

¿SUPRIMO LOS BETABLOQUEANTES DEL PACIENTE CRÓNICO CON ANTECEDENTE DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SIN DISFUNCIÓN VI? ESTUDIO ABYSS. ESC

Autor: Marcos García Aguado (Cardiólogo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid)

Fecha de publicación: 31/08/2024

Patología: CI y factores de riesgo CV / Categoría: Controversia

Tiempo de lectura: 3 minutos



*Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Pero el estudio ABYSS concluye que la supresión del betabloqueante en pacientes con infarto previo antiguo de más de 6 meses sin disfunción ventricular izquierda o con leve disfunción sin insuficiencia cardíaca, es inferior a la continuidad del fármaco debido al incremento de las hospitalizaciones por eventos cardiovasculares, más notorio en la población con hipertensión arterial”.

Los **betabloqueantes** constituyen uno de los pilares de tratamiento de la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (*ICFEVi*), junto a los **iSGLT2 (dapagliflozina-empagliflozina)**, **sacubitrilo/valsartán**, **espironolactona/epplerenona**. También tienen indicación en el tratamiento de la disfunción ventricular izquierda, el control del ritmo en determinadas formas de taquicardia o como fármaco antihipertensivo (*en determinados tipos de pacientes, puesto que fue desplazado como fármaco de primera línea en el manejo general de la hipertensión arterial*).

PAPEL EN EL MANEJO DEL SÍNDROME CORONARIO CRÓNICO

¿Y su papel en el manejo de los síndromes coronarios crónicos, entre pacientes que sufrieron un evento coronario agudo previo? Las evidencias más recientes no apoyaban su uso tras un evento coronario agudo tipo infarto en pacientes con función ventricular

izquierda **preservada**. Ahora se ha presentado en el **Congreso Europeo de Cardiología 2024** celebrado en **Londres (Europa)** el estudio **ABYSS**, que sorprende por sus inesperados resultados.

ESTUDIO ABYSS

El estudio es un aleatorizado en pacientes con antecedente de infarto agudo de miocardio en fase crónica sin disfunción ventricular izquierda. Su **objetivo principal** era el combinado de mortalidad por todas las causas, IAM no fatal, accidente cerebrovascular no fatal u **hospitalizaciones por eventos cardiovasculares** (*todos son criterios duros, excepto este último, que puede ser un peligroso cajón de sastre que condicione los resultados*). Compara la supresión del betabloqueante respecto a su continuación. El estudio es de **no inferioridad** multicéntrico **abierto** con evaluadores ciegos (*participaron varios hospitales de un solo país, Francia*).

Se incluyeron un total de 3.698 pacientes, la mayoría eran hombres (82,8%) y la edad media fue de 63,6 años. Se exigía que los pacientes hubieran tenido un infarto agudo de miocardio al menos 6 meses previos a la inclusión (*más del 65% de los participantes habían tenido un infarto con elevación del ST y prácticamente todos fueron sometidos a revascularización coronaria*) con un intervalo medio de 2,9 años. El 43% de los participantes eran hipertensos. Tenían que estar a tratamiento con betabloqueantes y era necesario que la función ventricular izquierda fuera normal y sin episodios de insuficiencia cardiaca, aunque un cuarto de los pacientes presentaba disfunción ventricular izquierda sin insuficiencia cardiaca sintomática del 40 al 50% de FEVi. La mediana de seguimiento fue de 3 años, mínimo de 1 año y máximo de 5.

Se esperaba que la supresión de betabloqueantes se relacionaría con una mejora de calidad de vida y una perfil de mayor seguridad que con la continuidad.

Los resultados han sido diferentes a los esperados. No se ha alcanzado el criterio preestablecido de **no inferioridad** en el objetivo primario (*tanto en el análisis por protocolo como en el de intención de tratar*), que fue mayor en los pacientes a los que se les suprimió el **betabloqueante** (23,8% en los pacientes con betabloqueante suprimido vs 21,1% en pacientes que continuaron con la terapia con un RR 1,16 con IC 95% con IC 1,01-1,33; $P=0,44$), principalmente por la hospitalización por eventos cardiovasculares (*cajón de sastre ¿?, con criterios muy laxos*) en base a eventos clasificados como coronarios. *No hubo diferencias entre los diferentes grupos preespecificados (revascularizados o no, FEVi reducida o no, hipertensos o no...)*, aunque los hipertensos que discontinuaron los betabloqueantes tuvieron una tasa un 5,3% más de el objetivo primario que los que continuaron con el fármaco. Los objetivos secundarios no mostraron diferencias, incluida la calidad de vida (evaluada con el cuestionario de calidad de vida europea **EQ5D-5L**). Como es lógico, los pacientes que suprimieron los betabloqueantes presentaron de forma significativa frecuencias cardiacas basales más altas (*criterio con impacto pronóstico*) y

presiones arteriales más elevadas (*sistólicas y diastólicas*) en comparación con aquellos que continuaron con betabloqueantes.

La mortalidad por todas las causas no difirió (4,1% supresión betabloqueante vs 4% no supresión). Tampoco la tasa de accidentes cerebrovasculares.

CONCLUSIÓN

En el manejo crónico de los síndromes coronarios crónicos de pacientes que han tenido un evento previo tipo infarto agudo de miocardio sin disfunción ventricular asociada, los estudios antiguos demostraban beneficios con betabloqueantes. Estas investigaciones se consideran de otra era, sin recoger los avances en la reperfusión y tratamiento del infarto, asociado a pacientes con infartos extensos y enfermedad coronaria más relevante, lo que justificaría los beneficios de los **betabloqueantes** a largo plazo. Las evidencias más recientes sembraron controversia, con resultados contradictorios sobre la supresión de este grupo farmacológico, unos a favor y otros en contra. En cambio, el estudio aleatorizado (*que constituyen una mayor calidad de la investigación, al contrario que los observacionales que solo son generadores de hipótesis*) más reciente, el **REDUCE-AMI**, no mostró beneficios en los pacientes con infarto de miocardio agudo y fracción de eyección preservada que continuaban con el tratamiento **betabloqueante** frente a los que lo suprimieron.

