



<https://www.revclinesp.es>

## IC-043 - COMBINACIÓN DE DIVERSAS CLASES DE DIURÉTICOS ORALES A BAJA DOSIS EN INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA

S. Pérez Pinto, A. de la Vega Lanciego, S. Fiorante, J. Molina Puente, M. García Alonso, A. Tejada Evans, H. Mendoza Ruiz de Zuazu y D. Sánchez Fuentes

Medicina Interna. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

### Resumen

**Objetivos:** Describir el efecto de la combinación de múltiples diuréticos orales en pacientes con Insuficiencia cardiaca descompensada (ICA), de cualquier tipo.

**Material y métodos:** Registramos a todos los pacientes atendidos en la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) del Complejo Asistencial de Ávila durante el año 2017, cuyo motivo de consulta principal era la descompensación de su insuficiencia cardiaca.

**Resultados:** Del total de 469 pacientes vistos en la UCA en 2017, 80 fueron remitidos por descompensación de su insuficiencia cardíaca aguda (ICA). La media de edad de 83 años, y mujeres 42 (52,5%). La mitad presentaba insuficiencia renal crónica asociada. 18 (22,5%) presentaban FEVI disminuida, 2 (2,5%) intermedia y 60 (75%). Los diuréticos utilizados fueron: furosemida, espironolactona, eplerenona, clortalidona, hidroclorotiazida y acetazolamida. Las combinaciones más habituales empleadas fueron: furosemida 40 mg 1-1/2-0, espironolactona 25 mg/24h, clortalidona 25 mg 1-1-0, y/o sustituyendo esta última por hidroclorotiazida 12,5 mg. En caso de insuficiencia renal crónica, se empleó acetazolamida (250 mg lunes, miércoles y viernes). Las dosis se modificaron según la respuesta, en variaciones de medio comprimido. Hubo 13 pacientes (16,25%) que en su primera visita presentaban mayor descompensación y recibieron un dosis inicial de entre 60 y 80 mg de furosemida en bolo. Tan sólo 4 precisaron de furosemida iv. de forma continuada (asistencia diaria a UCA para infusión intravenosa). Como tratamiento al final del estudio permanecían con 3 clases distintas de diuréticos 21 (26,25%) y dos clases 45 (56,25%). Las principales complicaciones fueron en la asociación con clortalidona por una mayor tendencia al desarrollo de hiponatremia e hiperglucemias, que se controlaron tras su retirada, ajuste de antidiabéticos orales e insulina y aporte salino. La evolución de los pacientes fue positiva, al finalizar el periodo de seguimiento sólo un paciente tuvo una clase funcional (NYHA) superior a I y fue de II. Del total de pacientes estudiados, 14 (17,5%) fallecieron.

**Discusión:** El empleo de múltiples diuréticos lleva implícita la necesidad de múltiples revisiones, al igual que la descompensación de IC. En este caso se precisa además del control de la clase funcional (NYHA), peso y hemodinámica, de una mayor vigilancia de función renal e iones. La ICA es uno de los motivos más frecuentes de atención en las unidades de continuidad asistencial, en nuestra UCA es la 2<sup>a</sup> después de la anemia. El objetivo principal de estas unidades es la mejora en la calidad de vida de los enfermos a través de la estabilidad clínica. El tratamiento con diuréticos de asa endovenosos es uno de los pilares fundamentales para la estabilización de la ICA, con la desventaja de tener que acudir a los centros sanitarios para su infusión

y los riesgos derivados del empleo de la vía intravenosa (hematomas, infecciones...). La combinación de diferentes clases de diuréticos orales a baja dosis en pacientes con ICA, independientemente de la presencia de resistencia a diuréticos, puede constituir una estrategia para estabilizar a estos enfermos.

*Conclusiones:* La asociación de dos o más clases de diuréticos disminuye la utilización de diuréticos intravenosos, permite utilizar dosis más bajas de fármacos y estabiliza a estos pacientes.