



Carta al Editor

Betabloqueadores en pacientes posinfarto de miocardio

Beta-blockers after myocardial infarction

Frank W. Britto ^{1,a}Recibido: 2 de febrero de 2026
Aceptado: 14 de marzo de 2026
En línea: 20 de marzo de 2026**Filiación de los autores**¹ Servicio de Cardiología
Clínica, Instituto Nacional
Cardiovascular – INCOR,
EsSalud, Lima, Perú.^a Médico cardiólogo.**Correspondencia**Jiron Coronel Félix Zegar 417,
Jesús María, Lima, Perú.**Email**

frankbritto@essalud.gob.pe

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Citar como:Britto FW. Betabloqueadores en
pacientes posinfarto de miocar-
dio. Arch Peru Cardiol Cir Cardio-
vasc. 2026;7(1). doi: 10.47487/
apcyccv.v7i1.606.Esta obra tiene una licencia de
Creative Commons Atribución
4.0 Internacional*Sr. Editor,*

En el artículo de revisión, «Recomendaciones para el manejo del infarto de miocardio con elevación del segmento ST, luego de la reperfusión» ⁽¹⁾ publicado en línea el 18 de agosto de 2025, se señaló que el uso de betabloqueadores (BB) estaba en revisión, dado que un par de estudios clínicos no habían demostrado beneficios de estos en pacientes con fracción de eyección (FEVI) mayor del 50%.

Durante el Congreso Europeo de Cardiología (del 29 de agosto de 2025 al 1 de septiembre de 2025) se presentaron los estudios: REBOOT–CNIC ⁽²⁾, BETAMI–DANBLOCK ⁽³⁾ y un metaanálisis de pacientes con infarto de miocardio (IM) con FEVI moderadamente reducida ⁽⁴⁾. En noviembre de 2025, en la reunión anual de la American Heart Association, se presentó un metaanálisis de los estudios de BB luego de IM con FEVI mayor del 50% ⁽⁵⁾.

Simultáneamente a la publicación de las Guías de Práctica Clínica sobre Síndromes Coronarios Agudos de la American Heart Association y del American College of Cardiology 2025, Sanjay Kaul, MD ⁽⁶⁾, presenta un comentario sobre el uso de BB ⁽⁶⁾. Previamente, Cataldo-Miranda ⁽⁷⁾ ya había alertado de que la evidencia que sostenía el uso de BB era de la era prerperfusión.

Los beneficios de los BB incluyen: la reducción del trabajo miocárdico y, por lo tanto, el consumo de oxígeno miocárdico; la reducción del estrés de la pared ventricular, lo que lleva a un menor remodelamiento y, además, a acciones antiarrítmicas. Estos efectos serían mínimos en caso de reperfusión y con el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, que facilitan el mejoramiento de la FEVI, y de estatinas que estabilizan la placa aterosclerótica.

El estudio clínico REDUCE AMI fue el primero en demostrar que los bloqueadores beta (BB) no disminuyen la mortalidad por cualquier causa en pacientes con infarto de miocardio que han tenido una reperfusión exitosa y cuentan con una fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) superior al 50% ⁽⁸⁾. Este estudio incluyó un total de 5020 participantes, de los cuales aproximadamente el 30% eran mujeres, mientras que el 65% correspondía a casos de infarto de miocardio sin elevación del segmento ST. Además, el 95% de los pacientes fueron sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP). Al cabo de un seguimiento de 3,5 años, la tasa combinada de muerte por cualquier causa o la ocurrencia de un nuevo infarto de miocardio fue del 7,9% en el grupo tratado con BB, comparado con un 8,3% en el grupo control, sin que esta diferencia alcanzara significación estadística.

