



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/74 - MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN NÁUSEAS Y VÓMITOS

M. Guerra Hernández^a, J. Villar Ramos^b, M. Montes Pérez^c, A. Blanco García^a, P. López Tens^d y D. Fernández Torre^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 90 años con clínica de dolor epigástrico intenso durante todo el día que impide el descanso nocturno, con pirosis, de 3 meses de evolución asociado a 4-6 vómitos alimentarios, astenia, hiporexia y pérdida de peso de 5 kg en 3 meses. Como antecedentes personales no presenta alergias a medicamentos, HTA, espondiloartropatía lumbar con estenosis de canal L2-L5, en tratamiento con esomeprazol 20 mg cada 24 horas, losartan + hidroclorotiazida 100/25 mg cada 24 horas y paracetamol 1 g cada 8 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 55 kg, TA 140/70 mmHg, FC 76 lpm, SatO₂ 96%, BEG, palidez cutánea, normoperfundida, normohidratada. AC: rítmica sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen: ruidos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, no se palpan masas ni megalias, no peritonismo. Resto de exploración por aparatos y sistemas dentro de la normalidad. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm, eje -40°, PR 0,14, QRS estrecho, sin alteraciones agudas en la repolarización. Hemograma: hematíes 3,43; Hb 8,6 g/dL, Htco 28%; VCM 76 fL; ADE 27; leucocitos 8.000 con fórmula normal; plaquetas 293.000. Tiempo de protrombina 91%, Bioquímica básica dentro de la normalidad. Perfil de hierro alterado con ferropenia e hipoferritinemia. Ecografía abdominal: se aprecia un engrosamiento difuso de las paredes de antro-píloro con imagen de atrapamiento aéreo asociado. Endoscopia digestiva alta: neoformación ulcerada de antro-píloro con estenosis pilórica. Anatomía patológica: tumoración epitelial infiltrante con un patrón sólido con formación focal de glándulas. TAC toraco-abdomino-pélvico: imagen compatible neoformación prepilórica de 4 cm de longitud que condiciona estómago de retención, con adenopatías locorregionales.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial: Patología cardíaca tipo isquémica, otras neoplasias digestivas.

Comentario final: Dada la edad y características de la paciente se desestima tratamiento activo. Se inicia seguimiento conjunto en UCP (Unidad de Cuidados Paliativos) y EAP (Equipo de Atención Primaria). Se inician medidas para control de los principales síntomas con fentanilo transdérmico 12 µg/h cada 72 horas y fentanilo 100 µg sublinguales de rescate para el control del dolor y metoclopramida 10 mg vía oral para control de náuseas y vómitos. A pesar de ello la paciente continúa con dolor, náuseas, vómitos e intolerancia a la vía oral, con algunas visitas a servicio de Urgencias de su Hospital de referencia donde pautan además ondansetron 4 mg vía oral cada 8 horas, alternado con metoclopramida. Aún así la paciente continúa con

misma sintomatología por lo que aumentamos analgesia a fentanilo 25 µg/h cada 72 horas y se coloca vía subcutánea para administración de antieméticos por dicha vía junto con analgesia de rescate (cloruro mórfico 1%: 0,3 mL sc máximo cada 4 horas si dolor). Después de esto no presenta náuseas ni vómitos y ha empezado con ingestas por vía oral, tolerando sin problema. Continúa seguimiento por nuestra parte. Especial interés merece en este caso la vía subcutánea para la administración de fármacos, sobre todo en estos síntomas en los que la vía oral no es efectiva por la pobre absorción del medicamento.

Bibliografía

1. Porta Sales J, Gómez Batiste X, Tuca Rodríguez A. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 2013, p. 115-21, 357-63.
2. Llimós A, Sibina M, Porta J, et al. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Med Pal (Madrid). 1999;6:121-7.
3. Gupta M, Davis M, LeGrand S, et al. Nausea and vomiting in advanced cancer: the Cleveland Clinic Protocol. J Support Oncol. 2013;11(1):8-13.