Rev Esp Cardiol. 2023;76(Supl 1): 664

Revista Española de Cardiología

9. UTILIZACIÓN DE ACETAZOLAMIDA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: ¿APLICAMOS LO APRENDIDO EN EL ESTUDIO ADVOR?

Alejandro Lara García[1], Lucía Canales Muñoz[1], Joaquín Vila García[1], Marta Ayllón Morales[2], Ricardo Martinez Gonzalez[1], Ana Torremocha López[1], Jesús Saldaña García[1], Carlos Rodríguez Carneiro[1], Adrián Martínez Roca[1], Laura Peña Conde[1], Elsa Prieto Moriche[1], Isabel Antorrena Miranda[1], Juan Ramón Rey Blas[1], Ángel Manuel Iniesta Manjavacas[1] y José Raúl Moreno Gómez[1]

[1]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España y [2]Servicio de Farmacia. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Actualmente los diuréticos de asa son el estándar de tratamiento para combatir la congestión en las descompensaciones de insuficiencia cardiaca (IC). A pesar de altas dosis de diuréticos de asa, muchos pacientes reciben el alta hospitalaria con congestión residual. El estudio ADVOR propuso asociar acetazolamida a los diuréticos de asa en la IC descompensada para lograr una descongestión eficaz. El objetivo de nuestro trabajo fue describir el uso real de este fármaco en nuestra población tras los resultados favorables del ensayo ADVOR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con IC que ingresaron en nuestro centro entre agosto de 2022 y abril de 2023. Se seleccionaron aquellos pacientes a los que se les asoció acetazolamida y se analizó su perfil clínico y evolución durante el ingreso.

Resultados: Se identificaron 19 pacientes que recibieron acetazolamida como tratamiento para la descompensación de IC (corresponden al 1,62% de los ingresos por IC). Las características basales de la muestra se describen en la tabla. Eran pacientes de todo el espectro de IC: FEVI conservada 42%, FEVI ligeramente reducida 10% y FEVI reducida 47% (principalmente por cardiopatía isquémica). La dosis mediana de diurético de asa en el domicilio fue 20 mg diarios de furosemida (RIC 0-80). La mediana de estancia hospitalaria fue 24 días (RIC 16-44). La dosis total mediana de acetazolamida fue 750 mg (RIC 500-1.375), con una duración del tratamiento de 2 días (RIC 2-4). El NT-proBNP basal mediano fue 16.285 pg/ml y tras el tratamiento con acetazolamida hubo una mejoría hasta 9.719 pg/ml (p = 0,0626). La clase funcional NYHA al alta fue I en la mayor parte de los casos (58%, p = 0,001). En contraste con el estudio ADVOR, en nuestro centro el fármaco se utilizó a dosis más bajas y durante un menor período de tiempo. Se reservó para pacientes con peor NT-proBNP y mayor tiempo de hospitalización. Cabe destacar una alta incidencia de efectos adversos: 42% fracaso renal agudo, 57% hipopotasemia y 5% acidosis metabólica.

