



Caso 1-2022:

PICC en Visita Domiciliar de Cuidados Paliativos, nuestro primer caso, HSJD. PICC in Home Visit of Palliative Care, our first case, HSJD

Recibido: 29/09/2021

Aceptado: 22/11/2022

¹ Andrea Medina Méndez

² Héctor Segura Mata

³ Priscilla Mesén Aguilar.

- ¹ Especialista en Medicina Paliativa, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social, San José Costa Rica
Profesora del Posgrado de Medicina Paliativa Universidad de Costa Rica, San Pedro, Costa Rica andreamedinacr@hotmail.com
- ² Especialista en Medicina Paliativa, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social, San José Costa Rica, andreamedinacr@hotmail.com
- ³ Profesora del pregrado de la Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica, San Pedro, Costa Rica, Jefe del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense de Seguro Social, San José Costa Rica, andreamedinacr@hotmail.com

Resumen

Presentamos un reporte de caso, nuestra primera experiencia de un catéter venoso central insertado periféricamente (PICC) para el control de síntomas en el programa de Visita Domiciliar (VD) de Medicina Paliativa (MP) en la CCSS. Se logró un adecuado control de síntomas y disminución del estrés familiar sin que se presentaran complicaciones. No se contó con fuentes de subvenciones, ayudas económicas y no tenemos conflictos de intereses.

Abstract

We present a case report, our first experience of a peripherally inserted central venous catheter (PICC) for the control of symptoms in the Home Visit (DV) program of Palliative Medicine (PM) in the CCSS. Adequate control of symptoms and reduction of family stress were achieved without complications. There were no sources of subsidies, financial aid and we have no conflicts of interest.

Palabras claves

PICC, Visita Domiciliar, terminal, paliativo

Key words

PICC, Home Visit, terminal ill, palliative

Caso clínico

La vía subcutánea, tradicionalmente, ha sido la vía de administración de medicamentos cuando los pacientes terminales no pueden deglutir. Sin embargo, con los nuevos avances médicos, el catéter venoso central insertado periféricamente (PICC) viene a ser una opción más para estos pacientes. Presentamos nuestra primera experiencia:

Paciente femenina de 41 años con antecedente de tabaquismo no significativo y etilismo social. Antecedentes quirúrgicos de importancia: hernioplastía y apendicetomía y sin antecedentes personales patológicos.

En julio del 2020 consulta por historia de 4 meses de evolución de masa a nivel del borde lateral de la lengua de 5x3 cm, se toma biopsia reportada positiva por células escamosas de lengua y se da un estadiaje de cT-2N0Mx.

Se interna en setiembre del 2020 para la colocación de sonda de gastrostomía percutánea (PEG) pero por compromiso del trigono retro molar que genera efecto de masa, no se realiza. En esa oportunidad se documenta progresión de la enfermedad que imposibilita el manejo quirúrgico de la neoplasia por lo que se hace un nuevo estadiaje (cT4aN2bM0). Ese mismo mes inicia control en consulta externa de Medicina Paliativa (MP) en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

En octubre del 2020 se realiza traqueostomía de emergencia por obstrucción de la vía aérea y se coloca PEG (técnica de Stam). Recibe dos ciclos de quimioterapia y no completa la radioterapia por deterioro funcional.

A inicios de marzo del 2021 se ingresa al programa de Visita Domiciliar (VD) de MP en la CCSS y se realiza la primera visita, en la que se encuentra estable de sus síntomas. Pero en abril del 2021, inicia con disnea secundaria a un derrame pleural maligno derecho, que ameritó la colocación de pleurocath para el manejo de este en el domicilio.

En mayo del 2021, en sesión interdisciplinaria del servicio de Cuidados Paliativos (CCSS), se acuerda internarla por descompensación psicológica de la paciente y su familia, así como mal manejo del dolor (con múltiples consultas en emergencias y vía telefónica). Durante el internamiento se coloca un PICC, para garantizar una vía permeable para la

administración de medicamentos por infusión continua, mejorar el control de síntomas y a la vez disminuir la carga emocional a la paciente y su familia al no tener que cumplir diferentes horarios de administración de fármacos ni tener que ser ellos quienes los administraban. A la vez se hace una reorganización familiar e intervención psicológica. Egresa con oxígeno suplementario y el tratamiento analgésico en bomba elastomérica por el PICC.

El 09 de julio se realiza una VD de emergencia (a solicitud de familiares) encontrando a la paciente con mayor esfuerzo respiratorio, por lo que se decide hacer ajuste de bomba elastomérica. La paciente falleció ese mismo día en la noche, en su casa en compañía de sus familiares con adecuado control de síntomas (según información brindada retrospectivamente por los familiares).

