

Acceso venoso central subclavio supraclavicular en adultos guiado por ultrasonido

Daniella Rigo-Righi¹, Loreto Astudillo¹, Silvia Schmied¹

Introducción: Ultrasonografía es el *gold estándar* para obtener un acceso venoso central aumentando el éxito y reduciendo complicaciones. El acceso subclavio tiene menor riesgo de infección y mayor confort. Sin embargo, la cercanía a arteria y pleura aumenta el riesgo de complicaciones. La técnica guiada por ultrasonido a nivel infraclavicular es difícil dado que la clavícula produce sombra acústica y no permita buena visualización. El uso de ultrasonografía en la vena subclavia supraclavicular esta descrita principalmente en pediatría. Describimos nuestra experiencia en la instalación de catéter venoso central en la vena subclavia supraclavicular guiado por ecografía en pacientes adultos realizada por anestesiólogos con más de 5 años de experiencia en punciones centrales bajo ecografía.

Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes sometidos a cirugía oncológica mayor electiva entre los meses de marzo y septiembre de 2018 que requirieron un acceso venoso central. Posterior a la inducción con anestesia general, el operador se sitúa en la cabeza del paciente, el cual se encuentra en decúbito dorsal y trendelemburg, la cabeza girada levemente al lado opuesto de la punción y el brazo al lado del cuerpo. El operador realiza un mapeo con el ecógrafo (Sonosite, transductor lineal 5 - 10 MHz) desde la vena yugular interna hacia la vena subclavia hasta el área supraclavicular, donde se obtiene una visión longitudinal de ésta. Se utilizó doppler color en todos los pacientes previo a la punción. La punción se realizó en forma oblicua al transductor y bajo visión directa. En este estudio observacional, se registro de forma prospectiva las características demográficas de los pacientes, lado de la punción, profundidad de la vena, tasa de éxito, tiempo de mapeo (desde vena yugular interna hasta

visualización de la vena subclavia supraclavicular), tiempo de punción (desde la punción de la piel hasta la aspiración de sangre por el trocar) y complicaciones.

Resultados: Durante el período de los 7 meses, participaron 37 pacientes, de los cuales 2 fueron excluidos por mala visualización. El promedio de edad fue 57 años (15 - 74). Con respecto al peso de los pacientes se analizó según IMC. IMC con bajo peso en 1 paciente, 15 con normopeso, 13 con sobrepeso y 8 con obesidad. Tiempo de visualización fue menor a 30 segundos en el 94% de los casos con una mediana de 9 segundos (3 - 31,8). La profundidad promedio a la que se encontró la vena subclavia fue 1,03 cm (0,7 - 1,34). Se realizaron 26 punciones en subclavia derecha y 9 en la izquierda con una tasa de éxito al primer intento de 83% y 100% (6 pacientes) al segundo. La mediana en el tiempo de punción fue de 7,1 segundos (2,28 - 56). La mediana de fijación a la piel del catéter al lado derecho fue 12 cm y 13 cm al lado izquierdo. En ningún caso hubo punción arterial y al control radiológico de tórax de control no se pesquisó neumotórax y la punta del catéter se situó en vena cava.

Conclusiones: El acceso subclavio supraclavicular ofrece una nueva posibilidad de cateterización guiada por ultrasonografía en adultos de manera segura con una buena visión de la anatomía, tiempo corto de punción y una alta tasa de éxito. Es una técnica reproducible que requiere una mayor experiencia que la punción yugular, sin embargo, aun no se ha determinado cual es la curva de aprendizaje necesaria para adquirir esta experiencia. Se recomienda siempre realizar un mapeo ecográfico y doppler previo a la punción, la cual debe realizarse siempre y cuando la visualización sea buena.

¹ Fundacion Arturo López Pérez. Chile.