

CASO CLÍNICO

Una utilidad diferente del catéter de diálisis peritoneal: Drenaje de líquido ascítico en un paciente con mesotelioma maligno

Nuria Mañé Buixó
Esther Ponz Clemente
Elios Yuste Giménez
Conchita Blasco Cabañas*

M.^a Teresa Buera Palain
Azucena Doz Modrego**

**Unidad de Nefrología*

***Unidad de Paliación
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell*

INTRODUCCIÓN

Cuidar al enfermo y aliviar el sufrimiento es una de las tareas básicas de la enfermera, que debe considerarse junto a otras, quizás más técnicas, pero no por ello deja de ser importante y fundamental en nuestro trabajo diario.

Valorar a la persona en su globalidad (aspectos bio-psico-sociales) y detectar sus necesidades nos ayuda a mejorar nuestra tarea asistencial. El avance de la medicina permite tratar muchas enfermedades y como consecuencia prolongar la esperanza de vida. Nos encontramos con pacientes cada vez más ancianos y con más patologías asociadas que aumentan la complejidad de los cuidados. Los profesionales de la salud, teniendo en cuenta la diversidad de las situaciones familiares actuales, hemos de saber abordar cada caso de manera individual, y a la vez ser conocedores de los recursos comunitarios existentes, para poder orientar al paciente, en función de las necesidades detectadas (1) (2).

Actualmente para cada patología pueden existir distintas opciones terapéuticas, es posible utilizar una gran cantidad de pruebas diagnósticas, la tecnología es cada vez más especializada y se requiere una alta cualificación del profesional

sanitario tanto a nivel médico como de enfermería. Alcanzar todos los ámbitos del conocimiento resulta una tarea prácticamente inabarcable. Por ello es imprescindible la creación de equipos multidisciplinares donde compartir conocimientos, técnicas, experiencias, y reflexionar sobre nuestras actuaciones. De esta forma se pueden conocer y utilizar todos los recursos disponibles y organizar planes terapéuticos adecuados para el cuidado integral de nuestros pacientes que permitan contribuir a mejorar su calidad de vida. El principal objetivo del profesional sanitario es curar, pero cuando esto no es posible, debemos siempre garantizar la máxima calidad de vida posible. La persona enferma debe adaptar sus expectativas a esta nueva situación. El poder ofrecerle alternativas que favorezcan el mantenimiento de su autonomía significa dar respuesta a sus necesidades.

La Corporació Sanitària del Parc Taulí es un hospital general con una población de referencia de 387.000 habitantes. Se define como una institución sanitaria con un modelo asistencial enfocado hacia el paciente y la población, siendo la calidad asistencial, la atención integral y personalizada del paciente su principal objetivo. El hospital está organizado en distintas Unidades de Proceso Asistencial (UPA), según patologías prevalentes. En su voluntad de centrarse en las necesidades de la población.

La Unidad de Nefrología se creó en septiembre de 1991 y su objetivo es proporcionar una atención integral a los pacientes con patologías renales que pertenezcan a nuestra área de influencia. Está formada por una unidad de hospitalización, un programa de hemodiálisis crónica con capaci-

Correspondencia:
Nuria Mañé Buixó

Corporació Sanitària Parc Taulí
Unidad de Nefrología - Edificio Taulí, Parc. Taulí, s/n.
Teléfono: 93 723 10 10 - Extensión: 21362 / 25011
08208-SABADELL (Barcelona)

dad para 75 pacientes y alrededor de 20 pacientes en programa diálisis peritoneal (5).

La UPA de paliación está organizada interprofesionalmente para llevar a cabo y mejorar el proceso integra a la población que requiere cuidados paliativos (2).

Estas dos unidades, con técnicas y formas de actuación diferentes y específicas, pueden colaborar conjuntamente con el objetivo común de contribuir al bienestar del enfermo.

Dar a conocer la utilización de un catéter de diálisis peritoneal para drenar líquido ascítico en un paciente diagnosticado de un mesotelioma peritoneal maligno.

Varón de 59 años diagnosticado en marzo de 1994 de Mesotelioma peritoneal maligno. El diagnóstico se realizó en el acto operatorio de una hemorragia inguinal izquierda, mediante biopsias de nódulos peritoneales.

