

Atenolol en hipertensión: ¿es una sabia elección?

Objetivo

Revisar sistemáticamente el efecto del atenolol sobre la morbilidad y la mortalidad en pacientes hipertensos.

Fuentes de datos

Se realizó una revisión sistemática, en la que reunieron la información sobre este tema de las bases Cochrane, MEDLINE, libros de texto y se comunicaron personalmente con investigadores expertos en hipertensión arterial.

Selección de estudios

Incluyeron los ensayos clínicos aleatorizados que evaluaban morbimortalidad cardiovascular con atenolol en hipertensión arterial primaria tanto contra placebo como contra otros tratamientos activos.

Resultados

Se incluyeron cuatro estudios que comparaban el uso de atenolol con placebo o sin tratamiento y cinco en los que se lo comparó con otros fármacos antihipertensivos. Pese a las diferencias significativas registradas en el descenso de la presión arterial (PA), no se observaron diferencias en los puntos finales entre el uso de atenolol y placebo en 4 estudios (6825 pacientes con un seguimiento promedio de 4,6 años): mortalidad total (RR 1,01; IC95% 0,89-1,15), y sobre la mortalidad cardiovascular (RR 0,99; IC95% 0,83-1,19). El riesgo de presentar accidente cerebrovascular (ACV) tendió a ser más bajo en el grupo que recibió atenolol que en el grupo placebo (RR: 0,85; IC95%: 0,72-1,01), pero no fue significativo. El estudio que más influyó los resultados sobre el ACV fue el estudio HEP (Hypertension in Elderly Patients trial), donde el

tratamiento activo redujo el riesgo de ACV en un 43%. No obstante, en este estudio se observan problemas metodológicos, tales como que la mayoría (60%) de los pacientes recibía otros fármacos antihipertensivos además de atenolol, menos del 20% de los pacientes del grupo atenolol recibieron éste fármaco como monoterapia y la diferencia de PA entre el grupo atenolol y el grupo que no recibió tratamiento fue considerable (18/11 mmHg).

Al comparar atenolol con otros fármacos antihipertensivos, no se registraron diferencias importantes entre los distintos grupos de tratamiento en relación con la PA. Este meta análisis muestra una mayor mortalidad con el tratamiento con atenolol en comparación con otros antihipertensivos en 5 estudios que incluyeron a 17.671 pacientes con un seguimiento de hasta 4,6 años (RR 1,13; IC95% 1,02-1,25).

Asimismo, la mortalidad cardiovascular tendió a ser mayor con el tratamiento con atenolol (RR 1,16; IC95% 1-1,34, p=NS) y el riesgo de ACV fue mayor en el grupo que recibió este fármaco (RR 1,3; IC95% 1,2-1,5) en comparación con otros fármacos antihipertensivos. Se realizó un análisis excluyendo al estudio LIFE, debido a que en este estudio se incluyó aproximadamente la misma cantidad de pacientes que los demás estudios de forma conjunta y además tuvo una mayor incidencia estadística en el análisis. De cualquier forma, no se observaron cambios en el análisis con la inclusión del estudio LIFE o sin ella.

Conclusiones

Los resultados cuestionan que el atenolol sea una droga recomendada como de primera línea para los pacientes hipertensos. Más aún cuestionan el uso del atenolol como droga de comparación de referencia en los ensayos clínicos de hipertensión.



Comentario

Los beta bloqueantes han sido largamente considerados drogas de primera línea en el tratamiento de la hipertensión arterial.¹ Más aún, el atenolol es una de las drogas más ampliamente usadas en el tratamiento de la hipertensión arterial y ha sido droga de referencia en muchos de los ensayos clínicos aleatorizados.²⁻⁵

El efecto hipotensor del atenolol no es menor comparado con el de las otras drogas hipotensoras⁶ y sin embargo los resultados de los puntos finales han sido algo peores, excepto en la prevención de infarto agudo de miocardio que fue similar. Algunas características del atenolol pueden explicar los resultados de este meta análisis, como su bajo perfil lipofílico, el posible menor efecto sobre la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda⁷ y la falta de corrección del remodelamiento y la disfunción endotelial de las pequeñas arterias.⁸⁻¹⁰ Es por ello que las recomendaciones actuales no

recomiendan la monoterapia con betabloqueantes en la población anciana, donde sí mostraron efectividad pero combinadas con otras drogas como las tiazidas.

Conclusiones del comentador

Aunque los beta bloqueantes son considerados como un grupo para el tratamiento de primera línea en las recomendaciones de las guías clínicas actuales, hoy en día no se recomiendan como monoterapia en la población mayor. En el resto de los hipertensos, habría que considerar las características hemodinámicas y farmacológicas de cada una de ellas para recomendarlas como drogas de primera elección en su tratamiento.

Dr. Gabriel Waisman [Jefe Sección Hipertensión Arterial. Médico de Planta. Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Waisman G. Atenolol en hipertensión: ¿es una sabia elección? Evid. actual.práct. ambul. 2005;8:71. Comentado de Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. **Atenolol in hypertension: is it a wise choice?** Lancet 2004;364:1684-89. PMID: 15530629

Referencias

- Guidelines Committee 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53.
- MRC Working Party, Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. BMJ 1992;304:405-12.
- UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. UKPDS 39. BMJ 1998;317:713-20.
- Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in the losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study (LIFE). A randomized trial against atenolol. Lancet 2002;359:995-1003.
- Sever P, Dahlof B, Poulter NR, et al. The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial: a brief history, rationale, and outline protocol. J Human Hypertens 2001;15 (suppl 1):S11-S12.
- Law MR, Wald NJ, Jordan RE. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomized trials. BMJ 2003;326:1427-34.
- Klingbeil AU, Schneider M, Martus P, Messerli FH, Schneider RE. A meta-analysis of the effects of treatment on left ventricular mass in essential hypertension. Am J Med 2003;115:41-46.
- Schiffirin EL, Deng LY, Laroche P. Progressive improvement in the structure of resistance arteries of hypertensive patients after 2 years of treatment with an angiotensin I-converting inhibitor. Comparison with effect of a beta-blocker. Am J Hypertens 1995;8:229-36.
- Schiffirin EL, Park JB, Intengan HD, Touyz RM. Correction of arterial structure and endothelial dysfunction in human essential hypertension by the angiotensin receptor antagonist losartan. Circulation 2000;101:1653-59.
- Taddei S, Virdis A, Ghiadini L, Sudano I, Salvetti A. Antihypertensive drugs and reversing of endothelial dysfunction in hypertension. Curr Hypertens Rep 2000;2:64-70.