



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de de Cardiopatía Isquémica

Betabloqueantes después de un infarto de miocardio con fracción de eyección levemente reducida: un metaanálisis de datos individuales de pacientes de ensayos controlados aleatorios

Beta blockers after myocardial infarction with mildly reduced ejection fraction: An individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials



Comenta: Dr. Fernando Bagnera, Comité de Cardiopatía Isquémica

Texto original [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01592-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01592-2/abstract)

Autores: Rosselló X, et al

Fuente: *The Lancet*, 2025; 406: 1128–1137

Introducción:

Durante décadas, los betabloqueantes (BB) han sido considerados "mandatorios" tras un infarto agudo de miocardio (IAM). Sin embargo, la mayor parte de la evidencia que sustenta esta práctica proviene de estudios realizados antes de la era de la reperfusión sistemática y de las terapias antitrombóticas modernas.

En 2024 y principios de 2025, ensayos clínicos de gran escala sugirieron que los BB no aportan un beneficio pronóstico significativo en pacientes con función ventricular preservada (FEVI \geq 50%). Esto generó un vacío de evidencia y una incertidumbre clínica



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de de Cardiopatía Isquémica

respecto a los pacientes situados en el "rango gris": aquellos con FEVI levemente reducida (40-49%).

Métodos:

El metaanálisis de Rosselló et al. se diseñó específicamente para resolver este interrogante mediante un *metaanálisis de datos individuales de pacientes*. Incluyó a 6.011 participantes provenientes de cuatro ensayos controlados aleatorizados contemporáneos: REBOOT, BETAMI-DANBLOCK y CAPITAL-RCT.

- *Población*: Pacientes con IAM reciente con angioplastia exitosa.
- *Intervención*: Inicio o continuación de BB frente a un grupo control sin BB.
- *Seguimiento*: 1,5 a 3 años.
- *Punto final primario*: compuesto de muerte por cualquier causa, infarto de miocardio recurrente u hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC).

Resultados y análisis:

Este estudio nos muestra una clara asociación entre la eficacia del tratamiento y el nivel de FEVI basal:

- *Impacto en FEVI 40-49%*: En este subgrupo, el uso de BB se asoció con una reducción significativa del **25%** en el riesgo de eventos del punto final primario (HR: 0.75; IC 95%: 0.58–0.97; p=0.031).
- *Diferencias con FEVI \geq 50%*: Por el contrario, en pacientes con función normal, el beneficio fue estadísticamente neutro (HR: 1.02; IC 95%: 0.88–1.18).

Fortalezas:

- El diseño (uso de datos individuales) permite un ajuste estadístico mucho más fino que el de un metaanálisis convencional de datos agregados.
- Incluye estudios post-reperusión. Estos pacientes recibieron estatinas de alta intensidad, doble antiagregación e inhibidores del sistema renina-angiotensina de forma casi universal.

Limitaciones:

- Sesgo de selección: combina datos de múltiples estudios que, aunque contemporáneos, no fueron diseñados con protocolos idénticos. Además, ya que la población del subgrupo con FEVI 40-49% no fue el objetivo primario de



ARTÍCULOS COMENTADOS POR COMITÉS

Comité de de Cardiopatía Isquémica

aleatorización en los estudios originales, aumenta el riesgo de que los beneficios observados se deban, en parte, al azar o a desequilibrios en covariables no medidas.

- La mayoría eran hombres jóvenes o de mediana edad, lo que podría limitar ligeramente la generalización a poblaciones muy ancianas o con múltiples comorbilidades.
- Existe cierta heterogeneidad en el tipo y dosis de betabloqueante utilizado entre los cuatro ensayos originales.
- El factor tiempo y la evaluación de la FEVI, parámetro dinámico, especialmente en las primeras semanas post-IAM. El momento exacto de su determinación varió entre los estudios y los centros.

Conclusiones:

El metaanálisis de Rosselló consolida la recomendación de betabloqueantes en todo paciente post-IAM que presente una FEVI inferior al 50%. La trascendencia de este trabajo radica en su capacidad para detener cierta ola de desprescripción que cobró fuerza tras los hallazgos del estudio *REDUCE-AMI*.

Para el cardiólogo clínico, el mensaje central se basa en que la fracción de eyección luego del infarto, al igual que en la insuficiencia cardíaca, ha dejado de ser meramente un indicador pronóstico para transformarse en una variable que nos determina la terapéutica.

La evidencia entonces parecería reforzar a la hipótesis fisiopatológica: mientras que en el paciente con función ventricular normal el uso de betabloqueantes puede considerarse opcional o de corto plazo, en el rango de 40-49% (FEVI levemente reducida) el miocardio conserva una vulnerabilidad intrínseca al remodelado adverso y a la activación neurohormonal persistente. Retirar esta terapia en dicho subgrupo implicaría privar al paciente de un bloqueo eficaz contra estos procesos, exponiéndolo a un riesgo innecesario de progresión hacia la insuficiencia cardíaca clínica. En definitiva, para este perfil de paciente, el betabloqueante no es un adyuvante, sino una terapia modificadora de la enfermedad con plena vigencia.