



# Global Trials Focus

Enero-Febrero 2022

El equipo de ISN-ACT (Advancing Clinical Trials) presenta este resumen mensual de ensayos aleatorizados en nefrología. Los ensayos se seleccionan no solo por su impacto, sino también para mostrar la diversidad de investigaciones producidas por la comunidad nefrológica mundial. Cada ensayo se revisa en contexto y tiene una evaluación del riesgo de sesgo. Esperamos impulsar la mejora en la calidad de los ensayos y promover una mayor participación en ensayos clínicos.

**Clave de evaluación del riesgo de sesgo**

- generación de secuencia aleatoria
- ocultar la asignación
- cegar a los sujetos del estudio/personal del estudio
- cegar la evaluación de resultados
- datos de desenlaces completos
- reporte de desenlaces completos
- 

Alto riesgo  
 riesgo incierto/no  
 indicado

¿Quiere realizar tu propio ensayo clínico? Busca el Kit de Herramientas para hacer ensayos clínicos ISN-ACT en [www.theisn.org/isn-act-toolkit](http://www.theisn.org/isn-act-toolkit)

¿Le gustaría escribir sus propias reseñas? Únete al equipo de GTF. Contáctanos a [research@theisn.org](mailto:research@theisn.org)

¿Estás de acuerdo con nuestro ensayo clínico del mes? ¡Dinos qué piensas!  
**@ISNeducación**

Editado por Gallagher A, M Provenzano, O'Hara DV, Smyth B, Zykova A.

ISN Academy: [General Nephrology](#)

## ENSAYO CLINICO DEL MES

**Los diuréticos combinados tuvieron un efecto similar sobre la función renal y la mejoría de la disnea que las dosis escalonadas de furosemida en pacientes con síndrome cardiorrenal tipo 1**

El efecto en la función renal y la descongestión vascular en el síndrome cardiorrenal tipo 1 tratado con dos estrategias de diuréticos, un ensayo piloto aleatorizado.

Chávez-Iñiguez et al. *BMC Nephrology* (2022) 23:3 <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02637-y>



Revisado por Dr A. Zykova

Traducido por Dr. Rolando Claire-Del Granado

**Resumen:** En este ensayo doble ciego, 80 pacientes ingresados al hospital con descompensación aguda de insuficiencia cardíaca y una lesión renal aguda concomitante, y que cumplieran los criterios para el síndrome cardiorrenal tipo 1, fueron asignados aleatoriamente a recibir furosemida de forma escalonada (FE) o diuréticos combinados (DC) durante 4 días. Los pacientes del grupo FE recibieron una infusión continua de furosemida con un aumento gradual de la dosis de 100 mg el día 1 a 400 mg el día 4. Los pacientes del grupo DC recibieron una infusión de furosemida a 100 mg/24 horas con la adición de 50 mg de clortalidona oral y espironolactona 50 mg. Todos los pacientes además recibieron un bolo diario de furosemida de 80 mg y tenían una restricción de líquidos <1 litro y una restricción de sodio <2,4 g. No hubo diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de recuperación de la función renal después de 4 días de tratamiento (riesgo relativo 1.5, intervalo de confianza del 95% 0.4-5.2; p = 0,49), aunque este criterio de valoración solo se alcanzó en 8 pacientes del grupo de FE y 5 pacientes del grupo de DC. Después de 4 días, la diuresis diaria había aumentado en 125 ml con furosemida escalonada (con un gran rango intercuartil [IQR] de 1662) en comparación con 200 ml con diuréticos combinados (IQR 988; p para la comparación = 0,30). No hubo diferencias significativas en el empeoramiento de la creatinina sérica a las 96 h, la mejoría de la disnea, la mortalidad hospitalaria, la mortalidad en el seguimiento o la necesidad de terapia de reemplazo renal. Las tasas de hiponatremia, hipopotasemia y acidosis metabólica fueron similares entre los grupos. Hubo más eventos de hipotensión con furosemida escalonada (10 %) en comparación con los diuréticos combinados (2,5 %).

**Comentarios:** A pesar de la alta frecuencia del síndrome cardiorenal tipo 1, la falta de ensayos clínicos a gran escala ha dado lugar a una continua incertidumbre sobre cual es el mejor uso de los diuréticos basado en la evidencia. La resistencia a los diuréticos en la insuficiencia cardíaca aguda se asocia con insuficiencia renal, mayor riesgo de re-hospitalización y mortalidad. Un régimen diurético combinado puede superar potencialmente este fenómeno y disminuir la dosis de diuréticos de asa para reducir la estimulación adicional del SRAA y la insuficiencia renal adicional. En este ensayo, el bloqueo secuencial del túbulo renal con una combinación de diuréticos en pacientes con síndrome cardiorenal de tipo 1 fue similar a la furosemida escalonada sola. Es posible que se necesiten ensayos adicionales con un tamaño de muestra más grande para responder de manera más definitiva a la pregunta sobre el tratamiento diurético óptimo en el síndrome cardiorenal tipo 1.