

COMENTARIO EDITORIAL

¿Para cuándo los bloqueadores beta en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca?

Beta-blockers in the treatment of heart failure: When do we give them?

Jesús Iturralde Iriso

Centro de Salud Casco Viejo, Vitoria-Gasteiz, España
Disponible en Internet el 18 de noviembre de 2009

La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad en aumento, debido al envejecimiento de la población y a la mayor supervivencia de los pacientes infartados con función ventricular afectada, siendo la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años¹. Es una enfermedad con una elevada mortalidad, que se puede situar en torno al 50% a los 5 años. También es cierto que gracias a los nuevos tratamientos, por ejemplo en Estados Unidos la mortalidad a 5 años por IC bajó del 57% en el período entre 1979 y 1984 al 48% en el período entre 1996 y 2000². La IC va a ser una patología que los médicos de atención primaria vamos a diagnosticar y tratar cada vez más, por lo que es importante que conozcamos bien su manejo y mejoremos el control de la hipertensión arterial y de la cardiopatía isquémica como factores de riesgo para desarrollarla.

En este número de ATENCIÓN PRIMARIA se publica un estudio realizado en el área urbana de Barcelona en población de 4 centros de salud y su hospital de referencia. El objetivo es conocer datos epidemiológicos y el manejo de la IC por la atención primaria mediante un cuestionario estandarizado de recogida de datos demográficos, clínicos y de tratamiento. Los autores concluyen que atienden por IC fundamentalmente a mujeres con pluripatología, que se registran poco las exploraciones complementarias básicas y que hay una escasa utilización de bloqueadores beta (BB) en los pacientes con IC.

En el abordaje de los pacientes con IC sistólica, además de las medidas que usamos o aconsejamos en el tratamiento no farmacológico de estos pacientes, disponemos de fármacos para su tratamiento. Por una parte están los que mejoran los síntomas de la enfermedad, como son los diuréticos y la digoxina, y por otra parte los que mejoran también la supervivencia del paciente, que son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II), los BB y los antagonistas de la aldosterona³.

Llama la atención, no sólo en este estudio, la baja utilización por nuestra parte de los BB en el tratamiento de la IC. Según este estudio, sólo un 27% de los pacientes diagnosticados de IC estaban tomando BB, y consultando otros estudios realizados en población española^{4,5} los

porcentajes son muy similares. Aunque hay estudios con un porcentaje mayor o menor de uso^{6,7}, en general sigue siendo un fármaco no muy utilizado en pacientes con IC sistólica, a pesar de su recomendación en las guías de práctica clínica para el manejo y tratamiento de la IC.

Se debe considerar el tratamiento con BB en todos los pacientes en clase II–IV de la New York Heart Association (NYHA), con IC estable, leve, moderada o severa, secundaria a miocardiopatía isquémica o no isquémica y una fracción de eyección izquierda (FEVI) reducida, que reciban el tratamiento estándar, incluidos los diuréticos e IECA, excepto en caso de contraindicación (grado de recomendación I, nivel de evidencia A)⁸. Se considera apropiado aconsejar su uso en IC clase I³.

Ya que los beneficios de todos los BB no son iguales, y teniendo en cuenta los resultados de los diferentes estudios, los BB recomendados actualmente para el tratamiento de la IC son bisoprolol, carvedilol, succinato de metoprolol y nebivolol (grado de recomendación I, nivel de evidencia A)⁹. Estos fármacos debemos usarlos en pacientes estables, sin síntomas de congestión pulmonar o sistémica, con frecuencias cardíacas mayores de 55 lpm, y se les debe advertir a los pacientes que al inicio del tratamiento se pueden sentir peor, empezar con dosis mínimas e ir incrementando hasta dosis máxima tolerada, y siempre que sea posible administrar IECA y si no tolera, con ARA II.

A pesar de todas las evidencias, ¿a qué se debe la baja utilización de estos fármacos en el tratamiento de la IC? En estos pacientes, el uso de diuréticos o IECA y/o ARA-II es mayoritario. Entre los motivos que nos pueden aclarar este problema se encuentran los efectos secundarios de estos fármacos. Aunque es cierto que su uso se asocia a episodios de hipotensión, mareo y/o bradicardia, el riesgo es pequeño y se compensa con los beneficios que aportan si no los utilizáramos⁹.

Otra de las causas que pueden explicar la infrautilización en IC es que el BB es un fármaco que se utiliza poco para el tratamiento de la HTA. El BB, según algunas guías, no es un fármaco de primera línea en el tratamiento de la HTA no complicada¹⁰. Muchos pacientes que sufren hipertensión acaban desarrollando una IC, y muchos de ellos ya están en tratamiento con un IECA o un ARA-II, además de un diurético, por lo que seguirían con estos fármacos, y en muchos casos el BB sería un fármaco a introducir. Además, el uso del BB en pacientes hiperten-

sos, atenolol principalmente, y comparado con otros antihipertensivos o placebo, no previene el desarrollo de una IC¹¹.

