



Dr. Juan Ramón Soto Silva
Presidente SChH
Cardiólogo
Abril de 2025



SOCIEDAD CHILENA DE
HIPERTENSIÓN

¿Deben los β -bloqueadores considerarse fármacos de primera línea para el tratamiento

En diciembre de 2023 la Sociedad Europea de Hipertensión publicó una extensa guía para ayudar a los clínicos a diagnosticar, estratificar y tratar esta condición. Es incuestionable que el documento ha constituido un valioso aporte en este campo. Sin embargo, un aspecto que se ha prestado para la controversia ha sido la recomendación de la guía de incluir a los β -bloqueadores como fármacos de primera línea en el tratamiento, situándolos en igual nivel que los bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos (BCC), inhibidores del sistema renina angiotensina (iSRA) y diuréticos tiazídicos (DT).

Los autores de la guía fundamentan esta recomendación en que los β -bloqueadores disminuyen la presión arterial en una cuantía similar a las otras clases farmacológicas y que, además, pueden ser de utilidad para tratar otras condiciones médicas frecuentes (p. ej., la migraña o el temblor esencial).

Sin embargo, nos permitimos discrepar de esta recomendación basados en que existe evidencia proveniente de dos grandes ensayos aleatorizados controlados de que los β -bloqueadores conceden menos protección cardiovascular, particularmente respecto de accidente cerebrovascular (ACV), que las otras clases farmacológicas mencionadas previamente.

En el ensayo clínico LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study), se incluyó pacientes hipertensos con hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma y fueron asignados al azar a un esquema terapéutico basado en losartan (n = 4605 pacientes) versus el β -bloqueador atenolol (n = 4588 pacientes). Durante el seguimiento se observó

que los pacientes asignados a losartan presentaron un riesgo de ACV 25 % menor que aquellos tratados con atenolol.

El ensayo clínico ASCOT – BPLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Blood Pressure Lowering Arm) enroló más de 9000 pacientes y los asignó aleatoriamente a un esquema terapéutico basado en amlodipino (con la adición de perindopril en caso necesario) versus atenolol (con la adición de un diurético tiazídico en caso de requerirse). Este estudio debió ser detenido prematuramente debido a que los pacientes asignados a amlodipino tuvieron un 23 % de menos riesgo de sufrir un ACV que aquellos asignados a atenolol. Además, se observó un 16 % menos de eventos cardiovasculares totales y de necesidad de procedimientos de revascularización.

La inferioridad relativa de los β -bloqueadores para prevenir el ACV es muy relevante porque se sabe que esta complicación es mucho más dependiente de la presión arterial que el infarto del miocardio y que sus consecuencias suelen ser devastadoras.

Se podría argumentar que atenolol no es un buen β -bloqueador. Sin embargo, es un bloqueador β_1 selectivo, en líneas generales similar a bisoprolol o metoprolol. Se podría argumentar que los β -bloqueadores de tercera generación (es decir, con efecto vasodilatador como carvedilol o nebivolol) son más efectivos, pero esto no se ha demostrado en ningún ensayo clínico hasta ahora.

No obstante, los β -bloqueadores son fármacos útiles en cuatro situaciones frecuentes en cardiología:

1. Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida.
2. Taquiarritmias supraventriculares (p. ej., fibrilación auricular).
3. Enfermedad coronaria sintomática (es decir, para controlar la angina pectoris).
4. Pacientes post infarto del miocardio.

Su uso preferente podría ser también considerado en el paciente hiperadrenérgico (ansiedad crónica) con frecuencias cardíacas elevadas en reposo (>80/min).

Otro aspecto relevante que debe ser considerado es el de los efectos adversos. Dado que la hipertensión arterial es una condición esencialmente asintomática, los medicamentos que se prescriban para su tratamiento deben, en general, estar lo más exentos posible de efectos colaterales. Lamentablemente, no es el caso de los β -bloqueadores los que tienen numerosas

reacciones adversas tales como fatigabilidad, letargo, trastornos del sueño, bradicardia, mareos, disnea, disfunción eréctil, mayor incidencia de diabetes mellitus, entre otros. Es por este motivo que entre los pacientes tienen un alto grado de abandono.

Para concluir, nuestra posición es que, en los pacientes hipertensos sin alguna de las comorbilidades mencionadas anteriormente, las clases farmacológicas de primera línea deben seguir siendo los BCC, los iSRA (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores del receptor de angiotensina II) y los DT. El fundamento es que los β -bloqueadores proporcionan una menor protección contra el ACV que las otras clases farmacológicas disponibles, y la prevención de los diversos eventos cardiovasculares es el objetivo principal de todo tratamiento antihipertensivo.

SOCIEDAD CHILENA DE
HIPERTENSIÓN



Referencias

- 1.- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023; 41:1874-2071.
- 2.- Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet.* 2002; 359:995-1003.
- 3.- Dahlöf B, Sever PS, Poulter NR, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet.* 2005; 366:895-906.
- 4.- Messerli FH, Bangalore S, Mandrola JM. β blockers switched to first-line therapy in hypertension. *Lancet.* 2023; 402:1802-04.
- 5.- Shantsila E, Beevers DG, Lip GYH. For Debate: The 2023 European Society of Hypertension guidelines - cause for concern. *J Hypertens.* 2024; 42:948-50.