



Infusor de furosemida para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca: a propósito de un caso **Rubio Alonso, L., Martí Gil C., Boardman González D.J., García López E., Martín Niño I, Barreda Hernández D.**

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome complejo resultado de alteración cardíaca estructura/funcional. Se caracteriza por signos/síntomas congestión/bajo gasto.

Los diuréticos están indicados para control sintomático de congestión. De elección furosemida vía oral.

En ocasiones, la IC progresa a estadios donde tratamiento vía oral pierde efectividad. En este punto necesario pasar a furosemida intravenosa (IV). Su uso requiere ingreso/desplazamiento al hospital para administrar planta/Hospital de Día (HD). Esto supone un desafío para determinados pacientes y un reto para manejo farmacoterapéutico.

Objetivos

Desarrollo proceso elaboración-dispensación-administración de infusor subcutáneo de furosemida (ISF) para tratamiento IC. Evaluación estado clínico del paciente tras administración

Métodos

Estudio prospectivo multidisciplinar en hospital 2º nivel a raíz de propuesta uso ISF por Cardiología.

Variables estudiadas:

- Posibilidad administrar furosemida vía subcutánea en infusor.
- Situación clínica/personal del paciente.
- Gestión dispensación-colocación-seguimiento.
- Posibilidad elaboración en Servicio de Farmacia (SF).
- Valoración estado clínico del paciente tras administración.

Se realizó una búsqueda bibliográfica uso-estabilidad ISF, consultándose Mambrino XXI® para seguimiento del paciente.

Resultados

La posibilidad de usar ISF permite administrar el fármaco durante tiempo prolongado, evitando desplazamientos de pacientes al hospital. La administración subcutánea de furosemida no está contemplada en ficha técnica pero su uso se puede solicitar vía medicamentos en situaciones especiales, con autorización de Dirección Médica.

El paciente varón 80 años diagnosticado de IC desde hace más 10 años con síndrome cardiorenal asociado. Tiene situación funcional limitada, buen apoyo familiar y reside a más de 60 km del hospital. En últimos 6 meses requirió ingreso hospitalario en 3 ocasiones por descompensación de IC y otro desplazamiento para administración furosemida IV en HD.

En último ingreso, Cardiología plantea administración de furosemida subcutánea con infusor, tras valorar capacidad del paciente, aceptación familiar y colaboración del CS. Se determinó que la dispensación del infusor se realizaría en el hospital y la colocación-seguimiento sería ambulatorio.

Previa prescripción facultativa con formulario de Mambrino XXI®, se preparó ISF en SF, en cabina de flujo laminar horizontal (CFLH). Se utilizó el modelo SFS-1,5-25P Nipro®, con volumen de 250ml a flujo 1,5ml/h y duración 7 días. La dosis de furosemida fue 120 mg/día (840mg/7días), según pauta médica. Se utilizó la presentación en ampollas 250 mg/25ml y se completó volumen con suero fisiológico 0,9%.

Durante el seguimiento por cardiología/CS, se determina que el paciente presenta diuresis escasa (950cc/día), sin disnea en reposo, aceptable saturación de oxígeno (90-95%) y sin edemas de miembros inferiores.

Conclusiones

Este trabajo recoge la primera experiencia del proceso elaboración-dispensación-administración del ISF.

La opción de manejo ambulatorio de pacientes con funcionalidad limitada con IC grave puede ser útil, sobre todo para evitar repetidos ingresos/desplazamientos al hospital. La elaboración en el SF en CFLH garantiza la esterilidad del preparado, haciendo posible que se pueda administrar los 7 días.

Serían necesarios más datos cuantitativos para concluir que se consigue una mejoría clínica y si ISF se podría establecer como alternativa de tratamiento en pacientes con IC.

