TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA ASOCIADA A CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO MALPOSICIONADO EN UN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

Presentación clínica:

Mujer de 64 años, exfumadora, linfoma no Hodgkin (remisión completa tras quimio-radioterapia) y cambios rádicos mediastínicos.

Ingresa en UCI por shock séptico secundario a neumonía neumocócica precisando ventilación no invasiva y noradrenalina.

Procedimiento y complicación:

Se canaliza PICC en miembro superior izquierdo guiado por ecografía. La Rx de control evidencia punta en vena yugular interna ipsilateral. Tras retirarlo unos centímetros, se mantiene en vena subclavia sin alcanzar posición central.

Se indica sustitución, pero por elevada carga asistencial no se realiza inmediatamente, administrando noradrenalina y antibioterapia durante 24h por la vía malposicionada. El catéter se retira al día siguiente canalizando el brazo derecho.

FACTORES CONTRIBUYENTES

- Shock con necesidad urgente de acceso venoso para drogas vasoactivas.
- Radioterapia mediastínica previa y cirugía cervical que pudieron dificultar la progresión del catéter.
- Malposición detectada adecuadamente pero no corregida de inmediato por alta carga asistencial.
- Uso del catéter para infusión de fármacos vasoactivos e irritantes.
- Estado protrombótico asociado a la sepsis, la inmovilización y el antecedente oncológico.

APRENDIZAJE

1. **Comprobación sistemática**: Verificación inmediata de la posición de la punta con el facultativo.
2. **Lista de verificación (Checklist):** Registro obligatorio de normoposición, necesidad de reposicionamiento o indicación de retirada/recanalización.

RESULTADOS OBTENIDOS:

Evolución favorable de la paciente, suspensión de noradrenalina a las 24h y alta a planta con anticoagulación.

LECCIÓN CLAVE

Es imprescindible detectar y corregir inmediatamente la malposición de un catéter central