

En hipertensión: cuanto más simple, mejor

La complejidad de las guías de práctica clínica sobre el manejo de la hipertensión^{1,2} puede contribuir a que no se alcancen los objetivos perseguidos. El estudio **STITCH**³ (Simplified Treatment Intervention of Control Hipertension) realizado por médicos de familia de Canadá, compara si un algoritmo simplificado de tratamiento permite alcanzar los objetivos en hipertensión en mayor proporción que las Guías del Programa de Educación Canadiense de Hipertensión⁴.

Un total de 45 médicos identificaron 50 pacientes cada uno con hipertensión no controlada y se incluyeron aleatoriamente a 30 de estos pacientes. De la totalidad de los médicos, 18 pautaron a sus pacientes la intervención STITCH y los otros 27 continuaron tratando a sus pacientes según las directrices oficiales de la guía canadiense. Los datos demográficos, tanto de médicos como de pacientes, fueron similares en ambos grupos de tratamiento.

Los 1246 pacientes tratados según la guía canadiense recibieron 2,3 fármacos antihipertensivos y 802 recibieron 1,9 (diferencia absoluta 0,4 IC95% 0,2 a 0,6; P <0,001), según el algoritmo simplificado en cuatro pasos del estudio STITCH:

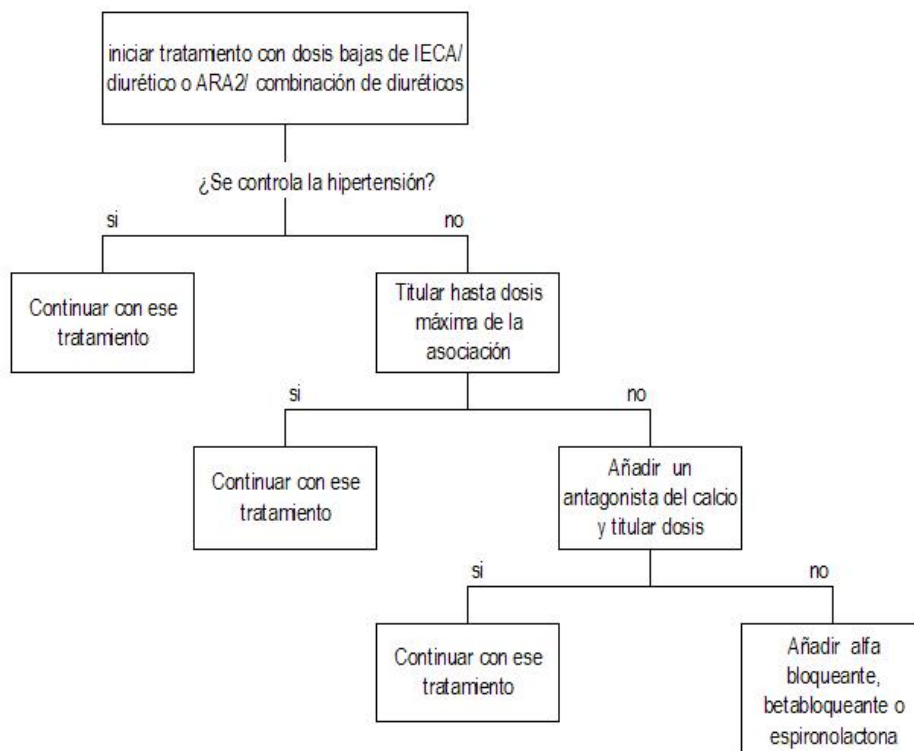
- (1) tratamiento inicial con dosis bajas de IECA/diurético o ARA2+diurético;
- (2) titulación hasta dosis máxima de la asociación;
- (3) añadir un antagonista del calcio y titular dosis;
- (4) añadir un alfabloqueante, betabloqueante o espironolactona.

