

CARTAS DE INVESTIGACIÓN

Gato por liebre

Introducción. Hemos leído con interés el artículo de Cervera Barba titulado «Elevación de tensión arterial por atenolol genérico» y publicado en su revista *ATENCIÓN PRIMARIA* en febrero de este año¹. Coincidimos plenamente con las observaciones del autor en cuanto a que hay que prestar atención a la eficacia y a los efectos adversos de los fármacos genéricos que, desde hace más de 3 años, pero especialmente desde hace poco más de 3 meses y a raíz del famoso decreto de los precios de referencia^{2,3}, estamos usando cada día más en nuestras prescripciones.

Aunque, como también refiere el autor, hemos observado casos de pacientes que presentan síntomas con el cambio de medicación de la molécula original a la especialidad farmacéutica genérica (EFG) hemos recibido quejas de múltiples sustancias, entre las que destacamos el omeprazol (EFG). Presentamos a continuación un nuevo caso documentado y muy cercano de mal control de la tensión arterial al sustituir, como en el caso publicado, un atenolol original por otro EFG.

Caso clínico. Se trata de un varón de 48 años, enfermero de nuestro centro, que fue diagnosticado de hipertensión arterial grado I hace 2,5 años. Inició tratamiento con medidas higienodietéticas durante 6 meses que no consiguieron un buen control tensional, por lo que pasamos a tratamiento con atenolol original a una dosis de 50 mg al día hace 2 años, consiguiendo buen control de su hipertensión a los pocos días de la toma de la medicación. No presentaba antecedentes de interés. La exploración física, los análisis de sangre y orina, y el electrocardiograma fueron normales.

Con atenolol original a la dosis referida, dieta hiposódica y ejercicio físico regular mantuvo cifras de tensión arterial sistólica (TAS) en torno a 110-130 mmHg y de tensión arterial diastólica (TAD) en torno a 70-80 mmHg en automediciones realizadas periódicamente (1-2 veces al mes) con un esfigmomanómetro de mercurio en condiciones ideales (no olvidemos su condición de profesional de enfermería).

En diciembre de 2000 y coincidiendo con la entrada en vigor de la ley de precios de referencia, en la farmacia le cambiaron, previa información, el atenolol original por un

preparado de atenolol genérico de dosis similar. En enero de 2001 comenzó a presentar cifras de tensión arterial de 160/90 y 155/90 que, en principio, sólo podían explicarse por el cambio de medicación, ya que el resto de circunstancias permanecían invariables. Tras consultarlo con su médico de familia y sospechando la posibilidad de que el ascenso en las cifras de tensión arterial obedeciera al cambio de fármaco antihipertensivo, reintroducimos el atenolol original, con lo que al cabo de una semana la tensión arterial se redujo a cifras de 140/80 y, posteriormente, a 120/80, retornando de esta manera a las cifras previas al cambio.

Discusión y conclusiones. Como se puede comprobar, se trata de un caso similar al descrito por Cervera, ocurrido en un enfermero de nuestro centro, que nos invita a reflexionar sobre las posibles consecuencias del cambio de preparados originales por EFG. Aunque los laboratorios fabricantes ofrecen todo tipo de garantías respecto a la bioequivalencia de sus productos copia, la realidad demuestra que, en algunos casos, el comportamiento del genérico no es similar al del original con todas las consecuencias que esto conlleva.

Concluimos, al igual que el autor, que son necesarios estudios serios que garanticen que los fármacos EFG son idénticos, tienen exactamente las mismas propiedades y se comportan al cien por cien igual que los originales para evitar dar y que nos den gato por liebre.

S. Pertusa Martínez^a, R. Soriano^b
y J. Llopis^c

^aDoctor en Medicina. Médico de Familia. Tutor de Residentes de MFyC. ^bEnfermero.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Carrús (Elche, Alicante) y Centro de Salud de San Rafael. Ontinyent (Valencia).

1. Cervera Barba EJ. Elevación de tensión arterial por atenolol genérico. *Aten Primaria* 2001, 27: 146-148.
2. Real Decreto 1.035/1999, de 18 de junio, por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad.
3. Orden de 13 de julio de 2000, por la que se determinan los conjuntos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas y se aprueban los precios de referencia.

¿Qué hay debajo de la gonalgia en la población general?

El dolor de rodilla en adultos es una causa frecuente de consulta en atención primaria. En la práctica clínica habitual, a pesar de la complejidad de la articulación de la rodilla, no es raro que al paciente con gonalgia se le diga que padece artrosis sin haberle practicado una exploración clínica completa; a lo sumo, se le realiza una radiografía simple que normalmente confirma el diagnóstico (dada la relativa frecuencia de la artrosis radiológica). De hecho, en un reciente trabajo en el que se exploraba a 100 pacientes remitidos al reumatólogo por dolor de rodilla, la artrosis fue la primera causa del mismo¹. Sin embargo, varios trabajos realizados en el ámbito hospitalario con pacientes diagnosticados de gonartrosis en un nivel primario, ponen de manifiesto que la causa más frecuente de gonalgia es la bursitis anserina^{2,3}. Otro estudio, llevado a cabo en pacientes con el antiguo diagnóstico de DMNID y dolor de rodilla, también pone de manifiesto que la bursitis anserina es la causa más frecuente de dolor⁴.

Objetivo. El objetivo de este estudio fue identificar las causas del dolor de rodilla en la población general. El objetivo secundario fue describir la prevalencia de la gonalgia en nuestra población.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centro de Salud Juan de Vera de Madrid (centro urbano que atiende a una población de 14.966 habitantes).

Participantes. El estudio se realizó entre diciembre de 1999 y octubre de 2000, e incluyó a todos los pacientes que acudieron a su médico por gonalgia. Los criterios de inclusión fueron: una edad superior a los 45 años, estar asignado a un médico de familia del turno de tarde del EAP (esta población de estudio está constituida por un total de 4.547 pacientes), que el paciente consultara exclusivamente por gonalgia (se rechazó a los que referían, además, dolor en otras localizaciones) y que el dolor no fuese postraumático.

Mediciones principales. Los datos se obtuvieron mediante la exploración física, realizada siempre por el mismo facultativo. A todos los pacientes se les aplicó el mismo protocolo exploratorio, que incluía: palpación de la *bursa* y tendón anserinos (bursitis y tendinitis anserina), de la cintilla ileo-