

Betabloqueantes tras un infarto de miocardio sin fracción de eyección reducida: un estudio de cohorte a propósito de REBOOT

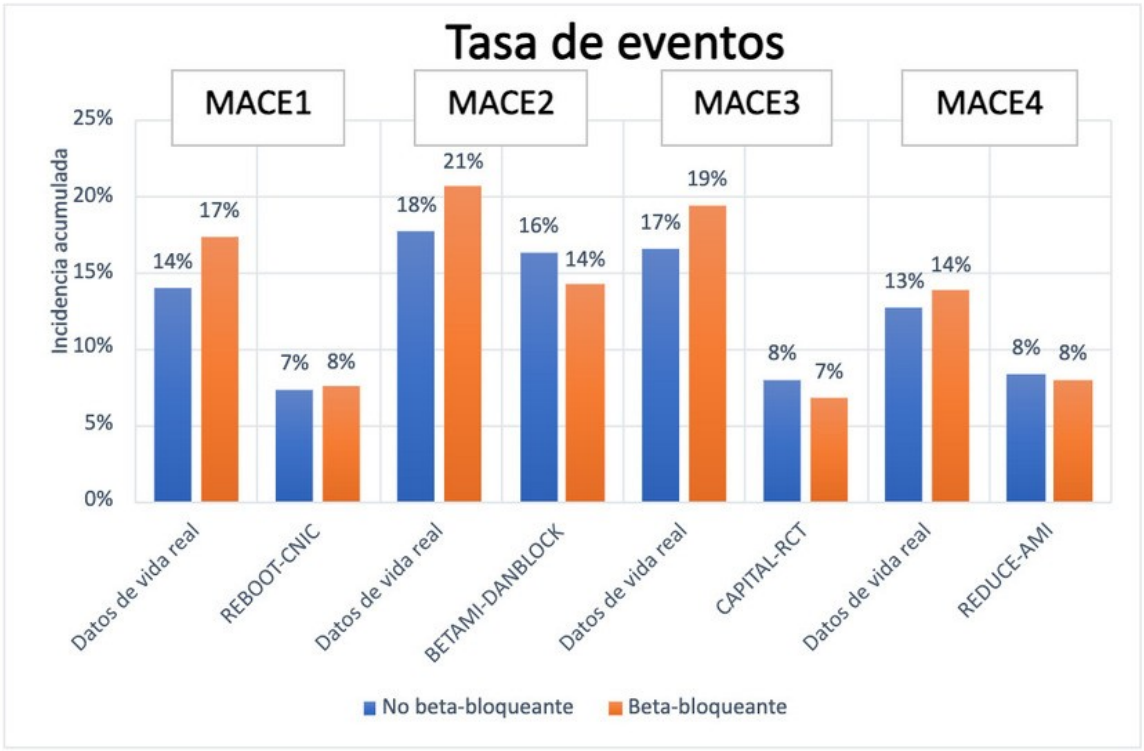
María Rosselló Herrera(1), Paula Manera Zorrilla-Lequerica(1), Montserrat Mateu Simonet(1), Nuria Fernández i García(1), Paula Martínez García(1), Irene Núñez Sánchez(1), Jaume Pons Llinares(1), Cristina Morante Perea(1), Joan Siquier Padilla(1), Vicente Peral Disdier(1) y Xavier Rosselló Lozano(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca (Illes Balears) - España

Introducción: Cuatro ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y dos metaanálisis (MA) han demostrado recientemente que tras un infarto de miocardio (IM), el uso de betabloqueantes no aporta beneficio en presencia de fracción de eyección (FE) preservada (?50%), pero sí lo aporta en presencia de FE ligeramente reducida (40–49%). El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del uso de betabloqueantes en pacientes con IM sin FE reducida en vida real.

Métodos: Estudio observacional que incluyó de forma prospectiva a pacientes con IM y FE?40% entre 2020 y 2024. Se dividieron en dos grupos, en función de la prescripción o no de betabloqueantes al alta, y se compararon características basales, del IM y eventos clínicos, usando los mismos objetivos compuestos utilizados en los ECA y MA.

Resultados: De los 1998 pacientes incluidos, a 1122 (56.2%) se les prescribieron betabloqueantes al alta: 1523 (76.2%) tenían FE preservada y 475 (23.8%), FE ligeramente reducida. En comparación con los pacientes sin betabloqueante al alta, aquellos tratados con betabloqueantes presentaban más comorbilidades, mayor incidencia de IM sin elevación del segmento ST, tenían una FE menor (54.9% vs 57.5%, p<0,001) y un mayor riesgo (según las escalas de riesgo GRACE y TIMI). Tras una mediana de 3.1 años (similar al seguimiento reportado en los 4 ECA y los 2 MA), la tasa de eventos fue aproximadamente el doble de la reportada en los ECA. Tras ajustar por factores confusores, el uso de betabloqueantes no se asoció con una reducción de ninguno de los objetivos compuestos evaluados, ni en los pacientes con FE ?40% ni en aquellos con FE preservada. En el subgrupo de pacientes con FE ligeramente reducida, el uso de betabloqueantes tampoco se asoció con una reducción significativa del compuesto de mortalidad, IM u hospitalización por insuficiencia cardiaca, aunque el estudio podría no tener potencia estadística suficiente.