El equipo de oncología consideró el enfermo tributario de tratamiento paliativo.

Desde *Marzo de 1994* hasta *Diciembre de 1995*, el enfermo permaneció asintomático, con un Índice de Karnofsky (IK) del 100% (7).

En *Marzo de 1996* el enfermo inició una distensión abdominal ligera, en aquel momento, el IK era del 90% y se evidencia la existencia de ascitis y varias tumoraciones peritoneales, se indicó paracentesis evacuadoras según necesidad y el enfermo estaba ligeramente desnutrido.

En *Abril de 1996* el enfermo sufría un deterioro lento y progresivo. El IK era del 80%.

En *Junio de 1996*, la ascitis era más importante y el enfermo estaba más sintomático, pero con buen estado general. No precisaba analgesia y se controlaba con diuréticos. IK del 80%.

Oncología presenta al enfermo al equipo de la UPA de paliación.

VALORACIÓN DE LA UPA DE PALIACIÓN

Enfermo de 59 años, con esposa y 3 hijos, uno de ellos vive en el domicilio familiar. Presenta buena calidad de vida, se mantiene laboralmente activo y practica actividades sociales (deportes y aficiones). La esposa del enfermo es la cuidadora principal y la relación de pareja es satisfactoria. Con relación a la información, el paciente conoce la enfermedad pero no el pronóstico. Los dos hijos que viven independientes no conocen la naturaleza de la enfermedad y el paciente y su esposa se muestran partidarios de no darles información que pueda preocuparles. Desde el principio el enfermo se manifiesta interlocutor principal y con voluntad de tomar las decisiones necesarias en todo momento.

Durante la atención ambulatoria el enfermo presenta como problemas principales:

Distensión abdominal - Ascitis - Poliuria - Debilidad.

Dentro del proceso de información, se empieza a trabajar la adecuación de expectativas en función de las necesidades del enfermo, respondiendo a preguntas directas sobre la naturaleza de la enfermedad, evolución y complicaciones que se pueden presentar. Las visitas resultan muy participativas tanto por parte del enfermo como de su esposa y ello contribuye a aumentar el grado de confianza.

El paciente está en su domicilio, recibe seguimiento telefónico y acude a visita en función de sus necesidades.

En *Noviembre de 1996* el enfermo presentó, un empeoramiento de su estado general con ascitis a tensión, dificultad respiratoria, alteraciones del sueño, molestias por distensión abdominal y dolor inespecífico. El IK era del 60%. Aumentó el síndrome tóxico y apareció dolor dorsal y en extremidades inferiores que requerían tratamiento analgésico y corticoides. El paciente precisaba paracentesis evacuadoras muy frecuentes (cada 7 u 8 días). El procedimiento era lento por la viscosidad del líquido (5 horas) y de gran volumen, llegando a débitos de 11 litros. Además la punción era dificultosa debido a la aparición progresiva de tumoraciones e implantes en la pared abdominal y en las zonas de punción. El paciente permanecía activo social y laboralmente.

En este momento el equipo que atiende al enfermo, la UPA de paliación consultó con la Unidad de Nefrología y se realizó una sesión clínica multidisciplinaria. Se expuso el caso clínico y se reflexionó acerca de si el catéter de diálisis peritoneal (DP) podría ser útil para el drenaje de ascitis a un enfermo con cáncer peritoneal y se consideraron los posibles beneficios y complicaciones del procedimiento.

Finalmente se decidió de acuerdo con el enfermo y su familia, colocar un catéter de DP.

En *Enero de 1997* el nefrólogo responsable de la unidad de diálisis peritoneal colocó un Catéter de DP Tenckhoff con dos topes de dacron, trayecto subcutáneo curvo y extremo distal en espiral, por punción con anestesia local y sedación.

