que los diuréticos tiacídicos dominan a los bloqueadores de los canales del calcio, inhibidores de la ECA y bloqueadores adrenérgicos  $\alpha$  para el tratamiento de la hipertensión definida, y a los bloqueadores adrenérgicos  $\beta$ , inhibidores de la ECA y bloqueadores adrenérgicos  $\alpha$  para el tratamiento de la hipertensión límite. Los bloqueadores adrenérgicos  $\beta$  y los bloqueadores de los canales del calcio se asocian con un coste-efectividad incremental mayor que el coste-efectividad medio de los diuréticos tiacídicos para el tratamiento de la hipertensión arterial definida y límite, respectivamente, por lo que su utilización depende de los recursos disponibles.

El estudio no evaluó el coste-efectividad del tratamiento antihipertensivo para prevenir el accidente cerebrovascular ni el coste-efectividad de la prevención secundaria de la enfermedad hipertensiva, pero los resultados del estudio demuestran que la estrategia coste-efectiva se debe basar en la utilización de diuréticos tiacídicos y bloqueadores adrenérgicos  $\beta$  para el tratamiento de la hipertensión arterial definida, y diuréticos tiacídicos y bloqueadores

de los canales del calcio para la hipertensión arterial límite. La utilización de inhibidores de la ECA, bloqueadores de los canales del calcio y bloqueadores adrenérgicos  $\alpha$  en la hipertensión arterial definida no asegura una mayor efectividad y resulta en una utilización ineficiente de los recursos sanitarios cuando no existen contraindicaciones para la utilización de los fármacos más coste-efectivos.

Pedro Plans Rubiò

Dirección General de Salud Pública. Barcelona.

1. Grupo de estudio sobre el abordaje farmacológico de la hipertensión en atención primaria (AFHAP). Selección del tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 374-377.
2. Suárez C, Ruilope LM. Hipertensión arterial: cuanto más la conocemos peor la tratamos. [editorial]. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 379-380.
3. Pedro Plans-Rubiò. Cost-effectiveness analysis of treatments to reduce cholesterol levels, blood pressure and smoking for the primary prevention of coronary heart disease. Evaluative study carried out in Spain. *PharmacoEconomics* 1998; 13: 623-643.
4. Pedro Plans-Rubiò. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programmes in Spain. *Int J Tech Assess Health Care* 1998; 14: 320-330.
5. Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Report of the Joint Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1993; 153: 154-183.

## Hemorragia intraocular tras la administración de estreptocinasa intravenosa

**Sr. Editor:** Aunque la complicación hemorrágica más habitual del tratamiento trombolítico en el infarto agudo de miocardio (IAM) es el sangrado en las zonas de punción vascular, ocasionalmente pueden aparecer hemorragias espontáneas en cualquier zona del organismo. La hemorragia intraocular (HI) secundaria al tratamiento trombolítico del IAM es extremadamente rara, con una frecuencia detectada del 0,002% (1 de 40.889 casos) en el estudio GUSTO-I<sup>1</sup>. Se refiere un caso de HI espontánea complicada con un glaucoma agudo tras el tratamiento de un IAM con estreptocinasa intravenosa.

Una mujer de 71 años fue ingresada en la unidad coronaria a consecuencia de un dolor torácico de 4 h de duración y presentación en reposo. Sus antecedentes personales revelaron una fibrilación auricular crónica tratada con digoxina (0,25 mg/día) y una tuberculosis pulmonar, diagnosticada 4 meses antes, por lo que seguía tratamiento actual con rifampicina (600 mg/día) e isoniazida (300 mg/día); no existía historia previa de diabetes o diátesis hemorrágica. En la exploración física sólo destacaba un soplo sistólico. La presión arterial fue de 150/85 mmHg y el pulso de 110 lat/min. En el ECG se constató una fibrilación auricular con una respuesta ventricular media entre 100 y 125 lat/min y un ascenso del segmento ST en las derivaciones I, aVL, V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub>. Con el diagnóstico de IAM lateral, se inició una perfusión intravenosa de 1,5 millones de unidades de estreptocinasa durante una hora. Nueve horas más tarde, la paciente refirió dolor súbito y pérdida de visión en el ojo derecho. La pupila derecha estaba fija y con un diámetro de 7 mm. No hubo hemiplejia o alteración de conciencia asociadas. Una ecografía del ojo derecho objetivó una masa coroidea en el polo posterior que protrería en el vitreo y una tomografía computarizada craneal reveló la ausencia de hemorragia intracranal. El examen del fondo de ojo puso de manifiesto una hemo-

TABLA 1

Coste-efectividad medio e incremental ( $\times 100$  ptas.) en los varones y mujeres de 40-49 y 50-59 años

Tratamiento	Varones		Mujeres	
	C/E	C/E incremental	C/E	C/E incremental
40-49 años				
Hipertensión ( $\geq 105$ mmHg)				
Hidroclorotiazida	8.564	8.564	12.911	12.911
Propranolol	8.648	8.780	12.987	13.105
Nifedipino	9.657	—	14.316	—
Prazosin	11.534	—	17.350	—
Captotril	38.678	—	57.983	—
Hipertensión (95-104 mmHg)				
Hidroclorotiazida	13.651	13.651	20.651	20.651
Nifedipino	14.144	15.623	21.405	23.636
Propranolol	18.456	—	27.935	—
Prazosin	24.003	—	36.491	—
Captotril	59.840	—	86.075	—
50-59 años				
Hipertensión ( $\geq 105$ mmHg)				
Hidroclorotiazida	7.459	7.459	9.585	9.585
Propranolol	7.522	7.625	9.742	10.006
Nifedipino	8.401	—	10.785	—
Prazosin	10.030	—	12.852	—
Captotril	32.586	—	43.414	—
Hipertensión (95-104 mmHg)				
Hidroclorotiazida	11.906	11.906	15.248	15.248
Nifedipino	12.321	13.566	15.642	16.783
Propranolol	16.067	—	21.010	—
Prazosin	20.894	—	27.010	—
Captotril	52.894	—	64.705	—

C/E: coste-efectividad, coste ( $\times 100$  ptas.) por año de vida ganado; C/E incremental: coste incremental/efectividad incremental.