

CARTAS AL DIRECTOR

Espironolactona en insuficiencia cardíaca

Efectividad; Espironolactona; Insuficiencia cardíaca.

Sr. Director: En relación con la reciente publicación en la sección de "Formación Continuada" del artículo «Normas básicas de manejo de la insuficiencia cardíaca en atención primaria», de López-Rodríguez et al¹, es nuestro deseo felicitar a sus autores por el magnífico trabajo de revisión, así como por su orientación didáctica y práctica que consigue recoger la información precisa sobre un tema tan amplio y relevante como es la insuficiencia cardíaca (IC), resultando un muy buen ejemplo a seguir para artículos de esta sección (que en no pocas ocasiones rebasan o pierden la intención inicial).

En segundo lugar, creemos conveniente hacernos eco de la reciente publicación sobre el estudio RALES (Randomized Aldactone Evaluation Study)^{2,3} que, coincidente en el tiempo con la citada publicación, no podía ser recogida. En dicho estudio queda de manifiesto el beneficio que sobre mortalidad por todas las causas, por causas cardíacas y sobre hospitalizaciones tiene el uso de una «vieja conocida», la espironolactona, a dosis de 25 mg/día (por tanto, no por efecto diurético sino como antagonista aldosterónico) en pacientes con IC con disfunción ventricular izquierda y fracción de eyección del 35% o menos, que estuvieran comprendidos en las clases funcionales III y IV de la NYHA y en tratamiento previo con IECA, diurético de asa y en algunos casos con digitálicos o bloqueadores beta.

Dada la relevancia de los resultados y la escasa incidencia de efectos adversos, algunos de ellos supuestamente esperables como la hiperpotasemia severa, pensamos que, atendiendo a los elementales criterios de exclusión y a los controles precisos, la espironolactona conforma un grupo farmacológico de acusada trascendencia para muchos de nuestros pacientes, y más en un futuro próximo a la vista del incremento de la patología que nos ocupa, como recoge el VI Informe del Joint National Com-

mittee⁴. Por lo tanto, consideramos aplicable el uso de la espironolactona en los casos de IC reseñados en el estudio RALES desde nuestro ámbito de atención primaria de salud.

**F. López Herrero
y J. Pardo Álvarez**

Centro de Salud El Torrejón. Huelva.

1. López-Rodríguez I, Castro-Beiras A, Asensi A, Bacariza F, Rábade JM, Muñiz J. Normas básicas de manejo de la insuficiencia cardíaca en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24: 289-294.
2. Pitt B, Zannad F, Remme WJ, Cody R, Castaigne A, Pérez A et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. *N Engl J Med* 1999; 341: 709-717.
3. Weber KT. Aldosterone and spironolactone in heart failure. *N Engl J Med* 1999; 341: 753-755.
4. Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2446.

¿Y la espironolactona en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca?

Sr. Director: En una reciente revisión sobre la insuficiencia cardíaca (IC) publicada en esta revista¹, los autores contemplan como tratamiento inicial o de fase aguda, un IECA y un diurético de asa, con o sin digoxina. Este ha sido hasta hoy el tratamiento universalmente aceptado para pacientes con IC sintomática moderada o severa. Además, mencionan otra serie de fármacos como tratamiento de continuación. Pero... ¿no mencionan a la espironolactona!

Hasta hace poco se consideraba contraindicado asociar espironolactona a los IECA, por el riesgo potencial de hiperkalemia severa. Se daba a los IECA todo el protagonismo en la in-

hibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona, a pesar de que mediciones de aldosterona en plasma reflejaban que las dosis tolerables de IECA no suprimían suficientemente la producción de aldosterona. Los niveles de aldosterona en plasma de los pacientes con IC pueden alcanzar cifras 20 veces mayores que los valores normales; esto se debe a un aumento en la producción y a una disminución de su degradación hepática. Además de los efectos más conocidos, ya se sabía que la aldosterona actúa como factor de crecimiento, produce proliferación de fibroblastos y una subsiguiente remodelación vascular de aurículas, ventrículos, grandes vasos y órganos. Esto puede prevenirse con el tratamiento con espironolactona. Pero el tratamiento con bloqueadores de los receptores de aldosterona no era muy utilizado en pacientes con IC. Este párrafo son extractos de un excelente editorial sobre la aldosterona y espironolactona en la IC².

Un ensayo reciente³ ha tenido que ser interrumpido después de un seguimiento de 24 meses, al demostrar que la espironolactona, a dosis de 25 mg, era eficaz. Añadida al tratamiento estándar con IECA y diurético de asa, con o sin digoxina, en pacientes con IC severa, el grupo con espironolactona frente al placebo presentaba una reducción del 30% del riesgo de muerte por IC progresiva y muerte súbita por causas cardíacas, su frecuencia de hospitalizaciones por agravamiento de la IC era un 35% menor y obtuvo una significativa mejora en los síntomas de IC. El fantasma de la hiperkalemia severa al asociar IECA y espironolactona no apareció; con cifras de creatinina inferiores a 2,5 mg/dl, las diferencias de niveles de potasio entre los 2 grupos no tuvieron trascendencia clínica. Un reciente editorial de la revista *The New England Journal of Medicine*² califica estas observaciones como un importante avance terapéutico, y sugiere que el tratamiento estándar de los pacientes con IC severa o moderada debe ser ampliado con la inclusión de espironolactona.

Probablemente los autores¹, por las demoras de proceso editorial, no han