El estudio **ABYSS** vuelve a sembrar controversia. Presenta diferencias con el **REDUCE-AMI**. El **ABYSS** suprime el betabloqueante en la fase crónica del paciente postinfartado sin disfunción ventricular izquierda, mientras que el **REDUCE-AMI** no inicia el **betabloqueante** inmediatamente después del infarto sin disfunción ventricular. Es decir, hay una diferencia en el momento escogido, uno valora si iniciarlo o no, otro si suprimirlo o no. Al contrario que el estudio REDUCE-AMI, la tasa de cross-over fue baja (*principalmente sustentada por el subgrupo de hipertensos, asignados a no tratamiento con betabloqueantes que pasaban a tomarlos*).

Las [guías de práctica clínica de la ACC/AHA presentadas en 2023](#) recomendaban razonable evaluar la continuidad del **betabloqueante** al año del evento coronario agudo en pacientes sin disfunción ventricular izquierda. Por su parte, las nuevas guías de práctica clínica de la **Sociedad Europea de Cardiología** sobre el manejo del síndrome coronario crónico, presentadas el 30 de agosto de 2024 en el congreso anual de 2024, consideran que existe controversia en el uso a largo plazo de **betabloqueantes** entre los pacientes post-infarto de miocardio sin disfunción ventricular izquierda.

DUDAS

- El estudio **ABYSS** incluyó pacientes sin disfunción ventricular izquierda, aunque un 23% (*aproximadamente*) tenían una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 40-50%, es decir, ligeramente reducida. Somos muchos los que consideramos que

este tipo de disfunción ventricular, además de ser suponer un mayor riesgo futuro de desarrollo de IC (*no olvidemos que la disfunción ventricular izquierda se incluye como estadio pre-IC -antes llamado B- de la clasificación de IC de la ACC/AHA*), suele ser la expresión de un infarto más extenso y/o una enfermedad coronaria más compleja, por tanto, mayor riesgo de eventos cardiovasculares a largo plazo.

- El estudio era abierto. Los médicos que decidían las hospitalizaciones por eventos cardiovasculares sabían si el paciente era del grupo de continuación de **betabloqueantes** o de supresión, por tanto, se introduce un sesgo que podría justificar un incremento de ingresos en el brazo de supresión de **betabloqueantes** suprimidos, sobre todo por la mayor preocupación del sanitario ante síntomas en pacientes sin betabloqueante. Este aspecto es importante, porque las hospitalizaciones por eventos cardiovasculares fueron las que explicaron las diferencias en el objetivo primario.
- Se considera que el límite superior para cumplir con la no inferioridad fijado en el 3% puede ser inadecuado, teniendo en cuenta los eventos registrados durante el estudio, superiores a los estimados por los investigadores.

¿QUÉ DEBO HACER EN MI PRÁCTICA CLÍNICA? (Opinión)

Teniendo en cuenta los últimos ensayos clínicos, **el REDUCE-AMI** y el **ABYSS**, los pacientes que han tenido un evento coronario agudo tipo infarto y no presentan disfunción ventricular izquierda ($FEVi \geq 50-55\%$):

- Tras el evento coronario, basándonos en el **REDUCE-AMI**, no iniciar el **betabloqueante**, aunque debemos individualizar. Necesitamos más evidencia que confirme los hallazgos del **REDUCE-AMI**.
- En el manejo crónico del paciente que ha tenido un infarto de miocardio previo y está a tratamiento con **betabloqueantes**, si los tolera adecuadamente, no suprimiría el fármaco, pero si no lo tolera, habida cuenta de los resultados del estudio **ABYSS**, tampoco me preocuparía suprimirlos.
- El daño miocardio y la complejidad coronaria determinan el riesgo futuro de mi paciente, por lo que debería tenerlo en cuenta a la hora de decidir la continuidad y supresión del **betabloqueante**. En los pacientes con enfermedad coronaria de un solo vaso y poca extensión del infarto parece seguro suprimir el **betabloqueante**, en el resto, si la supresión del betabloqueante se asocia a frecuencias cardíacas basales con incrementos significativos y tensiones arteriales con peor control, tendría sentido mantener el **betabloqueante**, más aún cuando sabemos que estas dos variables están relacionadas con eventos cardiovasculares futuros.

Necesitamos más investigación. Los estudios **SMART-DECISION**, **DANBLOCK**, **REBOOT** o **BETAMI** deberían arrojar más luz en el futuro. Mientras tanto, individualizar, cautela y, por tanto, seguir la recomendación de las nuevas guías de práctica clínica de la **Sociedad Europea de Cardiología**.



Ilustración 1. Estudio ABYSS. Congreso Europeo de Cardiología. 2024. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

***The New England Journal of Medicine* publicados 30 de Agosto de 2024**

[Beta-Blocker Interruption or Continuation after Myocardial Infarction](#)

Editorial

[Routine Beta-Blockers in Secondary Prevention – Approaching Retirement?](#)

OTROS ARTÍCULOS DE CARPRIMARIA RELACIONADOS

[ESTUDIO REDUCE-AMI](#)

[Los puntos más novedosos de las nuevas guías de enfermedad coronaria crónica ACC/AHA](#)

[Novedades de las nuevas guías de IC AHA/ACC/HFSA \(2022\)](#)