



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/60 - ÁCIDO TRANEXÁMICO POR VÍA SUBCUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Mejías Estévez<sup>a</sup>, M. Luque Martín<sup>b</sup>, R. Domínguez Álvarez<sup>c</sup> y E. Rubio Santiago<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Internista. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>d</sup>Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Hospital de Jerez. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 84 años. Alergia a lenalidomida (angioedema tardío). Miopatía esteroidea. HTA, DM2, DLP, exfumador desde hace 14 años (2 puros + 3-4 cigarrillos/día). CI con colocación de 2 stent en 2003. Adenocarcinoma de colon intervenido en 2005 sin signos de enfermedad en la actualidad. HBP. Artropatía degenerativa generalizada. Hiperostosis anquilosante idiopática (enfermedad de Forestier). Caídas frecuentes. Polineuropatía generalizada sensitivo-motora grado 1-2. Cólico biliar no complicado. Mieloma múltiple IgA lambda estadio IIA en enero 2010 con alteraciones citogenéticas de mal pronóstico como t(4,14), t(11,14) del 13q del 17p. 4 líneas de tratamiento. Varios episodios de neumonía neumocócica y transfusiones. Julio 2014: 4 líneas de tratamiento con velcade-dexametasona (2º ciclo el 18/07/14). Derivado desde hospital de referencia a equipo soporte de Cuidados Paliativos por traslado de domicilio de su hijo (otra comunidad autónoma). Motivo de derivación (agosto 2014): mieloma múltiple que ha recibido varias líneas de tratamiento. Múltiples comorbilidades con una fractura subcapital de fémur izquierdo que ha precisado prótesis de cadera en julio 2014. Nivel de información: paciente: conoce diagnóstico pero no pronóstico. Familia: conoce diagnóstico y pronóstico. Tratamiento: hemoterapia sustitutiva. 4ª línea de tratamiento. Trimetropin sulfametoxazol forte 800/160 mg cada 12 h S y D. Aciclovir 400 mg/12h. Amlodipino 5 mg 0-1-0. Tromalyt 150 mg. Tamsulosina 0,4 mg. Metamizol 575 mg/6h si dolor. Enoxaparina 40 mg sc. Zolpidem 10 mg. Metformina 850 mg 1/2 -1/2-0. Atenolol 50 mg medio comprimido cada 12 horas. Pravastatina 20 mg. Hidroxil + ácido fólico. Omeprazol 20 mg. Tramadol 50 mg/8-12h. Darbeopetina alfa 150 mg sc/semana 4 semanas (inicio 18/07).

**Exploración y pruebas complementarias:** Entrada en programa en Cuidados Paliativos el 21/08. Paciente expresa deseo de manejo domiciliario, CI para SP (paciente y familia). Exploración inicial: UPP muslo derecho. 1 mes en silla de ruedas. BEG, COC, BHP, eupneico y normocoloreado. ACR: N. Abdomen: discreta hepatomegalia de 2 tv. Incontinencia urinaria. Síntomas: astenia, náuseas. El 1/9 inicio con HDA moderada sin compromiso agudo hemodinámico asociado a dolor (EVA: 5-6/10), Ramsay III/VI, TA: 90/50, Sat O2: 96%, FC: 98 lpm, Glucemia azar: 89 mg/dl. Se inicia tratamiento domiciliario sc cada 24 horas con hipodermoclasia (250 cc/día) e infusor con la siguiente medicación según protocolo de Mejías y Rubio: 1) Ácido tranexámico 1.500 mg. 2) Ranitidina 150 mg. 3) Cloruro mórfico 20 mg. Así mismo se indica si apareciese nerviosismo, agitación o nuevo episodio de hemorragia, midazolam sc (se dejan instrucciones a familia y servicios de urgencia). En las

siguientes 48 horas el paciente precisa 2 rescates de 5 mg de midazolam sc en dos franjas de horario diferentes, y fallece con buen control de síntomas a las 72 horas del inicio de la terapia sc. No aparecen alteraciones en la terapia sc según protocolo de Mejías y Rubio.

**Juicio clínico:** Hemorragia digestiva alta en enfermo senil con MM avanzado con establecimiento de limitación de esfuerzo terapéutico.

**Diagnóstico diferencial:** Hemoptisis. Coagulopatías. TEP. Insuficiencia hepática grave.

**Comentario final:** En Cuidados Paliativos, especialmente domiciliarios, puede precisarse aún con mayor frecuencia el uso compasivo de fármacos. A pesar de no existir estudios en esa fecha de uso de este antifibrinolítico por vía subcutánea, dado los deseos del paciente y su situación clínica, tras consentimiento informado pertinente, se decidió

## **Bibliografía**

1. Bennett C, et al. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Sys Rev. 2014:CD006640.
2. Glud LL, Klingenberg SL, Langholz E. Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. Cochrane Database Sys Rev. 2012:CD006640.
3. Roberts I, et al. Effect of tranexamic acid on mortality in patients with traumatic bleeding: prespecified analysis of data from randomised controlled trial. BMJ. 2012;345:e5839.
4. Roberts I, et al. HALT-IT-tranexamic acid for the treatment of gastrointestinal bleeding: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2014;15:450.
5. Palliative Care Matters [Internet]. UK: 2012 [actualizado 15 Ago 2015; citado 15 ago 2015]. Disponible en: <http://www.pallcare.info/index.php?menu = 1>
6. Villa LF, et al. Medimecum. Guía de terapia farmacológica. Springer Healthcare; 2015. p. 197-8.