A este le siguió la publicación, simultánea, pero con resultados diferentes, del REBOOT–CNIC ⁽²⁾, estudio italo-español que reunió 8438 pacientes con IM tipo 1 y 2, con o sin elevación del segmento ST y con FEVI mayor al 50%. Al 98% de los pacientes se les realizó ICP. A los 3,7 años de seguimiento, el combinado de muerte por todas las causas, re-IM u hospitalización por falla cardíaca no fue diferente. El otro trabajo fue el BETAMI–DANBLOCK ⁽³⁾, el cual es la combinación del estudio noruego BETAMI y el danés DANBLOCK, ambos dirigidos a pacientes con IM sin FEVI reducida o sin falla cardíaca. Un total de 5574 pacientes, con IM tipo 1 y 2 y FEVI mayor o igual al 40%. En un 92% se realizó ICP. El combinado de muerte, revascularización coronaria no planificada, stroke isquémico, falla cardíaca o arritmia ventricular, a los 3,5 años de seguimiento, ocurrió en el 14,2% de los pacientes del grupo de BB versus el 16,3% en el control ($p=0,03$). El beneficio se limitó a la reducción del riesgo de re-IM (27%).

También se publicó un metaanálisis de datos individuales de pacientes con FEVI moderadamente reducida (41–49%) ⁽⁴⁾. De los estudios REBOOT, BETAMI, DANBLOCK y CAPITAL-RCT ⁽⁹⁾, con 1885 pacientes, 80% hombres, 63% con IM con elevación del segmento ST y 93% con ICP realizada. El combinado de muerte por todas las causas, nuevo IM o falla cardíaca, se presentó en 106 pacientes del grupo de BB y en 129 pacientes del control (HR: 0,75; IC95% 0,58–0,97; $p=0,031$). El metaanálisis de pacientes con FEVI mayor o igual a 50% ⁽⁵⁾ también fue de datos individuales de pacientes de los estudios REBOOT, REDUCE AMI, BETAMI, DANBLOCK y CAPITAL-RCT. Un total de 17 801 pacientes, 20% mujeres, 45,5% IM con elevación del segmento ST y 94% con ICP. El combinado de muerte por todas las causas, IM o falla cardíaca a los 3,6 años de seguimiento fue 8,1% en el grupo de BB y 8,3% en el control ($p=0,54$) (**Figura 1**).



Figure 1. Metaanálisis de BB después de un infarto de miocardio con FEVI $\geq$ 50% (adaptado de ref. 5).

Un aspecto epidemiológico destacado es la representación femenina en estudios recientes, que ronda el 20%. Esto demanda una atención más detallada hacia este grupo. En el estudio REBOOT, se realizó un análisis específico al respecto ⁽¹⁰⁾. De un total de 8438 pacientes, 1627 eran mujeres. Estas presentaban mayor edad y una prevalencia superior de hipertensión y diabetes en comparación con el grupo masculino. Aproximadamente el 53% de las mujeres ingresaron con infarto de miocardio sin elevación del segmento ST. El conjunto de muerte por cualquier causa, infarto no fatal o falla cardíaca fue más frecuente en el grupo femenino ($p=0,04$). Además, las mujeres del grupo tratado con betabloqueadores tuvieron más eventos adversos que los hombres (HR: 1,43; IC95%: 1,04-2,03). En particular, se observó un mayor riesgo de muerte cardiovascular, especialmente en mayores de 75 años, aunque este dato no fue confirmado en el metaanálisis de pacientes con FEVI preservada, según los subgrupos previamente definidos ⁽⁵⁾.

Existen algunos puntos a tener en cuenta antes de proponer algunas recomendaciones a la luz de la evidencia a la fecha:

- Los pacientes enrolados fueron aquellos que se consideraron de bajo riesgo y que no tenían indicaciones para BB (taquicardia ventricular no sostenida, hipertensión arterial no controlada con taquicardia, fibrilación auricular, hipertrofia ventricular o presencia de puente intramiocárdico).
- Un 10% de los pacientes recibían BB al momento de la aleatorización.

- La edad máxima fue de 71 años y el 20% fueron mujeres.
- Se reclutaron 200 000 pacientes, pero solo se eligieron alrededor de 19 000 (10%).
- Más del 90% de los pacientes recibieron ICP.
- La FEVI adquirida durante la hospitalización puede verse afectada por la hiperquinesia compensadora de los segmentos no infartados, la recuperación del miocardio atontado, la expansión del infarto, IM recurrente (el cual puede ser asintomático) o el remodelamiento ventricular, por lo que un ecodoppler cardíaco entre 6 y 12 semanas después podría definir otra FEVI.
- La clasificación errónea de la FEVI por encima o por debajo del 50% es común, en particular en IM anterior ⁽¹¹⁾.