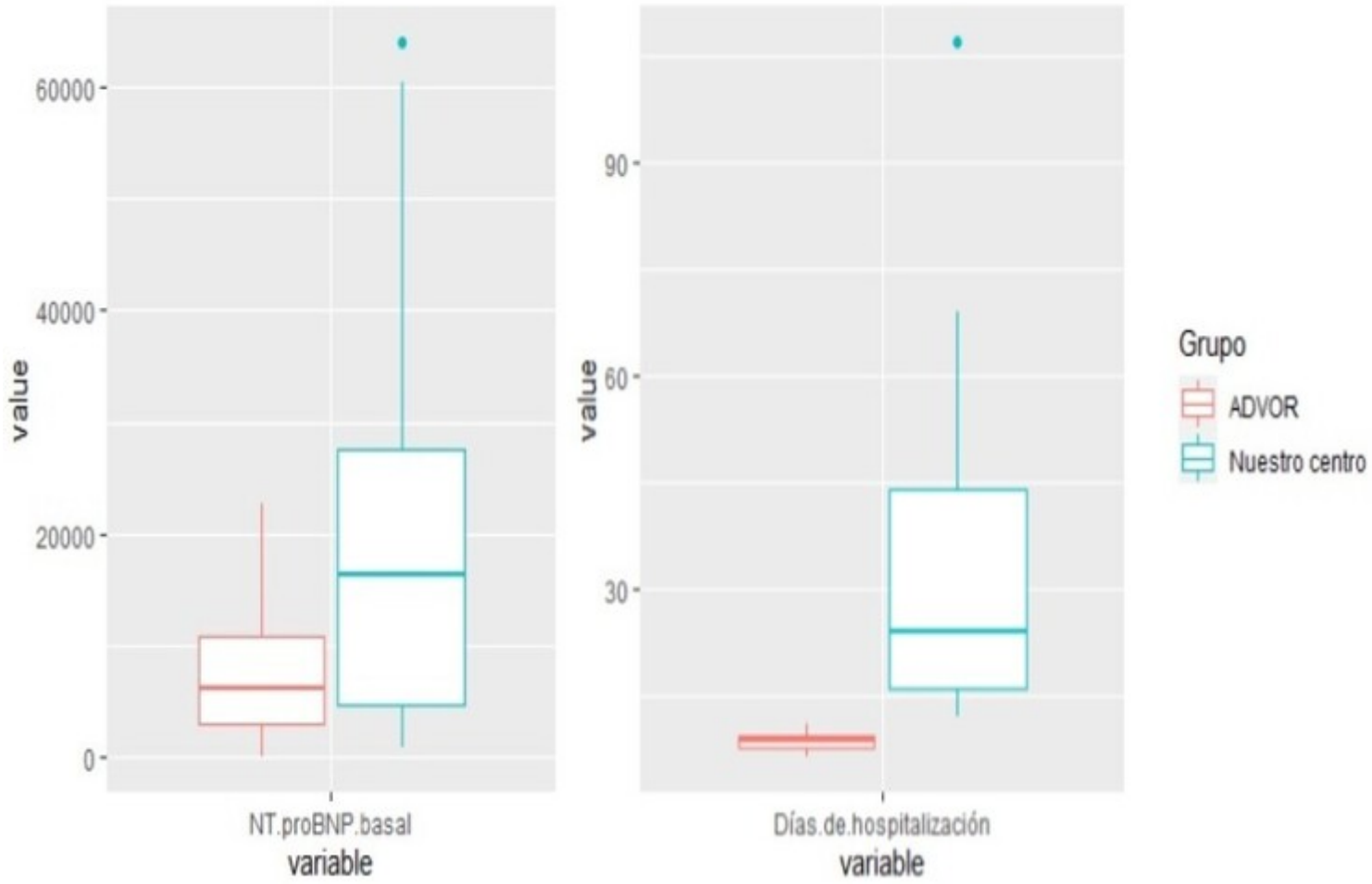
Características basales de los pacientes tratados con acetazolamida

Características basales (n = 19)

Edad (años)	68 (54,5-85)
Sexo	
Varones	14 (73%)
Mujeres	5 (26%)
HTA	11 (57%)
Diabetes mellitus	10 (52%)
Dislipemia	11 (57%)
Fibrilación auricular/*flutter* auricular	13 (68%)
Acetazolamida	
Dosis total, mediana (RIC)	750 (500-1.375)
Días de tratamiento, mediana (RIC)	2 (2-4)
Días de hospitalización, mediana (RIC)	24 (16-44)
Tratamiento	
IECA/ARA-II	10 (52%)
Sacubitrilo-valsartán	2 (10%)
Bloqueador beta	11 (57%)
Antialdosterónico	10 (52%)
FEVI	

FEVI conservada (> 50%)	8 (42%)
FEVI ligeramente reducida (40-49%)	2 (10%)
FEVI reducida (40%)	9 (47%)
NT-proBNP, mediana (RIC)	16.285 pg/ml (4.802-27.636)
Función renal	
Creatinina, mediana (RIC)	1,49 mg/dl (1,02-2,38)
Filtrado glomerular, mediana (RIC)	53 ml/min (24,5-83)
NyHA	
I	2 (10%)
II	5 (26%)
III	5 (26%)
IV	7 (37%)
Dosis domiciliaria de furosemida (mg), mediana (RIC)	20 (0-80)

HTA: hipertensión arterial; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; NYHA: clase funcional según la escala de la *New York Heart Association*; RIC: rango intercuartílico.



Box-plot comparación entre la población incluida en el estudio ADVOR y nuestra muestra hospitalaria.

Conclusiones: En nuestro centro la utilización de acetazolamida difiere de la propuesta en el estudio ADVOR. En 9 meses, tan solo se prescribió a 19 pacientes, con unas dosis y duración menores a las del estudio. Nuestros pacientes tenían un perfil clínico peor y presentaron una mayor tasa de eventos adversos.