

Bibliografía

1. Instrumento de ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina), elaborado en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE n.º 251, de 20 de octubre de 1999.
2. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM 26 de diciembre de 2001, n.º 306, p. 8. BOE 5 de marzo de 2002, n.º 55, p. 8846, rect. BOCM 21 de enero de 2002, n.º 17, p. 4; BOCM 22 de marzo de 2002, n.º 69, p. 6.
3. Ley Básica 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-32.
4. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente. BOE n.º 269, de 10 de noviembre de 2005, p. 36755-57.
5. Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid. BOCM n.º 283, de 28 de noviembre de 2006, p. 37-9. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción de las Instrucciones Previas y de su revocación, modificación o sustitución. BOCM n.º 302, de 20 de diciembre de 2006, p. 28-41.
6. Registro Instrucciones Previas de Madrid. [Consulta: 22 de febrero de 2010] Disponible en: <https://instruccionesprevias.salud.madrid.org:4443/areteo/ULogin.do>
7. Valle Sánchez A, Farrais Villalba S, González Romero PM, Gallardo Barragán S, Rufino Delgado MT, Marco García MT. Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de Atención Primaria. SEMERGEN. 2009;35: 111-4.
8. Santos C, Forn MA, Pérez R, Corrales A, Ugarriza L, Sales C. ¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital? Rev Calidad Asistencial. 2007;22:262-5.
9. Flordelis Marco F. Voluntades vitales anticipadas: el reto de desarrollar un papel desde atención primaria. Aten Primaria. 2008;40:61-8.
10. Simón-Lorda P, Tamayo-Velázquez MI, Vázquez-Vicente A, Durán-Hoyos A, Peña-González J, Jiménez-Zurita P, por el grupo investigador del proyecto "Al final, tú decides". Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. Aten Primaria. 2008;40:61-8.
11. Sánchez Posada D. Conocimientos y actitudes frente a los documentos de voluntades anticipadas en pacientes atendidos por el PADES (Plan de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte). Med Pal. 2009;16:321-7.
12. López-Rey EA, Romero Cano M, Tébar Morales JP, Mora García C, Fernández Rodríguez O. Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. Enferm Clin. 2008;18:115-9.
13. Santos de Unamuno C. Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria. Aten Primaria. 2003;32:30-5.

Carmen Domínguez Lorenzo ^{a,*}, Isabel García Verde ^a, Manuel Antonio Alonso Pérez ^b y Sagrario Muelas González ^a

^a Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD), Área 8 Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

^b Medicina de Familia, Centro de Salud Pintores, Área 10 de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Trabajo presentado en el 8.º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 5-8 de mayo de 2010. A Coruña.

^{*}Autor para correspondencia.

Correo electrónico: serviciosesad.gapm08@salud.madrid.org (C. Domínguez Lorenzo).

Toracocentesis y atención domiciliaria[☆]

Thoracentesis and home care services

S. Director:

El derrame pleural, sobre todo de origen maligno, presenta un pronóstico vital y funcional muy malo. Suele ser muy sintomático, recidivante y tiene gran impacto en la calidad de vida. Su manejo en cuidados paliativos puede requerir de técnicas como la pleurodesis química o la colocación de un tubo de drenaje permanente¹. Según las características de los casos, en ocasiones estas técnicas no son realizables o no son totalmente efectivas, por lo que la toracocentesis evacuadora se convierte en la única técnica alternativa para el alivio sintomático de la disnea, además del tratamiento farmacológico².

