

## Carta al Director

**RÉPLICA**

*Sr. Director:*

Hemos leído con interés la amable carta que nuestros compañeros Pacho et al remiten en relación con nuestro artículo y deseamos realizar unas apreciaciones en respuesta a la misma.

En primer lugar, creemos que Pacho et al parecen compartir nuestra idea principal de que es profesionalmente inexcusable y científicamente razonable hacer un uso excelente de los recursos sanitarios. Precisamente esta es la razón principal que nos llevó a realizar el estudio y que parecen no haber valorado. Nuestros «gestores» han sido incapaces de contrarrestar la tendencia de los profesionales hacia la prescripción inducida por la industria empleando argumentos de buena práctica (la que en cada momento se tenga y que como es lógico irá cambiando conforme se obtengan más datos a partir de estudios) y simplemente han intentado una estrategia de ahorro. Nosotros queríamos demostrar que una política de fármacos baratos podía ser menos eficiente que una política de prescripción racional empleando los fármacos originales, y los resultados de nuestro estudio parecen confirmarlo.

En segundo lugar y teniendo presente lo anterior, queremos contestar algunas de las preguntas de Pacho et al. ¿Cuál es para nosotros la indicación específica de un fármaco? sencillamente la que el JNC VI plantea. Creemos que la idea de este documento de emplear diuréticos y bloqueadores beta, salvo cuando existan contraindicaciones o indicaciones es-

pecíficas, tiene suficiente evidencia hasta el momento<sup>1</sup>. Respecto del uso de bloqueadores alfa tienen razón Pacho et al y parece que el VII Informe del JNC puede no recomendar su uso<sup>2</sup>. El asunto de los efectos secundarios y contraindicaciones de los diuréticos y bloqueadores beta es discutible; no es lo mismo decir que no se puede emplear diuréticos si el paciente tiene hiperuricemia que si ha tenido gota; no es lo mismo hablar del riesgo de hipopotasemia que decir que a dosis habituales los diuréticos producen disminuciones muy pequeñas de K<sup>3</sup>; el caso de los bloqueadores beta es más claro en el sentido de que las contraindicaciones están más definidas, pero afortunadamente la prevalencia de las enfermedades no es muy elevada y eso permite su uso en muchas ocasiones. En cuanto a si los bloqueadores beta se pueden emplear en diabéticos tratados con insulina, los datos del UKPDS<sup>4</sup> parecen despejar todas las dudas respecto de su empleo. De hecho, la Guía Canadiense<sup>3</sup> los recomienda como primera elección junto a los IECA. Cambiar a diuréticos y bloqueadores beta si los pacientes están bien controlados es una práctica perfectamente razonable, aunque no debe entenderse como una orden indiscutible. ¿Por qué no se puede ensayar un cambio si el tratamiento actual cuesta 20 veces más que el basado en diuréticos y bloqueadores beta? Los estudios recientes no muestran peores resultados con éstos que con IECA y antagonistas del calcio<sup>5</sup>.

**A. Bonet, V. Gosalbes, M. Fito, J. Navarro**  
*C.S. Salvador Pau. Valencia.*

1. He J, Whelton PK. Selection of initial antihypertensive drug therapy [editorial]. *Lancet* 2000;356:1942-3.
2. Basile JN, Charleston SC. Hypertension 2001: How will JNC VII be Different from JNC VI? *Southern Medical Journal* 2001;94:9.
3. Wright J. Choosing a first line drug in the management of elevated blood pressure: What is the evidence? 1: Thiazide diuretics. *CMAJ* 2000;163(1):57-60.

4. UKPDS. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 39. *BMJ* 1998;317:713-20.
5. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists's Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonist, and other blood pressure lowering drugs: results of prospective designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2000;356:1955-64.