En conclusión y a modo de recomendaciones:

- Arteria relacionada con el infarto reperfundida.
 - IM de localización no anterior y FEVI $\geq$ 50%, recomendando no usar BB.
 - IM de localización anterior
 - FEVI $\geq$ 55%: recomendando no usar BB
 - FEVI $<$ 55%: recomendando usar BB y reevaluar a las 6 a 12 semanas.
 - Si FEVI $\geq$ 50%, suspender BB ⁽¹²⁾.
 - Si FEVI $<$ 50%, continuar BB.
 - ARI no reperfundida: recomendando usar BB, excepto en mujeres $>$ 75 años.
- IM con FEVI 41 – 49%: recomendando usar BB.
- IM con FEVI $\leq$ 40%, uso ya establecido.

Referencias bibliográficas

1. Borges-López JS, Bazo-Medina JM, Díaz-Rojas MF, Ayala-Hernández E, Castaño-Guerra RJ. Arteria coronaria única y válvula aórtica cuatricúspide en un paciente con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST. *Arch Cardiol Mex*. 2023;93(3):372-5. doi: 10.24875/ACM.22000149
2. de Agustín JA, Marcos-Alberca P, Manzano Mdel C, Fernández-Golfín C, Pérez de Isla L, Hernández-Antolín R. Percutaneous Intervention in a single coronary artery: evaluation of multislice tomography and its feasibility. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(5):607-11. doi: 10.1016/s1885-5857(10)70124-9.
3. Turkmen S, Yolcu M, Sertcelik A, Ipek E, Dokumaci B, Batyraliev T. Single coronary artery incidence in 215,140 patients undergoing coronary angiography. *Folia Morphol (Warsz)*. 2014;73(4):469-74. doi: 10.5603/FM.2014.0070.
4. Ola O, Anavekar N, Jay Widmer R, Ammash NM, Sandoval Y. Single Coronary Artery Anomaly in a Woman With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *JACC Case Rep*. 2020;2(1):69-71. doi: 10.1016/j.jaccas.2019.12.003
5. Sasao H, Hasegawa T, Endo A, Fujiwara T, Kikuchi Y, Oimatsu H, *et al*. Coronary stent implantation in patients with a single coronary artery: A report of 3 cases. *Angiology*. 2003;54(1):131-5. doi: 10.1177/000331970305400118.
6. Smedema JP, Berlion A, Morkel H. Myocardial infarcts in a patient with a single right-sided coronary ostium and interarterial course of the circumflex artery: The role of multi-modality imaging. *Int J Cardiol*. 2009;132:e42-4. doi: 10.1016/j.ijcard.2007.07.114.
7. Nawale JM, Chaurasia AS, Nalawade DD, Choudalwar P, Borikar N, Tiwari D. Study of clinical profile, incidence, pattern, and atherosclerotic involvement of congenital coronary artery anomalies in adults undergoing coronary angiography: A study from a tertiary care institute in the western part of India. *Heart India*. 2018;6(4):133-40. doi: 10.4103/heartindia.heartindia_33_18
8. Li B, Lv J, Han S, Chen R, Hu Y, Fang J, *et al*. Successful percutaneous coronary intervention in a congenital single right coronary artery with acute myocardial infarction: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(31):e39143. doi: 10.1097/MD.00000000000039143.
9. Bhatt DL, Lopez RD, Harrington RA. Diagnosis and Treatment of Acute Coronary Syndromes: A Review. *JAMA*. 2022;327(7):662-75. doi: 10.1001/jama.2022.0358.
10. Rao SV, O'Donoghue ML, Ruel M, Rab T, Tamis-Holland JE, Alexander JH, *et al*. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2025;151(13):e771-862. Erratum in: *Circulation*. 2025;151(13):e865. doi: 10.1161/CIR.0000000000001309.