

ADIOS BETABLOQUEANTES EN EL MANEJO CRÓNICO DEL IAM NO COMPLICADO. EXCEPCIONES

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

Fecha de publicación: 20/11/2025

Patología: Cardiopatía isquémica y factores de riesgo / Categoría: Novedades

Tiempo de lectura: 1 minutos



*Esta página web está exclusivamente dirigida a personal sanitario. Este post incluye opiniones de su autor. Las partes del texto subrayadas contienen **enlaces** a la evidencia científica en la que se sustenta.*

“Más evidencia niega la utilidad de los betabloqueantes en el manejo crónico del pacientes post-IAM, salvo en subgrupos especiales”

Durante años, los betabloqueantes han constituido un **pilar fundamental** en el tratamiento crónico de pacientes tras un infarto de miocardio (*IM*), una práctica que tiene sus raíces en ensayos clínicos realizados en la era previa a la generalización de la terapia de reperusión.

Tanto las guías de la **Sociedad Europea de Cardiología (ESC)** como las del **Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA)** respaldan tradicionalmente su uso, siendo la recomendación americana históricamente más enfática, con reevaluación de la indicación al año de tratamiento.

No obstante, en el contexto actual, caracterizado por tratamientos más avanzados y efectivos para el síndrome coronario agudo (SCA), el **beneficio a largo plazo** de los betabloqueantes ha sido cuestionado por múltiples estudios de relevancia, como el [REDUCE-AMI](#), el [REBOOT-CNIC](#) o el [BETAMI-DANBLOCK](#).

Esta evidencia ha llevado a afirmar que los betabloqueantes **no ofrecen un beneficio adicional** en la morbilidad de pacientes con antecedente de SCA no complicado.

METAANÁLISIS CLAVE Y RESULTADOS RECIENTES ¹

Esta posición se ve fuertemente consolidada por un [metaanálisis](#) reciente que fue presentado en las Sesiones Científicas Anuales 2025 de la ACC a principios de noviembre.

- **Población:** El análisis incluyó a **17.801 pacientes** (*edad media 62 años; 79,9% hombres*) con antecedente de infarto de miocardio **sin alteración de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI)**, procedentes de los ensayos REBOOT, BETAMI-DANBLOCK, REDUCE-AMI y CAPITAL-RCT.
- **Criterio Principal de Valoración (CPV):** Muerte por todas las causas, nuevo infarto de miocardio, o insuficiencia cardíaca durante un seguimiento medio de **3,6 años**.
- **Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre la estrategia de usar betabloqueantes frente a no usarlos. El riesgo relativo (*RR*) fue de **0,97** (*Intervalo de Confianza del 95% [IC 95%] 0,87-1,07*).
- **Análisis Detallado:** Al examinar los componentes individuales del CPV por separado, tampoco se observaron diferencias significativas. Adicionalmente, el análisis de seguridad para el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico y el bloqueo auriculoventricular avanzado no mostró disparidad entre los grupos.

CONSIDERACIONES Y VALORACIÓN POR CARPRIMARIA

La evidencia científica que cuestiona el uso rutinario de los betabloqueantes en pacientes estables post-IM y con FEVI preservada existe desde hace años, pero se ha **consolidado significativamente** en los dos últimos con la publicación de estos ensayos clave y ahora con este robusto metaanálisis.

A pesar de esta contundente evidencia, la **individualización del tratamiento** debe seguir siendo el principio rector de la práctica clínica. Los betabloqueantes mantienen su indicación y ofrecen beneficios demostrados en subgrupos específicos de pacientes post-IM:

- **Disfunción Ventricular Izquierda (FEVI reducida).**
- **Enfermedad Coronaria con Revascularización Incompleta:** Aquí, el betabloqueante actúa primariamente como un agente **antianginoso** esencial.
- **Arritmias con Respuesta Ventricular Rápida:** Son una terapia **cronotropa negativa**.
- **Control de la Hipertensión Arterial:** En este caso, si el paciente no cumple con las indicaciones anteriores, se debería **priorizar** el uso de fármacos con beneficios cardiovasculares demostrados, como los **IECA/ARA II**.



Ilustración 1. De forma general, la evidencia reciente no apoya el uso de BB en postIAM no complicado. CARPRIMARIA

REFERENCIAS

¹ [Anna Meta Dyrving Kristensen et al. Beta-Blockers after Myocardial Infarction with Normal Ejection Fraction. NEJM. 9 November. 2025](#)