Discusión y análisis del caso

Este es el primer caso en donde utilizamos un PICC para el manejo de los síntomas en la terminalidad de una paciente en donde se obtuvo al final, un adecuado control de síntomas y disminución del estrés familiar al no tener que preocuparse por la aplicación de los tratamientos. No hubo complicaciones en su colocación ni durante el tiempo en que se utilizó. Evidenciamos que según lo que dice la literatura internacional, el PICC podría ser una opción más de vía de administración de medicamentos en pacientes terminales.

El uso de PICC generalmente se recomienda en los siguientes casos ¹⁻⁵:

- Pacientes con cáncer y con acceso venoso periférico limitado
- Pacientes que reciben regímenes que requieren infusiones IV prolongadas (hemoderivados) o continuas de múltiples agentes quimioterapéuticos o de cuidados de apoyo (antibióticos)
- Pacientes que requieren extracciones de sangre repetidas o monitoreo clínico,
- Pacientes sin acceso venoso periférico o cuando está severamente dañado debido al tratamiento o múltiples venopunciones

La tasa de complicación de PICC varía del 8 al

50%, 6. Las complicaciones más comunes del catéter PICC son mecánicas (obstrucciones y desplazamiento del catéter), infección, rotura del catéter, trombosis relacionada con el catéter, extravasación, flebitis, tasa de extracción accidental y neumotórax ⁵⁻¹¹.

Los pacientes con cáncer en fase terminal, son muy frágiles y en ocasiones pueden presentar alteraciones de su estado cognitivo con una supervivencia limitada a meses 12. Por lo que a la hora de pensar en colocar un catéter venoso central en este tipo de pacientes, se debe tomar en cuenta que la inserción del mismo sea segura, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento y que el catéter sea cómodo con una durabilidad intermedia, características que el PICC cumple. ¹²

Yamada et al⁴ realizaron el primer estudio que aclara la utilidad de un PICC percibida por el paciente en un entorno de cuidados paliativos (estudio descriptivo, observacional prospectivo de 219 pacientes). Encontraron que el PICC se puede colocar con éxito en los pacientes terminales. Solo un 30% de los pacientes experimentaron una angustia transitoria y leve relacionada al procedimiento. Tuvieron una alta tasa de éxito (86%) y ausencia de complicaciones graves relacionadas a la inserción del PICC. La tasa global de extracción fue del 18% (10% autoextracción (delirio) y 8% coagulación irreversible del catéter. La mediana de la vida útil del catéter fue 15 días, la permanencia más larga fue de 81 días. 82% fallecieron con el PICC. Concluyen que el PICC podrían ser una alternativa para la vía SC según la condición y la preferencia del paciente.

Park et al en el 2016 ¹² realizaron el primer estudio observacional prospectivo multicéntrico que evalúa el papel de la inserción de PICC utilizando guía radiológica en pacientes con cáncer terminal, logrando una tasa de éxito del PICC del 100% y no hubo complicaciones graves relacionadas con el procedimiento durante la inserción del PICC. Analizaron 39 casos. Ellos piensan que su tasa de éxito fue tan alta porque los procedimientos fueron realizados por radiólogos intervencionistas experimentados. La mediana de la vida útil del catéter fue de 19,0 días. En 34 casos mantuvieron el PICC hasta el fallecimiento. Se informó de un total de 10 complicaciones siendo la extracción

prematura la más frecuente. Los pacientes reportaron que el procedimiento no fue angustiante (42%), un poco angustiante (36%) o angustiante (21%). 30 pacientes habían conservado la función cognitiva al quinto día de colocación, la mayoría de los pacientes (83%) informaron más comodidad, aunque los otros 5 usuarios no informaron cambios y solo 2 pacientes menos comodidad. La limitación principal que tuvieron, es que solo incluyó pacientes con tumores sólidos.

Conclusiones

Posteriormente, Park et al realizaron un ensayo¹³ de fase II aleatorizado, prospectivo y de un solo centro. Los participantes fueron internos de un Hospicio de Cuidados Paliativos entre mayo de 2017 y enero 2020 y asignados aleatoriamente a dos grupos: (1) el brazo de PICC de rutina (inserción inicial de PICC en el momento de la admisión, lo que significa que el procedimiento se realizó dentro de los 3 días hábiles posteriores a la inscripción en el estudio), o (2) el brazo de acceso IV habitual (inserción tardía del PICC). Concluyeron que la inserción de PICC de rutina en pacientes con cáncer en fase terminal mostró una seguridad y eficacia comparables y una satisfacción superior en comparación con el acceso intravenoso habitual.

