

Prescripción racional en pacientes con hipertensión arterial

(Rational prescribing in patients with arterial hypertension)

Sr. Director:

Es un hecho conocido que en pacientes con hipertensión arterial (HTA) se prescriben menos bloqueadores beta y diuréticos de los deseables. Esta crítica surge siempre cuando se analizan perfiles de consumo y, con mucha frecuencia, como sucede en el trabajo publicado por Bonet et al¹, cuando además se dispone de información clínica del paciente. Las guías de práctica clínica aconsejan, en función de las características y patología asociada de los pacientes, un determinado grupo terapéutico, unas veces en base a evidencias científicas sustentadas en ensayos clínicos, y otras en consenso de comité de expertos. Sin embargo, se ha cuestionado² la indicación de los calcioantagonistas del tipo de las dihidropiridinas de acción larga en pacientes con HTA sistólica aislada del anciano cuando el único fármaco del grupo que ha demostrado su efecto beneficioso en ensayos clínicos ha sido el nitrendipino³ (por otro lado no disponible en EE.UU.), sin que esté demostrado el efecto de grupo. Igual sucede cuando aconsejan la administración de bloqueadores alfa en pacientes que además de HTA presentan un adenoma de próstata, recomendación realizada por comité de expertos y que ha sido puesta en tela de juicio a partir de la publicación del estudio ALLAHT⁴, que concluyó que los pacientes con HTA tratados con doxazosina frente a los asignados a amlodipino, clortalidona o lisinopril presentaban un mayor riesgo de episodios cardiovasculares, esencialmente de insuficiencia cardíaca. Por tanto, ¿qué entienden los autores por indicación «específica»? ¿Características que «deben reunir» los pacientes tratados con un grupo terapéutico? o ¿condiciones de los pacientes que «justifican» la utilización de un determinado grupo terapéutico?

La factura farmacéutica se ha disparado, no sólo en España, sino en países anglosajones, pero poco se ha analizado en nuestro país sobre sus causas. Desde el punto de vista asistencial, parece que la primera opción es prescribir los fármacos más eficaces para el paciente (lo que conlleva de contextualización en el sentido de primer fármaco a prescribir, patología asociada, gravedad de la hipertensión arterial, meta a conseguir, entre otras) y, en segundo lugar, de éstos, utilizar las especialidades farmacéuticas genéricas o la aplicación de los precios de referencia por parte de la administración. La Dirección General de Farmacia no nos garantiza que las marcas de fantasía más baratas, procedentes de laboratorios envasadores, tengan la misma cantidad de producto activo, ni la misma galénica ni excipientes que el producto original, luego ¿por qué comparar con las más

baratas? ¿Somos los médicos los garantes de una prescripción y vamos a dar a los pacientes un fármaco que no nos «garantiza» la Administración?

Entendemos que la unidad de análisis es el fármaco. Esto implica que una misma cosa se pueda decir de varias maneras. Así, 111 pacientes (78,7%) de los 141 que reciben 2 fármacos están recibiendo diuréticos, o de los 282 fármacos usados en biterapia, 111 fármacos antihipertensivos (39%, no 36,4%) pertenecen al grupo de los diuréticos.

De cualquier forma, el porcentaje es bajo y, por supuesto, mejorable, pero según el modo en que se exprese el resultado puede inducir a los gestores a interpretaciones sesgadas, al igual que a los clínicos nos afecta de modo diferente una intervención si la leemos o recibimos como medida de fuerza de asociación, riesgo relativo u *odds ratio*, o como medida del impacto posible, riesgo absoluto o número de pacientes a tratar.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los autores han realizado un corte y que no figuran aquellos pacientes que presentan efectos adversos a diuréticos y mayor frecuencia y gravedad a bloqueadores beta y que se producen con mayor frecuencia que la referida en ensayos clínicos con población preseleccionada⁵. Entre los aspectos que comentan los autores, además de la controversia en la indicación de los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina en la diabetes mellitus sin microalbuminuria, cabe destacar otros puntos no contestados en las recomendaciones actuales: ¿es adecuado utilizar también bloqueadores beta de primera elección en los pacientes diabéticos tratados con insulina? ¿hay que modificar el tratamiento de los pacientes que recibiendo un principio activo diferente a diurético o bloqueador beta mantienen buenas cifras tensionales? La intolerancia a diuréticos o bloqueadores beta y/o la falta de control de cifras tensionales con estos grupos farmacológicos es otro aspecto comentado entre las limitaciones de estudio, pero que parece sensato considerar cuando disponemos de información clínica del paciente.

De cualquier manera, y en la misma línea de los autores, afirmamos que a los asistenciales nos falta mucho por hacer para mejorar la atención a los pacientes (eficacia), y dado que en la red pública manejamos recursos públicos, nuestras decisiones además de efectivas han de ser eficientes.

J.A. Torres Pacho / F.J. Mora Guío / E. Charques Velasco / M.M. Alonso Martínez
Centro de Salud Emigrantes. 28043 Madrid.
Correo electrónico: margrm@eresmas.com

Bibliografía

1. Bonet A, Gozalbes V, Fito M, Navarro J. Prescripción racional y reducción de costes en el tratamiento de la hipertensión

arterial: un ejercicio de simulación. *Gac Sanit* 2001;4:327-35.

2. Furberg CD, Psaty BM. JNC VI: timings is everything. *Lancet* 1997;350:1413-4.

3. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhager WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997;350:757-64.
 4. ALLHAT. Collaborative Research Group. Major cardiovascular events in hypertensive patients randomized to doxazosin vs chlorthalidone: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). *JAMA* 2000;15:1967-75.
 5. 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)* 2001;14:374-77.
-