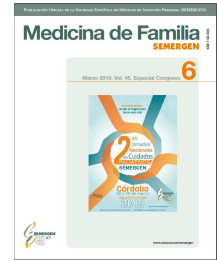




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



410/17 - UTILIZACIÓN DE VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. de la Torre Lozano¹, D. Saghin Saghin¹, M. Ruiz Muñoz¹, C. Avón Gómez¹, M. Carrasco Serrano¹, R. Rodrigo García²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Miguelturra. Ciudad Real. ²Enfermera. Centro de Salud de Miguelturra. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente paliativo de 61 años diagnosticado de hepatocarcinoma avanzado secundario a hepatitis vírica B. Vive en domicilio donde se moviliza de cama al sillón con buen apoyo familiar. Presenta náuseas y vómitos junto con heces blandas asociado a epigastralgia secundarios a su proceso tumoral por efecto masa. Conseguimos controlar la diarrea con antidiarreicos pero los vómitos a pesar de medicación oral antiemética persisten por lo que se utiliza vía subcutánea para tratamiento con metoclopramida y otra con dexametasona. Tras pasar unas semanas de mejoría sintomática en donde se pasó a vía oral, el paciente empezó con empeoramiento de estado general y cuadro de agitación psicomotriz, desorientación temporoespacial y deterioro cognitivo que se asoció con un cuadro de delirium derivado del avance de la enfermedad. Se puso de nuevo tratamiento subcutáneo ahora con haloperidol pautado junto con medidas generales no farmacológicas. Más adelante apareció dolor que precisó añadir morfina inicialmente por vía oral y cuando disminuyó la capacidad de ingesta se pasó a utilizarlo en vía subcutánea junto con antiemético (metoclopramida) y neuroléptico (levomepromacina). En este proceso se fue acompañando al paciente y a la familia con visitas programadas y a demanda, sobre todo en la situación de últimos días cuando precisó una vigilancia más estrecha. Finalmente falleció en su domicilio.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física inicial tenía pérdida muscular en extremidades y coloración terrosa de piel. Abdomen con ascitis no a tensión. Saturación de oxígeno a 95% y frecuencia cardíaca a 70 latidos por minuto. En la última prueba de imagen que se le realizó presentaba incremento en el tamaño de la lesión tratada en lóbulos V-VI hepáticos, realce arterial difuso con lavado portal perilesional sospechoso, ocupación portal con trombosis de rama posteroinferior derecha e infarto isquémico hepático asociado. En una gastroscopia se vieron varices subcardiales incipientes, gastropatía de hipertensión portal en cuerpo y fondo y gastritis atrófica antral intensa. Durante la evolución lo más importante fue el control domiciliario de constantes vitales y la exploración física para observar la evolución del proceso terminal.

Juicio clínico: Náuseas y vómitos secundarios a efecto masa tumoral. Delirium.

Diagnóstico diferencial: En relación a las náuseas y vómitos valorar si existe obstrucción intestinal, reflujo esofágico, metástasis cerebrales. En cuanto al delirium descartar infección, impactación fecal, retención urinaria, fármacos, deshidratación, tóxicos o hipercalcemia como más destacados.

Comentario final: Las náuseas y los vómitos son un síntoma frecuente en los cuidados paliativos, afectando hasta al 68% de los pacientes oncológicos. Es importante identificar las posibles causas. Hablamos de delirio cuando hay fluctuaciones en la consciencia, cognición y percepción que aparece entre un 28 y 83% de pacientes cerca del final de sus vidas. Puede ser hipoactivo, hiperactivo o mixto, siendo en todo caso una distorsión profundamente dolorosa en la relación de cuidado del enfermo y cuidadores. Las causas que lo pueden producir son múltiples. Utilizaremos como alternativa a la vía oral, la vía subcutánea para manejar fármacos necesarios en determinados momentos de la evolución del paciente terminal. En atención primaria va a ser muy útil su manejo en el domicilio del paciente tanto por la sencillez de la técnica como por la aceptación por parte del paciente y los familiares. Las indicaciones más frecuentes serán por imposibilidad de deglución o disfagia, náuseas y vómitos persistentes, dolor no controlado, delirium con elevado componente confusional, malabsorción, astenia intensa, sedación paliativa o situación de últimos días.

Bibliografía

Pascual L, Blanquer JFJ. Uso de la vía subcutánea. AMF. 2011;7(6):461-6.

Matoses C, Rodríguez F, Sanz G, Murcia A, Morante M, Navarro A. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Farm Hosp. 2015;39(2):71-9.