No se conoce bien el grado de aplicación de esta técnica por parte de los equipos de asistencia a domicilio,

ya que en la bibliografía no se encuentran estudios que analicen su aplicación con fines paliativos en este ámbito de actuación. Tras una búsqueda en PubMed con diferentes entradas del MeSH ('palliative home care', 'home care services', 'palliative care', 'home nursing' y 'thoracentesis') no se encontró ninguna referencia específica a la práctica de la técnica en atención domiciliaria. La mayoría de los pocos artículos rescatados hacían referencia a la evacuación periódica en el domicilio, pero a través de catéteres ya implantados (tipo *port-a-cath* o similar) de forma permanente^{3,4}. Algunos de ellos abordan el automanejo y la vigilancia de ellos por parte de cuidadores y personal de enfermería⁵. Otros describen la utilidad de la esclerosis con talco realizada en el propio domicilio a través de estos catéteres⁶. En el 8.º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos celebrado en A Coruña, otro equipo presentó otra comunicación al respecto⁷.

El carácter invasivo de la toracocentesis evacuadora (aislada o de repetición) hace esperable un grado bajo de su

Tabla 1

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo/ edad (años)	Mujer/ 74	Varón/ 82	Varón / 54	Varón/ 66
Diagnóstico principal	Cirrosis hepática VHC+	Mesotelioma pleural	Carcinoma urotelial con Mx pulmonares	Carcinoma no microcítico de pulmón IIIB
Situación funcional ECOG/ PPS	3/ 40	1/ 70	3/ 40	3/ 40
Tratamiento previo	Tubo de drenaje retirado por obstrucción	Pleurodesis química	Ninguno	Ninguno
Toracocentesis previas	Sí	Sí	No	Sí
N.º de toracocentesis domiciliarias	3	3	1	1
Cantidad de líquido extraído (ml)	1.400-1.000-400	1.200-1.200-1.300	0	150
Complicaciones	No	No	No	No
Lugar de preferencia inicial de fallecimiento	Hospital	Domicilio	Domicilio	Hospital
Duración de alivio sintomático después de toracocentesis	6/ 1,5/ 3 días	13/ 14/ 7 días	0 días	4 días
Tratamiento opioide	Sí	Sí	Sí	Sí
Necesidad de ingreso	Sí	No	No	No
Lugar de fallecimiento	UCPMLE	Domicilio	Domicilio	Domicilio
Tiempo entre la 1.ª toracocentesis y fallecimiento	21 días	47 días	6 días	4 días
Tiempo entre la última toracocentesis y fallecimiento	10 días	7 días	6 días	4 días

ECOG: situación funcional según la escala del Eastem Cooperative Oncologic Group; PPS: *palliative performance status*; Mx: metástasis; UCPMLE: unidad de cuidados paliativos de media y larga estancia; VHC+: virus de la hepatitis C positivo.

aplicación en el domicilio; sin embargo, en ciertos pacientes y situaciones puede constituirse en una opción terapéutica de alta rentabilidad para el alivio sintomático.

En el año 2007, en nuestro equipo de soporte de atención a domicilio (ESAD), se atendió a un paciente con derrame pleural maligno recurrente en el que la toracocentesis evacuadora se planteaba como una buena alternativa para el control de síntomas. Su practicabilidad en el medio hospitalario de nuestro ámbito de actuación dejó de ser factible en esos momentos y el paciente manifestó su deseo de realizarla en su domicilio. Esto, unido a la publicación reciente de un vídeo clínico⁸ en el que se explica la técnica y su puesta en común en sesión, animó al equipo a intentar su aplicación. En los 2 años siguientes se plantearon aplicarla a otros 3 pacientes. En la tabla 1 se describen las características de todos los casos en los que se ha practicado toracocentesis evacuadora con fines paliativos por parte del ESAD. Todos ellos eran pacientes en situación clínica avanzada, la mayoría de origen oncológico, subsidiarios de toracocentesis evacuadora para control sintomático, con previo consentimiento informado.

