



7008-18. RESISTENCIA A DIURÉTICOS. Y AHORA, ¿QUÉ HACEMOS?

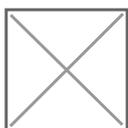
Rocío Eiros Bachiller, Iosune Baraibar Argota, Ana de la Fuente, Rocío Pellejero Jiménez, Aitor Hernández-Hernández, Nahikari Salterain González, Ignacio García Bolao y Juan José Gavira Gómez de la Clínica Universidad de Navarra, Pamplona/Iruña (Navarra).

Resumen

Introducción y objetivos: La resistencia a diuréticos (RD) se define como una reducción en la eficacia de los diuréticos de asa objetivada por la disminución en el ritmo de diuresis y el aumento del peso con persistencia de signos y síntomas de insuficiencia cardiaca (IC) a pesar de aumento de dosis de diuréticos. La relación entre la enfermedad renal crónica (ERC) (MDRD menor de 60 ml/min/1,73 m²) y la RD es un escenario común que limita su tratamiento. En este contexto el uso de tiazidas es controvertido. Nuestro objetivo es estudiar la utilidad y seguridad de la combinación de tiazidas (HTZ) y amilorida asociado con diuréticos de asa en pacientes con ERC que desarrollan RD.

Métodos: Se estudió de forma retrospectiva y consecutiva todos los pacientes ingresados por IC descompensada en nuestro centro entre junio de 2014 y mayo de 2016 que desarrollaron RD y recibieron tratamiento con la combinación de amilorida (5 mg) e HTZ (50 mg). Se dividió la muestra en 2 grupos en función del MDRD: Grupo A 60 ml/min/1,73 m² basal y grupo B > 60 ml/min/1,73 m² basal. Se midieron los valores de sodio, potasio, creatinina y tasa de filtración glomerular por MDRD en plasma a las 24 horas de iniciar el tratamiento y al alta hospitalaria. Asimismo se controló la diuresis (ml/día) y el peso (kg) a las 24 y 48 horas tras el inicio del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes (71 varones) con una edad media de 74 años (\pm 11). Las etiologías más frecuente de IC fueron la cardiopatía isquémica y la valvular (32,4 frente a 28,8%). Un 40% de los pacientes presentaban fracción de eyección deprimida. Los grupos A y B estaban constituidos por 40 y 71 pacientes respectivamente. La diuresis aumentó de manera significativa a las 24 horas y 48 horas en ambos grupos (fig.), correlacionándose con una pérdida de peso correspondiente a las 24 horas (Grupo A: 0,82 kg y Grupo B: 3,44 kg). No se observaron trastornos hidroelectrolíticos ni cambios en la función renal estadísticamente significativos tanto a las 24 horas como al alta.



Comparación de diuresis basal frente a 24 horas.

Datos analíticos

	Grupo A (MDRD 60 ml/min/1,73 m ²)				Grupo B (MDRD > 60 ml/min/1,73 m ²)			
	Pretratamiento	24 h	Alta	P	Pretratamiento	24 h	Alta	P
Na (mEq/L)	139 ± 3,5	138 ± 4	137 ± 3	NS	139 ± 4,4	137 ± 4	138 ± 4	NS
K (mEq/L)	3,8 ± 0,5	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,4	NS	3,7 ± 0,4	3,8 ± 0,7	4,1 ± 0,4	NS
MDRD (ml/min/1,73 m ²)	42 ± 14	41 ± 13	40 ± 15	NS	80 ± 27	70 ± 24	73 ± 30	NS
Creatinina (mg/dL)	1,6 ± 0,3	1,6 ± 0,4	1,7 ± 0,5	NS	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,3	1,1 ± 0,3	NS
Urea (mg/dL)	90 ± 37	93 ± 38	105 ± 54	NS	73 ± 35	65 ± 29	69 ± 31	NS

Conclusiones: La combinación de diuréticos de asa, HTZ y diuréticos ahorradores de potasio es un tratamiento eficaz y seguro para aquellos pacientes que desarrollan RD en el contexto de descompensación de IC. Este tratamiento es eficaz independientemente de la existencia de ERC, siendo una opción válida para el tratamiento de la RD.