



Revista Española de Cardiología



6041-517. BOMBA ELASTOMÉRICA SUBCUTÁNEA CON FUROSEMIDA. UNA OPORTUNIDAD PARA LOS PACIENTES CON RESISTENCIA A DIURÉTICOS

Pablo Luengo Mondéjar, Marta López Serna, David González Calle, Aitor Uribarri González, Eduardo Villacorta Argüelles y Pedro Luis Sánchez Fernández del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Resumen

Introducción y objetivos: La insuficiencia cardiaca avanzada (ICA) sigue siendo una de las principales causas de hospitalización. El tratamiento diurético sigue siendo uno de los pilares fundamentales, sin embargo, en los estadios más avanzados, la vía oral deja de ser eficaz, siendo necesarios ingresos para tratamiento intravenoso. La vía subcutánea podría servir de alternativa o complemento en estos pacientes. Presentamos nuestra experiencia en el uso de esta terapia.

Métodos: Se revisaron los datos demográficos, la evolución clínica y el resultado de los pacientes con ICA y resistencia a la terapia diurética vía oral (RTD) a los que se implantó una bomba elastomérica subcutánea de furosemida, desde junio de 2016 a abril de 2017.

Resultados: En este periodo, 17 pacientes reingresadores frecuentes con RTD iniciaron tratamiento con furosemida subcutánea (tabla). La edad media fue de 83 años (rango 72-93) y un 65% fueron varones. La cardiopatía más frecuente fue de origen valvular (47%), seguida de isquémica (29%) y la restrictiva (17%). El 82% de los pacientes presentaba insuficiencia renal crónica. El 65% se encontraba en clase funcional III de la *New York Heart Association* (NYHA) y el 23% en clase funcional IV. La dosis media de furosemida previa fue de 165 mg. El tiempo medio con bomba fue de 8 semanas (rango 1 a 42), > 4 semanas en el 53%, 4-12 semanas en el 23,5% y > 12 semanas en el 23,5%. Tres pacientes continúan en la actualidad con bomba elastomérica. En 4 pacientes (36%) se retiró por mejoría clínica que permitió la vuelta a furosemida vía oral. En un caso se retiró por complicaciones en la zona de infusión y en otro por petición del paciente y en 5 se retiró por falta de respuesta. Observamos 3 casos de empeoramiento de la función renal que no obligó a suspender la terapia. No observamos alteraciones iónicas significativas durante la terapia. Un 52% de pacientes no ha vuelto a reingresar por ICC y un 47% falleció durante el seguimiento, ninguno relacionado con la terapia.

Características clínicas

Edad (años)	83 ± 5,83
Varones	64,7%

Hipertensión arterial	88,2%
Diabetes mellitus	58,8%
Aclaramiento de creatinina (ml/min)	33,3 ± 16,64
NYHA III-IV antes del tratamiento	88,2%
FEVI (%)	41,2 ± 14,17
NT-proBNP (pg/ml)	21204 ± 16203
Sodio inicial (mEq/l)	136 ± 1,41
Potasio inicial (mEq/l)	4,19 ± 0,14
Tratamiento previo	
Bloqueadores beta	41,2%
Inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina /ARA-II	52,9%
Antialdosterónicos	35,3%
Tiacidas	17,6%
Dosis de furosemida previa (mg)	165 ± 16,8
Insuficiencia renal aguda	17,6%
Complicaciones locales (total)	5,8%
Reingreso por ICC	47%
Ausencia respuesta	52%

Los valores absolutos reflejan la media y la desviación estándar.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso de furosemida subcutánea es una alternativa segura para pacientes con ICA y RTD. Esta terapia podría reducir el número de reingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.