



DOI: <http://doi.org/10.22585/hospdomic.v6i3.160>

Sedación intravenosa en domicilio tras fracaso a la sedación subcutánea

Intravenous sedation at home after failure of subcutaneous sedation

Andrea Illán¹  0000-0002-1833-7109

Andrea Crespo²  0000-0002-8311-8199

Selene Illán³  0000-0002-7740-5896

Sonia Panadero²  0000-0003-3926-265X

1. Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.
2. Servicio de Oncología Médica. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia, España.
3. Hospital de Día Oncohematológico. Hospital General Universitario, Alicante, España.

Correspondencia/Correspondence

Andrea Illán Varella
andrea88med@yahoo.es

Recibido/Received

24.03.2022

Aceptado/Accepted

11.07.2022

Conflicto de Intereses/Competing interest

Las autoras declaran la inexistencia de conflicto de interés.

Financiación/Funding

No se han recibido fuentes de financiación.

Contribuciones de autoría/Author contributions

Todxs las autorxs han contribuido por igual en la realización de este trabajo.

Agradecimientos/Acknowledgments

Sin agradecimientos

CÓMO CITAR ESTE TRABAJO | HOW TO CITE THIS PAPER

Illán A, Crespo A, Illán S, Panadero S. Sedación intravenosa en domicilio tras fracaso a la sedación subcutánea. Hosp Domic. 2022;6(3):135-9.

RESUMEN

La vía subcutánea representa la vía de elección en el manejo de los síntomas del paciente oncológico paliativo. De especial importancia en domicilio, resulta fundamental para plantear sedación en situación de agonía. Por otro lado, es habitual que el paciente oncológico disponga de catéteres centrales de acceso periférico debido a los múltiples ciclos de medicación citostática que reciben a lo largo de su vida.

Por ello, y ante la situación de fracaso a la sedación por vía subcutánea en situación de últimos días, podría plantearse como alternativa la sedación endovenosa a través de estos dispositivos, en domicilio. Esta hipótesis de trabajo se pone de manifiesto en base a nuestra experiencia de sedación intravenosa a través de reservorio venoso central (RVC) en paciente con diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas estadio IV en situación de agonía. La paciente falleció con buen control de síntomas y sedación completa en domicilio.

Palabras clave: sedación paliativa; vía subcutánea; sedación intravenosa; cuidados paliativos.

ABSTRACT

The subcutaneously pharmacological administration represents the best choice in the management of symptoms in palliative cancer patients. Specially at home, it is essential to propose sedation in a situation of agony. Also, it's common that cancer patients to have peripheral access central catheters due to the multiple cycles of cytostatic medication they receive throughout their lives.

For this reason and given the situation of failure of subcutaneous sedation in agony, intravenous sedation through these devices at home could be considered as an alternative. This working hypothesis is made clear based on our experience with intravenous sedation through a central venous reservoir (CVR) in a patient diagnosed with stage IV pancreatic adenocarcinoma at the end of her life. The patient died with good control of symptoms and complete sedation at home.

Keywords: palliative sedation; subcutaneous route; intravenous sedation; palliative care.

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso clínico de una paciente en situación de últimos días por adenocarcinoma de páncreas avanzado. Disponía de reservorio venoso central (RVC) por mal acceso venoso periférico por citostáticos. En fase de agonía, se planteó en domicilio sedación por vía subcutánea por parte del equipo de cuidados paliativos (CP). La administración de fármacos a través de esta vía fue un fracaso, pues no se consiguió sedación con el consecuente mal control de síntomas de la paciente y sufrimiento añadido de la familia.

Ante ello, el equipo de CP planteó empleo de RVC para sedación endovenosa en domicilio, con éxito; falleciendo la paciente entre medias óptimas de confort.

La vía de elección para el control de síntomas del paciente oncológico paliativo es la subcutánea. Es una vía de fácil uso, cómoda, con pocas limitaciones, y que permite emplear múltiples fármacos, especialmente en situación de últimos días. Además, permite en situación de agonía el alivio de los síntomas refractarios que producen el sufrimiento del paciente.

Sin embargo, en casos muy seleccionados y siempre y cuando se disponga de accesos venosos centrales con origen periférico, ya sea RVC o PICC (*Peripheral Inserted Central Catheter, Catéter central insertado periférico*), se podría plantear como alternativa al fallo de la vía subcutánea. Esto deben tenerlo presente los profesionales de la unidad de CP.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Se expone el caso clínico de una paciente mujer de 59 años sin antecedentes de interés que inicia estudio en mayo de 2018 por dolor abdominal y pérdida de peso.

Se realizó tomografía axial computerizada (TAC), objetivándose masa de 3,5 cm en cuerpo pancreático, metástasis pulmonares y metástasis hepáticas múltiples en ambos lóbulos hepáticos de hasta 5 cm de tamaño. Ante los hallazgos, se procedió a biopsia con aguja gruesa (BAG), obteniéndose como resultado anatómo-patológico adenocarcinoma de origen pancreático.

La paciente fue derivada a las consultas externas de Oncología Médica, planteándose tratamiento quimioterápico (QT) de primera línea según esquema Carboplatino y Nab-Paclitaxel. Preciso colocación de RVC.

La paciente experimentó gran respuesta antitumoral, permaneciendo hasta dos años con dicho tratamiento activo. Posteriormente experimentó dos recaídas, recibiendo Xeloda y Oxaliplatino, y 5-Fluoruracilo e Irinotecan, respectivamente. Durante todo este período, la tolerancia a los regímenes de QT y la calidad de vida de la paciente resultó excelente.