Con estos antecedentes observamos que el BB es un fármaco que muchas veces lo tenemos que introducir en la nueva terapia de un paciente diagnosticado recientemente de IC. Estos pacientes son tratados fundamentalmente en nuestras consultas, por lo que los médicos de atención primaria somos en muchos casos los que comenzamos a manejarlos y seguimos su evolución.

Otros factores que podrían influir en la baja prescripción de BB podría ser la falta de tiempo que tenemos en la consulta para atender a estos pacientes, en algunos casos déficit de formación en la terapia de la IC y/o la falta de coordinación que a veces existe con el cardiólogo de referencia.

Otra pregunta sería si tenemos la posibilidad de acceder a las pruebas complementarias necesarias para poder obtener este diagnóstico, como es la ecocardiografía, que es el método preferido para documentar una disfunción cardíaca en reposo⁸, aunque no tener acceso a estas pruebas tampoco nos excusa de que no utilicemos los BB, ya que como hemos visto en el trabajo presentado, todos los pacientes estaban diagnosticados previamente de insuficiencia cardíaca y la mitad de ellos aproximadamente tenían realizado un ecocardiograma, pero aún así la utilización de BB se hacía en una cuarta parte de todos los diagnosticados.

Estos artículos nos deben servir para reflexionar si estamos haciendo un tratamiento correcto a nuestros pacientes, y para hacer una revisión de los fármacos que toman, reajustar posologías y utilizar los tratamientos más acordes con la evidencia actual.

Puntos clave

- Existe una baja utilización de bloqueadores beta en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca a pesar de que son fármacos que aumentan la supervivencia de estos pacientes.
- Debemos quitar el miedo a utilizar los bloqueadores beta en estos pacientes, ya que son fármacos seguros si se utilizan correctamente.
- Hay que mejorar la comunicación con nuestros cardiólogos de referencia para un mejor abordaje de estos pacientes.
- Probablemente el origen de la poca utilización de bloqueadores beta en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca sea multifactorial.

Bibliografía

1. Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Guayar Castillon P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2006;6:4C-9C.
2. Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, et al. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *JAMA.* 2004;292:344-350.
3. Anónimo. Insuficiencia cardíaca. *INFAC* vol. 15 n° 7 Julio-Agosto 2007. [consultado: 18/9/2009]. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/infac/es_1223/adjuntos/INFAC_v15n7.pdf.
4. Otero Raviña F, Grigorian Shamagian L, Fransi Galiana L, Nazara Otero C, Fernandez Villaverde JM, Del Alamo A, et al. Estudio gallego de insuficiencia cardíaca en atención primaria (estudio GALICAP). *Rev Esp Cardiol.* 2007;60:373-83.
5. Gómez-Escalonilla Cruz N, Cubillo Serna AM, Garzón de la Iglesia J, Marín Cañada J. Manejo de la insuficiencia cardíaca en un centro de salud periurbano: adhesión a las guías de tratamiento. *Aten Primaria.* 2006;38:304.
6. Barrios Alonso V, Peña Perez G, Gonzalez Juanatey JR, Alegria Ezquerro E, Lozano Vidal JV, Listerri Caro JL, et al. Hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca en las consultas de atención primaria y de cardiología en España. *Rev Clin Esp.* 2003;203:334-42.
7. De Rivas Otero B, Permanyer-Miralda G, Brotons Cuixart C, Aznar Costa J, Sobreviela Blázquez E. Perfil clínico y patrones de manejo en los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos ambulatoriamente en España: estudio INCA (Estudio Insuficiencia Cardíaca). *Aten Primaria.* 2009;41:394-401.
8. Grupo de Trabajo de Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. Versión resumida (actualización 2005). *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1062-92.
9. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Curtis JP, Foody JM, Sedrakyan A, et al. Adverse effects of β -blocker therapy for patients with Heart failure: a quantitative overview of randomized trials. *Arch Intern Med.* 2004;164:1389-94.
10. Moliner de la Puente JR, Domínguez Sardiña M, Gonzalez Paradela C, Castiñeira Perez MC, Crespo Safaris JJ, Chayán Zas ML, et al. Guía de Hipertensión arterial. [consultado: 18/9/2009]. Disponible en: http://www.fisterra.com/GUIAS2/hipertension_arterial.asp.
11. Bangalore S, Wild D, Parkar S, Kukin M, Messerli F. Beta blockers for primary prevention of heart failure in patients with hypertension. Insights from a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2008;52:1062-72.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.aprim.2009.06.019

doi:10.1016/j.aprim.2009.10.002