La proporción de sujetos que alcanzó el objetivo de tensión arterial (140/90 sin DM y 130/80 con DM) a los 6 meses fue significativamente superior en el grupo intervención (64.7% vs. 52.7%; diferencia absoluta 12.0% IC95% 1.5% a 22.4%; p=0.026). En el grupo intervención, un 85% de los pacientes estaba en tratamiento con combinaciones a dosis fijas, frente al 15% de los pacientes del grupo que seguía las guías canadienses. Los resultados sugieren que iniciar el tratamiento con una combinación a dosis bajas, puede ser preferible al inicio con un solo fármaco.

La formación de los médicos del grupo de intervención se realizó de manera sencilla: una primera y única reunión explicando el proyecto y el algoritmo simplificado de tratamiento de la hipertensión y luego una llamada de recuerdo. Al final, estos profesionales refirieron mayor satisfacción en el manejo de la hipertensión, lo que sugiere que puede ser una estrategia viable para su implantación.

Un editorial⁵ en la revista Hypertension reafirma que el uso de este algoritmo, para simplificar el tratamiento de la hipertensión con el uso inicial de bajas dosis mediante combinación de principios activos, es aplicable en la comunidad, aceptado por los médicos de familia y se obtienen buenos resultados en la mejora de control de la presión arterial en los pacientes. Por ello, también especula que este enfoque puede ser de aplicación general para el tratamiento de otras enfermedades crónicas.

1. [Lobos, JM, Royo-Bordonada, M. A., Brotons C. et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC 2008. Rev. Esp. Salud Publica, nov.-dic. 2008, vol.82, no.6, p.581-616.](#)
2. [Lobos, JM, Royo-Bordonada, M. A., Brotons C. et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica: Adaptación española del CEIPC 2008](#)
3. [Feldman RD; Zou GY; Vandervoort MK; Wong CJ; Nelson S; Feagan BG. A Simplified Approach to the Treatment of Uncomplicated Hypertension. A Cluster Randomized, Controlled Trial. Hypertension. 2009; 53:646.](#)
4. [Management and preventing of hypertension in Canada. Canadian hypertension Education Program. 2009.](#)
5. [Egan BM. Fixed-Dose Combinations and Hypertension Control in Community-Based Practices. Application of the "Keep-It-Simple" Principle. Hypertension. 2009; 53: 598-599](#)



Actualización de la guía para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca

Publicadas en *Circulation*¹ las nuevas guías del ACC/AHA (Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón) para el manejo de la insuficiencia cardiaca (IC) en adultos, se **observan dos cambios en las recomendaciones** de tratamiento respecto a las anteriores de 2005:

1.) Para pacientes con insuficiencia cardiaca sintomática y fracción de eyección disminuida se recomienda la combinación de hidralazina y nitratos para mejorar los resultados en pacientes afro-americanos con síntomas moderado-severos en tratamiento óptimo con IECA, betabloqueantes y diuréticos (Recomendación Clase I, nivel evidencia B).

Esta nueva recomendación se apoya en el ensayo A-HeFT publicado en 2004, donde 1050 pacientes afroamericanos con IC clase III y IV se asignaron a recibir placebo o hidralazina+dinitrato de isosorbide a dosis fija añadida a su tratamiento habitual para IC (el 88% de los pacientes estaba siendo tratado con diuréticos, un 69% con IECA y un 74% con betabloqueantes).

El estudio, que finalizó anticipadamente, mostró una reducción de la mortalidad significativa (6.2% vs. 10.2% p=0.02), redujo el riesgo de hospitalización por IC y mejoró la calidad de vida.

2.) Se recomienda tratar a los pacientes con fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca con una estrategia de mantenimiento del ritmo sinusal o con una estrategia de control de la frecuencia cardiaca (Clase IIa, nivel de evidencia A), pues no hay evidencia de superioridad de una sobre otra, como se desprende del estudio AF-CHF. El resto de recomendaciones permanece vigente.

Se sigue prefiriendo los IECA a los ARA2 en la insuficiencia cardiaca sintomática y FE disminuida, salvo casos de intolerancia a los IECA.