Se realizaron un total de 8 evacuaciones en 4 pacientes. En dos de ellos, se habían practicado previamente pleurodesis química o la colocación de un tubo de drenaje permanente, que hubo de retirarse por obstrucción. Cada paciente presentó entre 1 y 3 evacuaciones. En 3 pacientes se logró el objetivo de control sintomático con un promedio de líquido pleural extraído de 950 ml (intervalo de confian-

za del 95% 503,5-1.396,5). No se registraron complicaciones en ninguno de los casos. Tres de los cuatro pacientes fallecieron en su domicilio. El tiempo de supervivencia a partir de la primera evacuación osciló entre 4 y 47 días.

La percepción por parte del ESAD es de haber tenido una experiencia satisfactoria, aunque este tipo de procedimientos siempre requieren de un abordaje individualizado como tantas otras intervenciones en cuidados paliativos. Tres de los 4 pacientes presentaban una historia previa documentada de drenaje pleural. En un cuarto paciente se realizó placa de tórax previa, aunque en general la exploración física se convierte en el pilar básico de la evaluación clínica. Esta exploración ha de ser exhaustiva y periódica a fin de calibrar bien los cambios físicos que puede tener el derrame y decidir bien el momento y la localización de la punción. Es posible que la presencia documentada de una primera toracocentesis con efecto conocido sobre la disnea sea un requisito para su aplicación posterior en el domicilio, ya que lo probable es que tal decisión venga amparada solamente por el criterio clínico. Una característica común a los 4 pacientes era la situación clínica avanzada de la enfermedad de base, a juzgar por su situación funcional y corta supervivencia, lo cual podría cuestionar la pertinencia de un procedimiento invasivo. Aunque no se practicó ninguna evaluación específica por escalas al respecto, las manifestaciones subjetivas de pacientes y familiares fueron positivas. Sólo en un paciente la técnica no obtuvo resultados.

Por tanto, la técnica puede considerarse como un procedimiento que se muestra lo suficientemente útil, seguro y poco complejo como para ser practicado en el ámbito domiciliario. Siempre habrá que considerar de forma prioritaria la situación clínica y las preferencias del paciente. Parece recomendable que los equipos se familiaricen con la práctica de esta técnica a fin de ampliar sus posibilidades de alivio sintomático y, por otro lado, que se difundan sus resultados para poder estandarizar su aplicación en este medio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Daniel C, Kriegel I, Di MS, Patrubani G, Levesque R, Livartowski A, et al. Use of a pleural implantable access system for the management of malignant pleural effusion: the Institut Curie experience. *Ann Thorac Surg.* 2007;84:1367-70.
2. Porcel JM. Tratamiento paliativo del derrame pleural maligno. *Med Pal.* 2003;10:142-8.
3. Verfaillie G, Herreweghe RV, Lamote J, Noppen M, Sacre R. Use of a Port-a-Cath system in the home setting for the treatment of symptomatic recurrent malignant pleural effusion. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005;14:182-4.
4. Alisky JM. Implantable central venous access ports for minimally invasive repetitive drainage of pleural effusions. *Med Hypotheses.* 2007;68:910-1.
5. Carroll P. Mobile chest drainage: coming soon to a home near you. *Home Healthc Nurse.* 2002;20:434-41.
6. Saffran L, Ost DE, Fein AM, Schiff MJ. Outpatient pleurodesis of malignant pleural effusions using a small-bore pigtail catheter. *Chest.* 2000;118:417-21.
7. Queto-Felgueroso J, Álvarez B, García G. Toracocentesis paliativa domiciliaria. 8.^º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. A Coruña: 2010.
8. Thomsen TW, DeLaPena J, Setnik GS. Videos in clinical medicine. Thoracentesis. *N Engl J Med.* 2006;355:e16.

Vicente del Saz Moreno *, José Manuel Cano González, Manuela Monleón Just y Diego Ruiz López

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Servicio Madrileño de Salud (Antigua Área 11 de Atención Primaria de Salud), Madrid, España

*Trabajo presentado en el 8.^º Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. 5-8 de mayo de 2010. A Coruña.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vsazm@papps.org (V. del Saz Moreno).