

Terapia combinada

José Manuel Millaruelo Trillo

Médico de familia. Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza

El manejo de la terapia combinada es una característica habitual en los planes terapéuticos recomendados a los pacientes, sobre todo en esta última década. Desde el estudio de Framingham, en el que se instaura el concepto de «factor de riesgo cardiovascular», ha sido una constante conseguir unos objetivos terapéuticos cada vez más bajos, en algunas ocasiones sin una evidencia consistente que los soporte. En todo caso, resulta muy difícil conseguir esos objetivos con un solo fármaco. Existen métodos directos e indirectos para medir el cumplimiento terapéutico, que es conveniente utilizar sobre todo en caso de pacientes que no cumplen los objetivos terapéuticos, antes de plantear los cambios o inducir una intensificación del tratamiento.

Otro aspecto que me parece fundamental, aunque obviado muchas veces, es la relación entre el cumplimiento terapéutico y la mortalidad por la patología tratada o la necesidad de ingreso hospitalario. En dependencia de la patología observada, el incremento de riesgo por el mal cumplimiento puede oscilar del 20% al 30%, porcentaje que, si nos fijamos, es similar al beneficio por utilizar un fármaco cardiovascular.

Sirvan estos comentarios para poner en valor el excelente trabajo de mis compañeros, que abordan con gran rigor las peculiaridades de la terapia combinada en distintas facetas del riesgo cardiovascular y sus factores. Puedo asegurar que las bibliografías referenciadas constituyen el mejor cuerpo de doctrina en este tema hasta el momento actual.

Comenzamos con una visión general de lo que supone la terapia combinada con las ventajas reconocidas de mejor cumplimiento terapéutico y menor coste, aunque también con el inconveniente de la rigidez de las dosis.

En el abordaje de la hipertensión encontramos la indicación principal de la terapia combinada, porque es bien conocido que se necesitan habitualmente más de uno o dos fármacos para conseguir los objetivos terapéuticos. Por ello, nos ha parecido oportuno realizar dos capítulos sobre el tema; el primero, dedicado a aspectos más generales, y el segundo, a la indicación terapéutica más adecuada para cada una de las posibles combinaciones.

En el manejo de la dislipemia hemos vivido en los últimos años las propuestas de las sociedades científicas relacionadas con el riesgo cardiovascular de unos objetivos terapéuticos cada vez más

bajos. Sin entrar en este momento en la efectividad y evidencia de dichas recomendaciones, sí es cierto que precisamos dosis muy elevadas de estatinas o la combinación de dos fármacos para, al menos, acercarnos a ellos.

En la diabetes sabemos desde el United Kingdom Prospective Study Diabetes que es necesaria la asociación de fármacos conforme avanza la evolución de la enfermedad para mantener el control glucémico. De manera paralela al caso de la hipertensión, también existen varias familias de fármacos que, por sus mecanismos de acción totalmente distintos y complementarios, permiten su uso en dosis inferiores, con lo que se evita sobre todo el problema más temido: la hipoglucemia. Las combinaciones, pues, de antidiabéticos orales se han vuelto casi imprescindibles en el manejo de la enfermedad.

La antiagregación es un tema siempre en debate, aunque podríamos indicar que existen muchas situaciones, principalmente de prevención secundaria, sobre cuya utilidad no ofrecen dudas. Dentro de ellas, la doble antiagregación también está indicada por las guías de práctica clínica (GPC) en situaciones sobre todo de eventos cardiovasculares recientes o prácticas intervencionistas.

Un tema más allá de la clínica, pero también importante como gestores de recursos que somos los prescriptores, es el de la financiación de las combinaciones. Asistimos con incredulidad al hecho de que fármacos con aportación reducida, cuando se utilizan de manera individual, pierden esa condición si se utilizan en combinación. Es más, a veces combinaciones no idénticas pero sí similares y para la misma indicación difieren en su estatus respecto a la financiación. Resulta difícil encontrar una explicación racional a tales desatinos.

Me gustaría finalizar con dos puntualizaciones que también debemos tener en cuenta al manejar la terapia combinada. Ya no es extraño que, al existir tan alto número de combinaciones, los prescriptores desconozcamos realmente su composición, aunque los programas informáticos que utilizamos nos faciliten tanto ese aspecto. Tampoco deberían ser las combinaciones un método para prolongar unas patentes que habrían caducado ya utilizando las monosustancias. La falta de racionalidad en este país en la financiación de los fármacos, la inseguridad que eso produce en la industria farmacéutica, no debería servir para tener la tentación de escoger este atajo.