



7007-16. CANALIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES YUGULARES EN EL PACIENTE CARDIOLÓGICO AGUDO: RESULTADOS SEGÚN TÉCNICA Y OPERADOR

Andrés Alonso García, Iago Sousa Casasnovas, Carolina Devesa Cordero, Miriam Juárez Fernández, Edwin Tadeo Gómez Gómez, Ana Ayesta López, Manuel Martínez Sellés y Francisco Fernández Avilés del Servicio de Cardiología e Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las recomendaciones actuales favorecen la canalización de vías venosas centrales (VVC) de localización yugular y subclavia sobre femoral. En el paciente cardiológico agudo el alto riesgo hemorrágico puede hacer más seguro el abordaje yugular, especialmente si es guiado por ecografía vascular. La curva de aprendizaje de esta técnica es rápida, de forma que su uso puede generalizarse entre adjuntos y residentes que realizan guardias en unidades de cuidados cardiológicos agudos.

Métodos: En nuestra unidad se realizó una registro prospectivo de las vías centrales canalizadas, tanto en horario laboral como durante las guardias. La decisión sobre el abordaje y la técnica quedó en manos del equipo médico responsable del paciente en ese momento. Se seleccionaron las VVC yugulares desde marzo de 2013 a marzo de 2016, comparando la técnica por referencias anatómicas con la guiada por ecografía, y el operador (residente o adjunto). Se evaluó el éxito de la intervención y el porcentaje de punciones arteriales y eventos adversos graves.

Resultados: Se compararon un total de 220 intervenciones para canalizar VVC yugular, 89 guiadas por referencias (Ref) y 131 por ecografía (Eco). En la descripción de los pacientes que se muestra en la tabla destaca un perfil de riesgo superior en los pacientes del grupo guiado por ecografía, incluyendo un porcentaje significativamente superior de anticoagulación (43,5 frente a 16,9%), doble antiagregación (36,6 frente a 22,5%) y ventilación mecánica (36,6 frente a 22,5%). El éxito fue significativamente superior en el grupo Eco (95,4 frente a 77,5%) y número de punciones arteriales menor (5,4 frente a 14,6%). El porcentaje de complicaciones graves (vascular (2,3 frente a 3,4%) y neumotórax (0 frente a 2,3%)) fue menor aunque sin alcanzar significación. En un segundo análisis se compararon los resultados en función del operador, residente (R) (79,1%) o adjunto (Adj) (20,9%), sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas ni en el porcentaje de éxito (R 88,5 frente a Adj 87,0%) ni en el punciones arteriales (9,8 frente a 6,5%) o de complicaciones (vascular (1,7 frente a 6,5%) y neumotórax (1,2 frente a 0%)).

	Referencias anatómicas (Ref)	Guiada por ecografía (Eco)	p
Casos (%)	89 (40,5)	131 (59,5)	

Edad años (IC)	76,1 (73,7-78,4)	66,5 (64,0-68,9)	0,01
Sexo (% varones)	61,8	67,2	ns
Coagulopatía (%)	4,5	10,7	ns
Anticoagulación (%)	16,9	43,5	0,01
Doble antiagregación (%)	20,2	36,6	0,01
Fibrinólisis (%)	0	2,3	ns
Ventilación mecánica (%)	22,5	36,6	0,05
Realizado por Médico Adjunto (%)	3,4	32,8	0,01
Procedimiento urgente (%)	75,3	32,1	0,01
Resultados			
Éxito (%)	77,5	95,4	0,01
Complicación vascular (%)	3,4	2,3	ns
Punción arterial (%)	14,6	5,4	0,05
Neumotórax (%)	2,3	0	ns

Conclusiones: El abordaje yugular guiado por ecografía fue más eficaz y más seguro que el realizado por referencias anatómicas, a pesar de que se utilizó en pacientes con mayor riesgo. No se encontraron diferencias significativas en función del operador.