**Tabla de Diuréticos**

| **Tipo / Ejemplos clave** | **Mecanismo de acción (nivel farmacológico)** | **Indicaciones clínicas frecuentes** | **Efectos adversos relevantes** | **Interacciones de importancia** | **Administración correcta (vía / dosis orientativa\*)** | **Enseñanza al paciente y la familia** | **Cuidados de enfermería** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diuréticos de asa** • Furosemida  | Inhiben el cotransportador Na⁺-K⁺-2Cl⁻ en la rama ascendente gruesa de Henle → natriuresis y diuresis potentes, ↑ eliminación de Ca²⁺ y Mg²⁺. | Edema por IC, síndrome nefrótico, insuf. renal aguda/crónica, HTA resistente, edema agudo de pulmón, hipercalcemia | Hipokalemia, hiponatremia, alcalosis metabólica, ototoxicidad (IV rápida), hipotensión ortostática, hiperuricemia, fotosensibilidad | • Aumenta toxicidad de digoxina (↓K⁺) • ↑ riesgo de nefro-oto con aminoglucósidos • AINEs ↓ efecto diurético • Litio ↑ niveles | VO 20-40 mg furosemida c/8-12 h; IV bolo 20-80 mg lento (1-2 mg/min) Administrar temprano (antes de las 17 h) para evitar nicturia. | • Explicar posible aumento de micción y zumbidos (ototoxicidad). • Fomentar dieta rica en K⁺ (frutas, verduras) o prescribir suplementos según indicación. • Vigilar peso diario y reportar ↑ > 1 kg/24 h. | • Control de PA, FC, diuresis hora a hora en edema agudo. • Pesar al paciente cada día. • Vigilar Na⁺, K⁺, creatinina, ácido úrico. • Perfundir IV lentamente; monitorizar audición en altas dosis. |
| **Tiazidas y tipo tiazida** • Hidroclorotiazida (HCT)• Clortalidona  | Bloquean cotransportador Na⁺-Cl⁻ en túbulo distal → natriuresis moderada, ↓ excreción Ca²⁺. | HTA primera línea, edema leve-moderado, nefrolitiasis por hipercalciuria, diabetes insípida nefrogénica | Hipokalemia, hiponatremia, hiperglucemia, hiperuricemia (gota), fotosensibilidad, dislipidemia leve | • Potencian efectos de otros antihipertensivos. • AINE ↓ efecto antihipertensivo. • ↑ toxicidad de litio y digoxina. | VO 12.5-25 mg / día (HCT) mañanas. | • Tomar temprano; evitar luz solar directa (fotosens.). • Dieta con K⁺; controlar glucosa si DM. | • Control PA, I/E, electrólitos cada 1-3 d al inicio. • Vigilar signos de hipokalemia (calambres, arritmia). |
| **Ahorradores de potasio** • Espironolactona • Eplerenona (antialdosterónicos) • Amilorida, Triamtereno (bloq. canales Na⁺ distales) | Espironolactona/Eplerenona antagonizan receptores de aldosterona → ↓ retención de Na⁺ y agua, ↓ excreción K⁺. Amilorida/Triamtereno bloquean canales ENaC corticales → efecto similar. | Cirrosis con ascitis, IC con fracción de eyección reducida, hiperaldosteronismo primario, HTA resistente, síndrome nefrótico (<adj.) | **HiperK** (grave), hiponatremia, ginecomastia (espironolactona), mastodinia, acidosis metabólica, exantema | • IECAs/ARA II, inhibidores renina – riesgo hiperK. • AINE y β-bloq ↑ potasio. • Ciclosporina, tacrolimus ↑ hiperK. | VO 25-50 mg espironolactona una o dos veces/día con comida. Amilorida 5-10 mg / día. | • Evitar sustitutos de sal con KCl; limitar alimentos muy ricos en K⁺. • Explicar posible sensibilidad mamaria. | • Monitorizar K⁺ y creatinina 3-7 d tras iniciar/cambiar dosis. • Controlar signos de hiperK (parestesias, debilidad). |
| **Inhibidor de anhidrasa carbónica** • Acetazolamida | Inhibe anhidrasa carbónica en túbulo proximal → ↓ reabsorción HCO₃⁻, Na⁺ y agua; alcaliniza orina, acidifica plasma. | Glaucoma, mal de montaña agudo, alcalosis metabólica, epilepsia adyuvante, edema resistente | Acidosis metabólica, parestesias, cálculo renal (↑pH orina), hipokalemia, somnolencia | ↑ toxicidad con salicilatos, digoxina; ↓ excreción de fenitoína. | VO 250-500 mg 1-2 veces/día; IV 250 mg cada 4-6 h (glaucoma). | • Aconsejar ingesta hídrica adecuada; informar sobre hormigueo de extremidades como efecto leve. | • Vigilar pH sanguíneo, electrólitos, estado neurológico. • Observar visión/tensión ocular si glaucoma. |
| **Osmótico** • Manitol (IV) | ↑ osmolaridad plasmática y del filtrado → arrastra agua a intravascular y túbulo → diuresis pura. | Edema cerebral, ↑ PIO aguda, prevención IR aguda perioperatoria | Hiponatremia (dilucional inicial), luego hipernatremia, edema pulmonar, ICC, cefalea | Contraindicado con IECAs + Li; potencia toxicidad de digoxina por cambios electrolíticos. | IV 0.25-1 g/kg en 20-30 min; filtrar (cristales) y calibrar diuresis ≥50 mL/h. | • Explicar posible sensación de sed y micción abundante. • Reportar disnea o cefalea intensa. | • Monitorizar PVC, diuresis c/hora, Na⁺, osmolaridad, PA. • Auscultar campos pulmonares (edema). |

\* Dosis orientativas para adultos sin insuficiencia renal. Ajustar según función renal/hepática y guías locales.

#### Claves prácticas de administración y vigilancia (comunes)

1. **Programar las dosis por la mañana** (y a primera hora de la tarde si es bid) para minimizar la nicturia y el riesgo de caídas nocturnas.
2. **Balance hídrico estricto**: registrar ingesta y diuresis; notificar variaciones > 500 mL / 24 h.
3. **Controles de laboratorio** iniciales y periódicos: Na⁺, K⁺, Cl⁻, creatinina, urea, glucosa, ácido úrico.
4. **Evaluación clínica continua**: peso diario, edema periférico, PA sentado/de pie (hipotensión ortostática), ruidos pulmonares, signos neurológicos.
5. **Prevención de desequilibrio electrolítico**: suplementar K⁺ o indicar dieta según tipo de diurético; vigilar signos de hiper- o hipokalemia.
6. **Farmacovigilancia de interacciones**: revisar crónicamente medicación concomitante (AINE, IECAs/ARA II, digoxina, litio, aminoglucósidos).
7. **Educación al cuidador/familia**: reconocer síntomas de alarma (palpitaciones, confusión, dolor articular, disminución drástica de diuresis) y acudir a control oportuno.

##### Mensaje de seguridad

* Ante cualquier **cambio brusco en peso**, disnea, calambres severos o disminución marcada de la diuresis, el paciente debe acudir de inmediato a evaluación.
* Verificar siempre las guías terapéuticas nacionales y el perfil renal-hepático antes de ajustar dosis.