

3. Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. Rev Esp Cardiol. 2015;68:98-106.
4. Bangalore S, Makani H, Radford M, Thakur K, Toklu B, Katz SD, et al. Clinical outcomes with beta-blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. Am J Med. 2014;127:939-53.
5. Smith Jr SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACC Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. Circulation. 2011;124:2458-73.
6. Bangalore S, Steg G, Deedwania P, Crowley K, Eagle KA, Goto S, et al. β -Blocker use and clinical outcomes in stable outpatients with and without coronary artery disease. JAMA. 2012;308:1340-9.
7. Ferreira-González I, Permanyer-Miralda G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E, et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado). Resultados globales. Rev Esp Cardiol. 2008;61:803-16.
8. Cordero A, Bertomeu-González V, Mazón P, Moreno-Arribas J, Fácila L, Bueno H, et al. Differential effect of β -blockers for heart rate control in coronary artery disease. Clin Cardiol. 2011;34:748-54.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.07.029>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.020>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.008>

Tras un síndrome coronario agudo, ¿qué bloqueador beta se debería dar, a quién y cuánto tiempo? Respuesta



Beta-blocker Use After an Acute Coronary Syndrome. Which one, in Whom, and for How Long? Response

Sr. Editor:

Nos gustaría agradecer a Cordero et al. sus comentarios porque nos transmiten ciertas dudas sobre la comprensión de nuestro trabajo¹ y brindan la oportunidad de aclararlas en el momento actual.

En primer lugar, el contexto de la enfermedad arterial coronaria estable es diferente que el del síndrome coronario agudo. Aunque son dos estadios diferentes de una misma enfermedad, las implicaciones clínicas y terapéuticas son diferentes, por lo que los resultados de un escenario no se pueden generalizar al otro.

En segundo lugar, ya en el escenario del síndrome coronario agudo, hay que distinguir el momento en que se introducen los bloqueadores beta y la vía de administración. El uso de bloqueadores beta intravenosos en fase hiperaguda es objeto de cuestión, sobre todo para los pacientes en inestabilidad hemodinámica. Por eso hay que interpretar con cautela el metanálisis² indicado por Cordero et al. en su carta, ya que, si bien es cierto que no encontraron beneficio en mortalidad con los bloqueadores beta, se basaron en un metanálisis en el que más del 90% de los pacientes procedían del ensayo clínico COMMIT (efecto del metoprolol intravenoso en fase precoz).

En tercer lugar, con base en la evidencia reciente en la era del intervencionismo coronario percutáneo, a excepción de los datos de registro J-Cypher en menos de 1.000 pacientes³, los demás ensayos clínicos que valoraron los bloqueadores beta vía oral prescritos al alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo han demostrado beneficio pronóstico con dicha medicación en la mortalidad total, incluso en el subgrupo de pacientes con función sistólica ventricular izquierda conservada⁴⁻⁸.

Por último, es necesario corregir un pequeño error al citar la tasa de intervencionismo del registro DIOCLES⁹ que, lejos del 81% que refieren Cordero et al., es del 65,6% (el 60,7% de intervencionismo coronario percutáneo y el 4,9% de cirugía de revascularización aortocoronaria), cifras que incluso son inferiores a las del registro CardioCHUS (el 69,7% de intervencionismo coronario percutáneo y el 4,6% de cirugía de revascularización aortocoronaria), lo cual refuerza aún más, si cabe, nuestros resultados.

Por todo ello, transmitimos nuestra defensa del empleo, salvo contraindicación, de los bloqueadores beta (en particular carvedilol, bisoprolol y metoprolol) por vía oral tras un síndrome coronario agudo en todos los pacientes, incluidos aquellos con

función sistólica ventricular izquierda conservada, sabiendo que en este grupo la evidencia se limita a estudios observacionales y análisis con *propensity score*.

Sergio Raposeiras Roubín*, Emad Abu-Assi
y José Ramón González-Juanatey

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: raposeiras26@hotmail.com

(S. Raposeiras Roubín).

On-line el 6 de octubre de 2015

BIBLIOGRAFÍA

1. Raposeiras-Roubín S, Abu-Assi E, Redondo-Diéguez A, González-Ferreiro R, López-López A, Bouzas-Cruz N, et al. ¿En la era actual existe beneficio pronóstico del tratamiento con bloqueadores beta tras un síndrome coronario agudo con función sistólica conservada? Rev Esp Cardiol. 2015;68:585-91.
2. Bangalore S, Makani H, Radford M, Thakur K, Toklu B, Katz SD, et al. Clinical outcomes with β -blockers for myocardial infarction: a meta-analysis of randomized trials. Am J Med. 2014;127:939-53.
3. Ozasa N, Kimura T, Morimoto T, Hou H, Tamura T, Shizuta S, et al. Lack of effect of oral beta-blocker therapy at discharge on long-term clinical outcomes of ST-segment elevation acute myocardial infarction after primary percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol. 2010;106:1225-33.
4. Choo EH, Chang K, Ahn Y, Jeon DS, Lee JM, Kim DB, et al. Benefit of β -blocker treatment for patients with acute myocardial infarction and preserved systolic function after percutaneous coronary intervention. Heart. 2014;100:492-9.
5. Konishi H, Miyauchi K, Kasai T, Tsuboi S, Ogita M, Naito R, et al. Long-term effect of β -blocker in ST-segment elevation myocardial infarction in patients with preserved left ventricular systolic function: a propensity analysis. Heart Vessels. 2015 Jan 9 [Epub ahead of print].
6. Yang JH, Hahn JY, Song YB, Choi SH, Choi JH, Lee SH, et al. Association of beta-blocker therapy at discharge with clinical outcomes in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. JACC Cardiovasc Interv. 2014;7:592-601.
7. Nakatani D, Sakata Y, Suna S, Usami M, Matsumoto S, Shimizu M, et al. Impact of beta blockade therapy on long-term mortality after ST-segment elevation acute myocardial infarction in the percutaneous coronary intervention era. Am J Cardiol. 2013;111:457-64.
8. Hioki H, Motoki H, Izawa A, Kashima Y, Miura T, Ebisawa S, et al. Impact of oral beta-blocker therapy on mortality after primary percutaneous coronary intervention for Killip class 1 myocardial infarction. Heart Vessels. 2015 Apr 12 [Epub ahead of print].
9. Barrabés JA, Bardají A, Jiménez-Candil J, Del Nogal Sáez F, Bodí V, Basterra N, et al. Pronóstico y manejo del síndrome coronario agudo en España en 2012: estudio DIOCLES. Rev Esp Cardiol. 2015;68:98-106.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.008>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.07.020>