

Introducción

Esteban López de Sá

Unidad Coronaria. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Desde la creación de las unidades coronarias se ha puesto de manifiesto que la asociación de insuficiencia cardiaca e infarto agudo de miocardio constituye el principal marcador de mal pronóstico de estos pacientes una vez que han sido hospitalizados. Se reconoce que el 80% de las muertes que se producen durante la hospitalización de los pacientes con infarto agudo de miocardio sucede en los pacientes que presentan insuficiencia cardiaca durante el ingreso, mientras que se observa clínica de insuficiencia cardiaca en menos del 20% de los enfermos con infarto. Por otra parte, los pacientes que son dados de alta y que han presentado esta complicación también constituyen un subgrupo con una elevada mortalidad, bien por agravamiento de la insuficiencia cardiaca, bien por muerte súbita. La primera es más frecuente en los enfermos más sintomáticos y la segunda, en los que presentan menos síntomas de insuficiencia cardiaca. Además, se ha podido demostrar recientemente que el impacto de esta complicación en el pronóstico es más relevante cuanto más jóvenes son los pacientes. Por otra parte, el infarto de miocardio constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia cardiaca.

Afortunadamente, la evolución del tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardiaca ha experimentado importantes avances en las últimas 2 décadas. Sin embargo, es necesario reconocer que la mayoría de los tratamientos que se han estudiado, a pesar de tener una base fisiopatológica sólida, no han conseguido demostrar ningún beneficio en cuanto a la supervivencia a corto y largo plazo. Uno de los pilares del tratamiento farmacológico es el bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), que han demostrado sin lugar a dudas un efecto beneficioso sobre el pronóstico en diversos ensayos clínicos. Los bloqueadores beta son otro pilar importante, aunque su admi-

nistración en esta situación debe hacerse con cautela, con un incremento paulatino de las dosis. Posteriormente se ha podido observar que, cuando se emplean IECA, la producción de angiotensina II no se bloquea de una forma completa y duradera, sino que a medida que transcurre el tiempo se origina una producción alternativa de angiotensina II. Este hecho ha motivado la investigación con otros grupos terapéuticos que puedan bloquear esta activación neurohormonal alternativa, que se encuentra especialmente exacerbada en pacientes con infarto de miocardio complicado con insuficiencia cardiaca. El empleo de antagonistas de los receptores de la aldosterona para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca comenzó hace 50 años. Inicialmente, su empleo se basaba en el efecto diurético, que se conseguía con dosis elevadas de estos fármacos. Poco a poco su utilización fue decayendo por la elevada incidencia de efectos secundarios, especialmente la ginecomastia, cuando eran empleados en dosis elevadas durante largos períodos. Recientemente, el estudio RALES resucitó este tratamiento al demostrar que, en la insuficiencia cardiaca crónica avanzada, la adición de dosis bajas de espironolactona al tratamiento convencional producía una reducción significativa de la mortalidad con una incidencia menor de complicaciones. Sin embargo, en el estudio RALES se excluyó a los pacientes que habían presentado recientemente un infarto de miocardio al considerarse que era posible que el bloqueo de la aldosterona interfiriera con el proceso de cicatrización del infarto. Esta duda ha quedado resuelta en la actualidad desde que se han conocido los resultados del estudio EPHEsus. Además, en ese estudio se han realizado numerosos subestudios cuyos resultados aún no se han comunicado, pero que irán aclarando los mecanismos intrínsecos del beneficio del bloqueo selectivo de los receptores de la aldosterona en el infarto de miocardio.

En el presente suplemento de REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA se intenta desmenuzar el problema de la insuficiencia cardiaca postinfarto en sus diferentes aspectos, divididos en 5 capítulos. Se revisan la epidemiología y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca postinfarto. También se analizan los aspec-

Correspondencia: Dr. E. López de Sá.
Unidad Coronaria (planta 8). Hospital Universitario La Paz.
P.º de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: e.lopezdesa@terra.es

tos farmacológicos de la eplerenona y, sobre la base del estudio EPHEBUS, se revisan las contribuciones de ese ensayo al conocimiento de esta entidad clínica, ya que es el único estudio que ha explorado el efecto del bloqueo selectivo de la aldosterona en el infarto agudo de miocardio complicado con insuficiencia cardiaca. Por último, se revisan los factores

que se relacionan con la aplicación general de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en esta situación particular. En resumen, con esta monografía se intenta integrar el papel del bloqueo selectivo de la aldosterona con el conocimiento previo de que se disponía sobre el tratamiento de la insuficiencia cardiaca postinfarto.