

tica. Aunque esto no suponga en sí una merma en la calidad científica del original, debería figurar de forma expresa para que el lector pueda concluir si existen otros intereses, que aunque legítimos, sean marginales a la aportación científica del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández G, Gómez PC, Fernández VC, Caballero G. Evaluación de la eficacia de la combinación de verapamilo y trandolapril en ancianos hipertensos institucionalizados, insuficientemente controlados con monoterapia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:15-20.
2. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993;270:2598-601.
3. Pahor M, Psaty BM, Alderman MH, Applegate WB, Williamson JD, Cavazzini C, Furberg CD. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet* 2000;356:1949-54.
4. Hansson L, Lindholm LH, Niskanen L, Lanke J, Hedner T, Niklason A, Lonnmanmäki K, Dahlöf B, de Faire U, Mörlin C, et al. Effect of angiotensin-converting-enzyme inhibition compared with conventional therapy on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Captopril Prevention Project (CAPPP) randomised trial. *Lancet* 1999;353:611-6.
5. Joint National Committee on detection, evaluation and treatment, of high Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation and treatment of high Blood Pressure. *Arch Intern Med* 1997;157:2413-46.
6. Mulrow C, Lau J, Cornell J, Brand M. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library 1999; (2):1-25.
7. Ruiz V, Francés M. Las tiazidas a bajas dosis son la terapia de primera línea mas eficaz en la hipertensión. *Gest Clin Sanit* 2000;2(4):134 Comentario sobre: Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first line drug. *Can Med Assoc J* 1999;161:25-32.
8. Ruiz-García V, Peiro R. La hipertensión en los ancianos y resultados globales en salud con distintas terapias farmacológicas. *Aten Primaria* 2000;26:533-41.
9. Anónimo. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 1999. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2000;24:736.

Sr. Director:

Tras atenta lectura del comentario a nuestro estudio (1), creo conveniente exponer que:

1. Los resultados del estudio pueden agruparse en tres: La elevada prevalencia de HTA entre los ancianos de las Residencias de ancianos estudiadas. El escaso grado control de la PA en esa población. La utilidad en la clínica diaria de las combinaciones fijas de fármacos antihipertensivos para el tratamiento de los pacientes no controlados con monoterapia.

2. Lamento que no se compartan las conclusiones sobre el control con la «terapia mixta» que se limitan estrictamente a reflejar los hallazgos del estudio; para el lector que no tenga disponible el artículo original, cito textualmente: «Concluimos que, en una población anciana institucionalizada con hipertensión que no responde a tratamiento con monoterapia, la asociación de verapamilo y trandolapril constituye una eficaz arma terapéutica que proporciona un control estricto de la presión arterial en cerca de la mitad de los pacientes...». De 257 pacientes no controlados con monoterapia tratados con la combinación verapamil-trandolapril, 117 (45,2%) alcanzaron una PAS < 140 mm Hg y una PAD < 90 mm Hg; esos fueron los resultados.

3. En ningún momento de nuestro trabajo se debate la jerarquía de la evidencia científica según la metodología seguida, ni la eventualmente debida a nuestro estudio pretende ir más allá de la que es. Sin duda podrían haberse completado las razones para la combinación elegida, mencionando los resultados del estudio EDICTA (2), que ha demostrado en pacientes hipertensos no controlados con monoterapia la asociación trandolapril-verapamilo es más eficaz que subir la dosis de la monoterapia

previa o cambiar a otro grupo farmacológico. Simplemente añadir que se observa cierta confusión en los términos empleados en la carta al Director: experimental no es antagónico de prospectivo, la población estudiada y la recogida de datos lo fueron de forma prospectiva (no es sinónimo de cohorte).

4. No se resta ninguna importancia a los efectos secundarios, que están descritos en un apartado específico y de forma exhaustiva los relacionados por los investigadores con el fármaco.

La referencia en este aspecto al metaanálisis de Pahor no guarda relación con nuestro estudio, como lo evidencia su propio título: «Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line antihypertensive therapies: a meta-analysis of randomised controlled trials». Puestos a mencionar metaanálisis, también se podría haber comentado el publicado en el mismo número de *Lancet* (3), firmado por autores como MacMahon, Yusuf, Chalmers, Collins, Julius, etc., cuyas conclusiones, de muy diferente tenor, dicen literalmente: «Strong evidence of benefits of ACE inhibitors and calcium antagonists is provided by the overviews of placebo-controlled trials».