Conclusiones: En una cohorte no seleccionada de pacientes en vida real tras un IM sin FE reducida, las tasas de eventos fueron más altas que las reportadas en los ECA. Sin embargo, los betabloqueantes no se asociaron con una menor incidencia de eventos cardiovasculares mayores. Estos hallazgos son coherentes con la evidencia aportada por los ECA y MA sobre este tema.



MACE1: Muerte por cualquier causa, infarto de miocardio u hospitalización por insuficiencia cardiaca; MACE2: Muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, revascularización no programada, ictus u hospitalización por insuficiencia cardíaca (arritmias ventriculares malignas no incluídas); MACE3: Muerte por cualquier causa, infarto de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardiaca o revascularización no planeada (en lugar de hospitalización por síndrome coronario agudo); MACE4: Muerte por cualquier causa o infarto de miocardio.

Tabla 1. Comparación de características basales y eventos entre cohorte de pacientes en vida real y principales ensayos clínicos (con objetivos compuestos respectivos).

Características basales	No beta-bloqueante (N=876)	Beta-bloqueante (N=1122)	p-valor	**Endpoints compuestos**		No beta-bloqueante	Beta-bloqueante	HR ajustado*
Edad, años (media ± DE)	62.0 ± 12.8	65.1 ± 12.5	< 0.001	**FEVI ≥ 40%**				
Sexo femenino	205 (23.4%)	293 (26.1%)	0.16	**MACE 1**	Datos de vida real	123/876 (14.0%)	194/1122 (17.3%)	1.00 (0.79-1.27)
Tabaquismo activo	434 (49.5%)	458 (40.8%)	< 0.001		Ensayo REBOOT-CNIC	7.3%	7.5%	1.04 (0.89-1.22)
Hipertensión	445 (50.8%)	729 (65.0%)	< 0.001	**MACE 2**	Datos de vida real	155/876 (17.7%)	231/1122 (20.6%)	0.98 (0.79-1.21)
Diabetes	195 (22.3%)	352 (31.4%)	< 0.001		Ensayo BETAMI-DANBLOCK	16.3%	14.2%	0.85 (0.75-0.98)
Dislipemia	540 (61.6%)	767 (68.4%)	0.002	**MACE 3**	Datos de vida real	145/876 (16.6%)	218/1122 (19.4%)	0.98 (0.79-1.23)
Enfermedad coronaria previa	100 (11.4%)	262 (23.4%)	< 0.001		Ensayo CAPITAL-RCT	7.9%	6.8%	0.75 (0.47-1.16)
Antecedente fibrilación auricular	31 (3.5%)	84 (7.5%)	< 0.001	**FEVI preservada**				
Beta-bloqueantes previos a la hospitalización	47 (5.4%)	339 (30.2%)	< 0.001	**MACE 4**	Datos de vida real	94/740 (12.7%)	108/783 (13.8%)	0.87 (0.65-1.17)
Hospitalización índice					Ensayo REDUCE-AMI	8.3%	7.9%	0.96 (0.79-1.16)
IAMCEST	508 (58.0%)	609 (54.3%)	0.097	**FEVI ligeramente reducida**				
FEVI, % (media ± DE)	57.5 ± 7.7	54.9 ± 8.8	< 0.001	**MACE 1**	Datos de vida real	27/136 (19.9%)	59/339 (17.4%)	0.86 (0.53-1.42)
Escala GRACE (media ± DE)	126.1 ± 33.4	135.1 ± 34.6	< 0.001		Metaanálisis Lancet (2025)	14.4%	10.7%	0.75 (0.58-0.97)
Escala de riesgo TIMI (media ± DE)	2.76 ± 1.15	3.18 ± 1.22	< 0.001					

*Estimado con un intervalo de confianza del 95%; GRACE: Global Registry of Acute Coronary Events; IC: Insuficiencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; MACE1: Muerte por cualquier causa, IM u hospitalización por IC. MACE2: Muerte por cualquier causa, IM, revascularización no planeada, ictus u hospitalización por IC (arritmias ventriculares malignas no incluidas); MACE3: Muerte por cualquier causa, IM, hospitalización por IC o revascularización no planeada (en vez de hospitalización por síndrome coronario agudo); MACE4: Muerte por cualquier causa o IM. IM: Infarto de miocardio; DE: Desviación estándar; IAMCEST: Infarto agudo de miocardio con elevación del ST; TIMI: Thrombolysis In Myocardial Infarction.