Se entrenó al paciente y a su esposa en la técnica de diálisis peritoneal. Aunque el paciente no realizara diálisis debía de conocer todo el sistema de conexión y desconexión a un equipo de doble bolsa. La metodología de drenaje consistía en conectar el catéter a una bolsa de diálisis para vaciar el líquido peritoneal, obteniendo en dos horas unos 2000 cc. de líquido peritoneal espeso y viscoso. Posteriormente se infundían 100 cc. de líquido peritoneal al que se había añadido 1 cc. de Heparina Na al 1% con la finalidad de evitar la obstrucción del catéter. El enfermo realizaba el procedimiento cada 48 horas.

El nivel de colaboración del paciente y familia, la ilusión y deseo de aprender para trasladarse a su domicilio hicieron que el período de aprendizaje fuera muy corto y que a los 7 días de colocar el catéter el paciente fuera dado de alta del hospital, siendo capaz de realizar las paracentesis en su domicilio (6).

PLAN DE ENTRENAMIENTO

- Normas de asepsia
- Cuidados del orificio
- Conexión / drenaje e / infusión / desconexión
- Heparinización bolsas diálisis
- Solucionar pequeños problemas
- Signos y síntomas de infección
- Situaciones en las que debía contactar con Nefrología

El material que el paciente necesitó en su domicilio se le suministró directamente desde la Unidad de Nefrología. Sólo utilizaba 3 bolsas por semana y eran sus propios familiares los responsables del traslado del material.

El seguimiento del enfermo se realizó directamente mediante llamadas telefónicas o a través de la Unidad de Paliación.

RESULTADOS

1.º En cuanto a la técnica de drenaje de líquido peritoneal

- No complicaciones en la colocación del catéter
- No infecciones del orificio
- No peritonitis
- No obstrucciones del catéter
- Nunca precisó una consulta urgente a la Unidad de Nefrología
- La coordinación fue perfecta

2.º En cuanto a la eficacia de la técnica

- Menor distensión abdominal, ya que el vaciado era más frecuente
- Mejoría de la disnea
- Mayor facilidad de movilización
- Satisfacción del enfermo y su familia al evitar punciones y al ser responsables de su tratamiento
- Se evitan desplazamientos al hospital

En general el paciente aumentó su confort y autonomía, disminuyó su sintomatología con un alto grado de satisfacción tanto del enfermo como de su familia.

EVOLUCIÓN

El 16 de Febrero de 1997 requirió hospitalización por hipoglucemia paraneoplásica debida a la secreción tumoral de factores Insulina-like que precisaba la administración de sueros glucosados hipertónicos. Fue necesaria la colocación de una vía venosa central para disminuir el riesgo de flebitis, por la alta concentración de glucosa.

Tras consultar con Endocrinología, se inició un tratamiento-ensayo con Somatostatina sin éxito. El paciente empeoró clínicamente, el *IK era del 40%* Aparecieron edemas generalizados. Los drenajes peritoneales eran cada vez más escasos con débitos de alrededor de 1 litro por conexión, sin que existieran problemas técnicos Presentó dolor lumbar y abdominal, junto con dificultad respiratoria, por lo que se inició tratamiento con Morfina.

El enfermo fue informado en todo momento de las complicaciones, así como de la necesidad de un aporte de glucosa intravenoso continuado para seguir viviendo. Dada la complejidad de la situación, el equipo que atendía al enfermo, se planteó el análisis de los problemas éticos que influyen la toma de decisiones.

Se consulta con el Comité de Ética Asistencial y se realizó una reunión conjunta del comité con diferentes profesionales implicados en la asistencia directa del enfermo.

El enfermo mantuvo en todo momento la posición de protagonista de su enfermedad, exigiendo ser informado y poder participar en la toma de decisiones. En esta línea solicitó la retirada de sueros glucosados, siendo consciente de que el resultado final de esta actuación era la muerte.

El equipo asistencial solicitó ayuda al Comité de Ética para poder responder adecuadamente, considerando los aspectos fundamentales de la Bio Ética (7).

El Comité de Ética consideró que era posible suspender el tratamiento intravenoso dado que su mantenimiento no mejoraba el pronóstico ni la calidad de vida del enfermo.

El enfermo estaba resignado con su situación y solicitó un control de síntomas, evitando el sufrimiento. Sin retirar el tratamiento intravenoso, el enfermo presentó un empeoramiento irreversible de su estado general con depresión del estado de consciencia por lo que se procedió a la sedación y fue exitus en 24 horas.

