



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

410/22 - USO DE LA VÍA CENTRAL EN EL CONTROL SINTOMÁTICO

A. Barcia Losada¹, A. Domínguez de Dios², M. Remesal Domínguez³, M. Gómez Rodríguez⁴, A. Padrón Gonzalez⁵, A. Vázquez Fernandez⁶

¹Residente de Medicina familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Burela. Lugo. ²Residente de 3^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sarria. Lugo. ³Residente de 3^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valadouro. Lugo. ⁴Residente de 1^{er} año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sagrado Corazón. Lugo. ⁵Médico de Atención Primaria. Lugo. ⁶Médico en hospitalización a domicilio. Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años sin alergias medicamentosas conocidas, ex-fumadora, con hipertensión arterial y obesidad. Vive con su hija que supone un importante apoyo y es la principal cuidadora, no tiene deterioro cognitivo y previamente al diagnóstico era independiente para actividades básicas de la vida diaria. En octubre de 2018 es diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón derecho con derrame pleural asociado (T4N2M1A), por lo que se desestima tratamiento curativo. Como consecuencia del mismo desarrolla un síndrome de vena cava superior trombótico con extensión a aurícula derecha y a venas yugular interna, subclavia y axilar derechas, así como trombosis de vena cava inferior, no oclusiva, con extensión a venas ilíacas con oclusión de vena ilíaca común derecha, ilíaca externa y femoral derecha. Enfermedad actual: la paciente ingresa en el servicio de Cuidados Paliativos para control sintomático ya que presenta importantes edemas generalizados como consecuencia del síndrome paraneoplásico y del proceso tumoral. En el transcurso de la enfermedad sus principales quejas son el insomnio, el aumento de disnea progresivo y en menor medida el dolor, que relaciona sobre todo con el encamamiento prolongado. Durante el ingreso es necesario canalizar numerosas vías periféricas, incluso varias por día, por presentar malos accesos venosos.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Consciente y orientada. Normocoloreada. Eupneica en reposo. SpO₂: 92-93% (con O₂ por gafas nasales a 2 l/min). Cabeza y cuello: importante ingurgitación venosa yugular, mayor en lado derecho. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes en campo pulmonar derecho, murmullo vesicular apagado. Abdomen: depresible, no doloroso, no masas ni megalias, no datos de defensa ni irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes. Miembros inferiores: importante edema bilateral hasta muslos con fóvea. Miembros superiores: edema importante en ambos brazos, más llamativo en miembro superior derecho, con fóvea.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón derecho con derrame pleural asociado (T4N2M1A). Síndrome de vena cava superior trombótico con extensión a aurícula derecha y a yugular interna, subclavia y axilar derechas. Trombosis de vena cava inferior, no oclusiva, con extensión a venas ilíacas con oclusión de vena ilíaca común derecha, ilíaca externa y femoral derecha.

Diagnóstico diferencial: Para un mejor control sintomático y con el fin de evitar la canalización reiterada de accesos venosos se plantea la opción de utilizar otras vías de administración, por lo que se consideraron los riesgos y beneficios individuales de esta paciente: La vía oral ya se había desestimado por dificultad para la

deglución. La vía subcutánea no era una opción dada la situación clínica de la paciente, por presentar un edema muy ampliamente extendido. La vía periférica llegó a ser perjudicial para la paciente por la necesidad de punciones diarias. La vía central parecía garantizar la correcta distribución de los fármacos en el organismo.

Comentario final: Surge un conflicto ético: recurrir a un procedimiento invasivo como es la canalización de un catéter central para el control sintomático frente a la utilización de vías de administración habituales. Dada la situación clínica de la paciente, finalmente se considera como mejor opción el uso de una vía central. Tras consensuarlo con la paciente y su hija, se opta por la colocación de un catéter a nivel de la vena yugular izquierda. De esta manera, se logró un correcto control sintomático.

Bibliografía

Ruiz P. Guía Clínica. Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura. 2010.

Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.