En enero de 2022 experimentó astenia intensa y dolor en hipocondrio derecho con necesidad de opioides de tercer escalón. La paciente fue deteriorándose progresivamente; se desestimó continuación de tratamiento QT y fue derivada a la Unidad de Cuidados Paliativos.

En febrero de 2022, continúa su deterioro físico, alcanzando performance status de 3-4, mal control del dolor y cuadro de delirium hiperactivo. Ante situación de agonía, se planteó sedación en la agonía a través de vía subcutánea. La sintomatología fue refractaria a la misma, con empeoramiento del delirium hiperactivo; pues, ser efectiva la sedación subcutánea.

Ante ello y la disponibilidad de acceso venoso central de la paciente gracias al RVC, se decidió pauta intravenosa de sedación paliativa. Ésta fue efectiva y permitió controlar los síntomas. La paciente falleció a las 36 horas bajo medidas de confort.

DISCUSIÓN

La sedación paliativa consiste⁽¹⁾ en la administración de fármacos para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad en fase terminal tanto como sea preciso para aliviar el sufrimiento⁽²⁾ asociado a uno o más síntomas refractarios. Ruiz et al describieron en la Guía Clínica Extremeña⁽³⁾ que entre el 50-70% de los pacientes terminales desean que su fallecimiento tenga lugar en domicilio, según diferentes cuestionario. En este contexto, se primó la necesidad de una vía para sedación en domicilio: ésta es la vía subcutánea. De aplicación sencilla, apenas dolorosa y no invasiva, permite la administración de fármacos para alivio de síntomas por parte de la familia y cuidadores en el ámbito domiciliario, con entrenamiento y supervisión por parte de personal sanitario. La potencial complicación más frecuente puede es la inflamación o irritación local. En escasas ocasiones, como el caso que presentamos, la sedación por vía subcutánea no alcanza éxito, resultando en no control de síntomas y situación de sufrimiento orgánico y psicológico para la paciente⁽⁴⁾ y la familia.

El profesional prescriptor de la sedación debe asegurarse de que los fármacos empleados en el infusor subcutáneo sean los óptimos y a dosis también adecuadas, pues la infradosificación o la incorrecta elección de los síntomas puede ser una causa fundamental⁽⁵⁾ del no control de los síntomas refractarios por vía subcutánea.

La alternativa a la misma, tal y como describimos, es la sedación vía intravenosa domiciliaria, siempre y cuando el paciente disponga (para evitar método invasivo) de PICC o RVC.

El PICC se define como aquel catéter venoso central de inserción periférica que se inserta en un vaso sanguíneo periférico, habitualmente a través de las venas basilica y cefálica de las extremidades superiores⁽⁶⁾. Clásicamente su utilización ha sido precisa para administración de nutrición parenteral, antibióticos y medicación citostática, pero también puede ser empleada para administración de perfusión de sedación paliativa. La migración o rotura del catéter son las principales complicaciones⁽⁷⁾. El RVC o Port-A-Cath[®], es un dispositivo totalmente implantable interno tunelizado de larga duración con colocación y retirada en el quirófano. Generalmente empelado para administración de quimioterapia en infusión continua, resulta una alternativa a la vía periférica clásica de mal acceso.

El interés del caso clínico que presentamos radica en la posibilidad de sedación intravenosa en domicilio cuando el paciente tenga disponible PICC o RVC. En ausencia de alguno de estos dos dispositivos, la canalización de vía periférica al ser un procedimiento invasivo se debe intentar evitar; aunque en casos seleccionados (y de fallo a sedación subcutánea) podría plantearse en domicilio.

CONCLUSIONES

Pese a que la vía subcutánea es la de elección en la sedación en la agonía en el paciente oncológico paliativo, existe la posibilidad de que ésta fracase y el profesional médico y enfermero deban conocer vías alternativas para llevar a cabo la misma. Con este caso clínico describimos nuestra experiencia sobre el uso de sedación vía intravenosa para sedación paliativa en domicilio, con éxito

BIBLIOGRAFÍA

1. Ascanio B, Castillo M, Benítez del Rosario MA. Comprender los cuidados paliativos [monografía en Internet]. Palma, España; SECPAL: 2022. Disponible en: <https://bit.ly/3P0Z7VI>
2. Hernández Pérez B, López López C, García Rodríguez MA. Vía subcutánea: Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. MEDIFAM. 2002;12(2):44-54. DOI:10.4321/S1131-57682002000200003
3. Ruiz Márquez MP, Alonso Prado ME, coordinadoras. Guía clínica: Uso y recomendaciones de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Mérida, España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.
4. Auría Genzor G, Cabrero Claver AI, Narvió Carriquiri A, Ortega Riba V, Puértolas Güerri Y. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la vía subcutánea [monografía en Internet]. 2020 [consultada 22 junio 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3yLi20z>
5. Martínez Cruz, coordinadora. Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea. Madrid, España: IM&C; 2021.
6. Huelva Acosta G. Peripherally inserted central catheter (PICC): Features and nursing management. Sanum. 2017;1(3):28-35.
7. Macías Gálvez MN, Zorrilla Delgado ME, Martín Fontalba MA. Técnica de colocación del catéter central de inserción periférica (PICC). Rev Enferm Docente. 2015;(103):25-32.