Durante el periodo de tiempo que estuvo hospitalizado en la Unidad Específica para control Sintomático (U.E.S.) y hasta su fallecimiento, la familia siguió responsabilizándose del funcionamiento del catéter peritoneal, lo que favorecía el papel cuidador de la esposa y mantenía la autonomía del paciente.

DISCUSIÓN

Gracias al catéter de DP el paciente disponía de un instrumento indoloro, cómodo y útil para autorealizarse las paracentesis en su domicilio, con lo que su principal sintomatología debida a la distensión abdominal mejoró espectacularmente. Según sus propias palabras «no entendía como este grifo que llevaba en la barriga no se lo habíamos puesto antes, ya que se habría ahorrado muchas molestias». Sobre todo se refería a las punciones ocasionados por las paracentesis repetidas, y que en general permanecía casi siempre en una situación de ascitis a tensión.

El grado de satisfacción del paciente, la familia y el equipo asistencial fue muy alta.

En realidad, de no haber aparecido esta complicación concomitante, la hipoglicemia, probablemente la supervivencia del enfermo habría sido mejor. El Mesotelioma maligno peritoneal es una enfermedad poco común que se origina a partir de las células epiteliales y mesenquimatosas del mesotelio. Su pronóstico es malo y de evolución mortal a medio-corto plazo. Cuando se diagnostica normalmente se encuentra fuera de cualquier opción terapéutica y únicamente puede tratarse de forma paliativa.

El síntoma principal es la existencia de ascitis secundaria a los múltiples implantes de masas intraperitoneales. El líquido ascítico habitualmente es un exudado y en ocasiones puede ser hemático. También pueden producir síntomas de obstrucción intestinal por fijación de las asas en relación a la masa tumoral (3) (4).

Reflexionando sobre el caso y la técnica de colocación del catéter, quizá hubiera sido más adecuado utilizar la laparoscopia para evitar perforación de vísceras o la ubicación del catéter en una zona tabicada. Optamos por colocar el catéter por punción para evitar la anestesia general a un enfermo ya sometido a tratamiento paliativo. En cualquier caso la técnica de colocación debería decidirse de forma individualizada.

Si no hay complicaciones, la técnica consigue los objetivos propuestos y los resultados son óptimos. No podemos olvidar que podría haber sido diferente. Que el catéter peritoneal no hubiera cubierto las expectativas del enfermo por falta de eficacia o bien por complicaciones por mal funcionamiento, fugas o hemorragias. Así pensamos que no se pueden generalizar los resultados, aunque es una técnica a considerar en este tipo de enfermos.

En una revisión de la literatura médica en MED-LINE de los últimos 20 años no hemos encontrado referencia de esta utilidad del catéter de DP. Sí que se ha utilizado para la administración de citostáticos por vía intraperitoneal en casos de mesotelioma maligno y neoplasias de ovario.

Nos consta a través de comunicación personal la utilización del catéter de DP para drenaje de ascitis en cirrosis hepática en 2 pacientes que viven muy alejados del hospital.

CONCLUSIONES

1.º- El resultado final de la colaboración de la Unidad de Nefrología con la Unidad de Paliación, ofertando la técnica de Diálisis Peritoneal para otras utilidades ha sido muy positivo.

2.º- El paciente aumentó su confort y autonomía, disminuyó su sintomatología con un alto grado de satisfacción para el enfermo y su familia.

3.º- El procedimiento puede ser una alternativa en pacientes con un proceso similar, Sin embargo es imprescindible la valoración cuidadosa, individual e integral de cada caso. No podemos generalizar los resultados.

4.º- Probablemente gran parte del excelente resultado se debe a una correcta preparación, comunicación, organización de tareas y en definitiva a la «no improvisación», adecuando la información al paciente y a la familia.

5.º- La experiencia del trabajo multidisciplinar, supuso un enriquecimiento y satisfacción profesional que tuvimos la suerte de compartir con el enfermo-familia a través de un intercambio humano altamente satisfactorio para todos.