1. Jesupp et al. Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2009;119:1977-2016.

Rabdomiolisis asociada a sitagliptina y estatinas

La sitagliptina es un fármaco hipoglucemiante que actúa a través de la inhibición de la enzima dipeptidil peptidasa (DPP-4), enzima que inactiva las hormonas incretinas.

La ficha técnica de sitagliptina informa que los datos *in vitro* sugieren que no inhibe ni induce las isoenzimas del citocromo P450. Sin embargo, recientemente se ha publicado el primer **caso de rabdomiolisis** relacionada con el uso conjunto de sitagliptina y **lovastatina**¹ y anteriormente se publicó otro con **simvastatina**².

El mecanismo de esta interacción farmacológica podría darse a través del sistema enzimático del citocromo P450, vía de eliminación que comparte con estas estatinas. La mujer con hipertensión, diabetes y dislipemia estaba en tratamiento con lovastatina 40 mg/día (desde hacía 12 años), diltiazem 240

mg/día (10 meses), glimepirida 1mg/día y se había iniciado el tratamiento con sitagliptina 100mg/día diecinueve días antes del ingreso.

Dada la alta probabilidad de que se prescriban conjuntamente sitagliptina con estatinas, es importante que los médicos conozcan esta posible interacción no descrita en la ficha técnica y, en su caso, la comuniquen a farmacovigilancia.

1. DiGregorio RV: Pasikhova, Rhabdomyolysis Caused by a Potential Sitagliptin-Lovastatin Interaction *Pharmacotherapy*, 2009; 29(3):352-6

2. Kao DP, Kohrt HE and Kugler J. Renal failure and rhabdomyolysis associated with sitagliptin and simvastatin use. *Diabetic Medicine*, 2008; 25(10):1229 - 30

El ranelato de estroncio puede causar alopecia

Según un artículo publicado en *BMJ*¹ y realizado por el Centro de Farmacovigilancia de Castilla León, el ranelato de estroncio (Osseor®, Protelos®) podría causar alopecia.

De las 56 reacciones adversas remitidas al Sistema Español de Farmacovigilancia desde mayo de 2005 hasta enero de 2008, cinco de ellas (8.9%) se relacionan con alopecia. El porcentaje es superior a los casos de alopecia que figuran en la base de datos del sistema (0.4%) o respecto a los relacionados con mujeres posmenopáusicas (0.5%).

Los casos se han descrito en mujeres que lo tomaban a dosis usuales de 2g/día y de los cinco casos uno no se había recuperado a los tres meses de la retirada del fármaco.

El riesgo (OR) de alopecia calculado para el ranelato de estroncio en mujeres posmenopáusicas fue de 14.2 (IC95% 5.4-37.3) el cual sería superior al de otros fármacos conocidos de inducir alopecia como acitretina (OR: 4.7; IC95% 1.7-12.7), metotrexato (OR: 3.0; IC95% 0.4-21.8) o doxorubicina (OR: 2.4; IC95% 0.3-17.2).

Según los autores, es la primera publicación que describe esta relación y, aunque este efecto adverso no compromete la vida ni causa discapacidad, sí causa importantes efectos adversos en la autoestima, bienestar psicológico e imagen corporal.

1. Sainz M, García del Pozo J, Martín Arias LH, Carvajal A. Strontium ranelate may cause alopecia. *BMJ* 2009;338:b1494

Autores: García Gil M, Izquierdo María R, Mateu García MS Salinas Alemany E, Larruga Riera J, Puig Ferrer M, Barreda Aznar A, Bonet Dean M, Cano Blanquer D, Cervera Casino P y Galeote Mayor M. Edita: Grupo Hemos Leído. Servicios de Farmacia de Atención Primaria. Agencia Valenciana de Salud. Comunidad Valenciana. ISSN 1988-8716. Hemos leído...Noticias terapéuticas y de prescripción, 2009; volumen 4, número 4 abril. Puede solicitar el envío del boletín a través de la Web: <http://www.hemosleido.es>