



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/1184 - PERFUSIÓN DE FUROSEMIDA ¿EXCLUSIVAMENTE HOSPITALARIA?

A. Villota Bello¹, E. Lou Calvo², P. Casasnovas Navarro³ e I. Morales Hernández⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 84 años que en consulta telefónica a última hora de la mañana relata disnea NYHA III-IV (previa habitual NYHA II) y aumento de 5 kg de peso desde hace una semana así como ortopnea de 2 almohadas y DPN desde ayer. Actualmente en tratamiento con furosemida 40 mg VO 1 cp en desayuno y 1 en comida. Indicamos que aumente furosemida a 3 cp diarios y acudiremos el EAP para valoración y extracción sanguínea domiciliaria en 2 días. Por exploración y resultados analíticos se evidencia descompensación de insuficiencia cardíaca, por lo que tras 4 días sin mejoría franca a pesar de ajuste de tratamiento administramos 120 mg IV de furosemida en 100 cc de SSF y 5 cc de NaCl 20% a lo largo de 4h aprox. Al día siguiente, el paciente se encuentra paucisintomático, así que mantenemos 3 cp de furosemida una semana más. Tras 7 días, se halla asintomático y sin signos de descompensación cardíaca así como en su peso habitual, por lo que se retoma su tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: ECG: FA conocida a 70 lpm sin alteraciones en la repolarización y similar a registros previos. AC: RsCs arrítmicos a frecuencia normal, AP: normoventilación con crepitantes bibasales; edemas con fóvea grado III en ambos MMII hasta rodilla, reflejo hepatoyugular positivo. Destaca en analítica sanguínea: NTproBNP 8.200 pg/mL (previos basales 1.500 pg/mL), CA125 60 UI/ml, hemograma y metabolismo del hierro en rango de normalidad e iones, incluido el potasio, en rango de normalidad.

Orientación diagnóstica: Descompensación de insuficiencia cardíaca.

Diagnóstico diferencial: Edema agudo de pulmón, infarto agudo de miocardio, síndrome nefrótico, endocrinopatía.

Comentario final: La ICC es una patología crónica susceptible de descompensación que requiera tratamiento deplectivo intensivo. Este, puede ser administrado en régimen domiciliario siempre y cuando el paciente tenga un nivel de autonomía suficiente, buen soporte familiar y el EAP disponga del tiempo y medios suficientes y necesarios. Ofreciendo por tanto la posibilidad de evitar ingreso hospitalario, con las ventajas en relación a la morbimortalidad que conlleva.

Bibliografía

1. Ponikowski P, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(27):2129-200.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Furosemida.