En cualquier caso, ni el artículo objeto de estos comentarios ni esta réplica pretenden terciar en la ya caduca polémica sobre los antagonistas del calcio; sin embargo, quizá merece la pena recordar los excelentes resultados del HOPE (4), el HOT (5), el Syst-Eur (6) o el VHAS (7) como ejemplos de estudios de morbimortalidad basados en IE-CAS o antagonistas del calcio, a diferencia de lo que se afirma en la carta objeto de esta contestación. En ningún momento nuestro estudio ha pretendido inscribirse en la lista de grandes ensayos cuyo objetivo fuese reducción de la mortalidad, y así se reconoce expresamente: «... el estudio

no fue diseñado para responder a tal pregunta»; pero no por ello creemos que sea imposible «llegar a cualquier tipo de conclusión». El escaso control de la presión arterial es una de las causas más importantes del peor pronóstico de los hipertensos tratados; mejorarlo es un objetivo prioritario del tratamiento antihipertensivo en el que todos estamos inmersos y para ello, cuando la monoterapia no es suficiente, son necesarias las combinaciones, como han demostrado gran parte de los estudios aquí mencionados, y así se recomienda en el documento de la OMS-SIH (8). Por cierto, esta guía, en su tabla 4, incluye los antagonistas del calcio en «compelling indications» para el tratamiento de los ancianos; no figuran, sin embargo, los betabloqueantes.

5. Contestar al porqué del bajo uso de diuréticos en España no ha sido objeto de nuestro estudio y por tanto no podríamos dar una respuesta satisfactoria a una pregunta más bien retórica en este contexto.

6. La carta de presentación del artículo, enviada por los autores a la Redacción de la Revista Española de Geriatría y Gerontología (cuya copia se adjunta), mencionaba expresamente que «la relación del autor Raúl Fernández con Laboratorios Knoll no ha supuesto ningún conflicto de intereses». Estamos totalmente de acuerdo en que la transparencia en este sentido debe ser absoluta, este es un cometido que también alcanza a las revistas y que en este caso se ha respetado adecuadamente. Por último, también coincidimos al afirmar que la solvencia de un autor (en este caso Fellow de la Sociedad Europea de Cardiología, Hypertension Specialist de la Sociedad Europea de Hipertensión, miembro del Comité Científico de la American Heart Association, etc.) no supone en sí «merma en la calidad científica del original».

Atentamente

Raúl Fernández González

Departamento Cardiovascular. Laboratorios Knoll S. A.

Nota de la Redacción: En el artículo mencionado el Comité de Redacción no consideró necesaria la inclusión de una nota sobre conflicto de intereses, ya que en la referencia al lugar de trabajo de uno de los autores se mencionaba explícitamente su relación laboral con un laboratorio comercial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández R, Gómez C, Fernández C, Caballero JC, en nombre del grupo ACTA. Evaluación de la eficacia de la combinación de verapamilo y trandolapril en ancianos hipertensos institucionalizados, insuficientemente controlados con monoterapia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:15-20.
2. Ruilope LM, De la Sierra A, Moreno E, Fernández R, Garrido J, De la Figuera M, Gómez de la Cámara A, Coca A, Luque-Otero M. On behalf of the EDICTA Study Group, Spain. Prospective comparison of therapeutic attitudes in hypertensive type 2 diabetic patients uncontrolled on monotherapy. A randomized trial: The EDICTA study. *J Hypertens* 1999;17(12 part 2):1917-23.
3. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood-pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;355:1955-64.
4. HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000;342:145-53.
5. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers S, Dahlfors B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998;351:1755-62.
6. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabadzisz GG, Birkenhager WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet* 1997;350:757-64.
7. Zanchetti A, Agabiti-Rosei E, Dal Palu C, Leonetti G, Magnani B, Pessina A. The Verapamil in Hypertension and Atherosclerosis Study (VHAS): results of long-term randomised treatment with either verapamil or chlorthalidone on intima-media thickness. *J Hypertens* 2000;16:1667-76.
8. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999;17:151-83.