En relación a los pacientes en fase terminal, los PICC se consideraron seguros, útiles y cómodos ^{13,14}, con un bajo porcentaje de complicaciones tanto durante la colocación como posteriormente ¹⁴ por lo que pueden utilizarse para la administración IV continua o intermitente de líquidos y fármacos en un hospicio para cuidados paliativos durante períodos prolongados ¹⁵.

Bibliografía

1. Niederhuber JE. *Totally Implantable Venous Access Devices. (Di Carlo I, Biffi R, eds.)*. Springer Milan; 2012. doi:10.1007/978-88-470-2373-4
2. Babu Kg, Suresh Babu M, Lokanatha D, Bhat G. *Outcomes, cost comparison, and patient satisfaction during long-term central venous access in cancer patients: Experience from a Tertiary Care Cancer Institute in South India. Indian J Med Paediatr Oncol.* 2016;37(4):232. doi:10.4103/0971-5851.195732
3. Babu Kg, Suresh Babu M, Lokanatha D, Bhat G. *Outcomes, cost comparison, and patient satisfaction during long-term central venous access in cancer patients: Experience from a Tertiary Care Cancer Institute in South India. Indian J Med Paediatr Oncol.* 2016;37(4):232. doi:10.4103/0971-5851.195732
4. Yamada R, Morita T, Yashiro E, et al. *Patient-Reported Usefulness of Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management.* 2010;40(1):60-66. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.327
5. Santos FKY, Flumignan RLG, Areias LL, et al. *Peripherally inserted central catheter versus central venous catheter for intravenous access: A protocol for systematic review and meta-analysis. Medicine.* 2020;99(30):e20352. doi:10.1097/MD.00000000000020352
6. Tang T, Liu L, Li C, et al. *Which is Better for Patients with Breast Cancer: Totally Implanted Vascular Access Devices (TIVAD) or Peripherally Inserted Central Catheter (PICC)? World J Surg.* 2019;43(9):2245-2249. doi:10.1007/s00268-019-05022-x
7. Pu Y-L, Li Z-S, Zhi X-X, et al. *Complications and Costs of Peripherally Inserted Central Venous Catheters Compared With Implantable Port Catheters for Cancer Patients: A Meta-analysis. Cancer Nurs.* 2020;43(6):455-467. doi:10.1097/NCC.0000000000000742
8. Lacostena-Pérez ME, Buesa-Escar AM, Gil-Alós AM. *Complicaciones relacionadas con la inserción y el mantenimiento del catéter venoso central de acceso periférico. Enfermería Intensiva.* 2019;30(3):116-126. doi:10.1016/j.enfi.2018.05.002

Bibliografía

9. Källenius Edström S, Lindqvist T, Rosengren K. *More Benefits Than Problems: A Study Regarding Patients' Experiences With a PICC-Line During Cancer Treatment. Home Health Care Management & Practice.* 2016;28(2):101-108. doi:10.1177/1084822315603678
10. Sundriyal D, Shirsi N, Kapoor R, et al. *"Peripherally Inserted Central Catheters: Our Experience from a Cancer Research Centre."* Indian J Surg Oncol. 2014;5(4):274-277. doi:10.1007/s13193-014-0360-1
11. Leonardsen AL, Lunde EM, Smith ST, Olsen GL. *Patient experiences with peripherally inserted venous catheters— A cross sectional, multicentre study in Norway. Nurs Open.* 2020;7(3):760-767. doi:10.1002/nop.2448
12. Park K, Jun HJ, Oh SY. *Safety, efficacy, and patient-perceived satisfaction of peripherally inserted central catheters in terminally ill cancer patients: a prospective multicenter observational study. Support Care Cancer.* 2016;24(12):4987-4992. doi:10.1007/s00520-016-3360-6
13. Park EJ, Park K, Kim J-J, et al. *Safety, Efficacy, and Patient Satisfaction with Initial Peripherally Inserted Central Catheters Compared with Usual Intravenous Access in Terminally Ill Cancer Patients: A Randomized Phase II Study. Cancer Res Treat.* 2021;53(3):881-888. doi:10.4143/crt.2020.1008
14. Bortolussi R, Zotti P, Conte M, et al. *Quality of Life, Pain Perception, and Distress Correlated to Ultrasound-Guided Peripherally Inserted Central Venous Catheters in Palliative Care Patients in a Home or Hospice Setting. Journal of Pain and Symptom Management.* 2015;50(1):118-123. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.027
15. Cotogni P. *Focus on peripherally inserted central catheters in critically ill patients. WJCCM.* 2014;3(4):80. doi:10.5492/wjccm.v3.i4.80