

Esencial, frecuente, sencillo y con respeto

Guillermo A Rojas Reyna

Los recientes avances en la administración de líquidos intravenosos, quimioterapéuticos y antibióticos; en el trasplante de médula ósea, hemodiálisis, nutrición parenteral y monitorización hemodinámica invasiva, han hecho de los accesos vasculares centrales parte esencial en el manejo cotidiano de estos pacientes. En respuesta a esta demanda, durante los últimos 30 a 35 años, la industria biotecnológica y el desarrollo de nuevos materiales han evolucionado a partir de 1973 con los primeros catéteres permanentes de hule silicizado tipo Broviac-Hickman para la administración de nutrición parenteral y trasplante de médula ósea, hasta 1982 con los reservorios subcutáneos venosos con catéteres tipo Porth-A-Cath (CPAC), utilizados primordialmente para la infusión de quimioterapia. En relación con estos últimos dispositivos (CPAC), el Centro Médico ABC se ha caracterizado por ser una de las instituciones líderes, tanto a nivel nacional como latinoamericano, en el empleo y manejo de estos catéteres, tal como lo ilustra uno de los trabajos del presente número.

Se calcula que en los Estados Unidos de Norteamérica se colocan anualmente más de cinco millones de catéteres venosos centrales y que prácticamente 25% de los pacientes hospitalizados requieren de un acceso venoso central temporal o permanente.

El abordaje de elección para la mayoría de los accesos venosos centrales es el percutáneo, descrito inicialmente por Shaffer en 1946 para la venopunción femoral y posteriormente en 1952 por Robert Albanic, cirujano militar francés, con la punción infraclavicular de la vena subclavia. Aunque habitualmente es un procedimiento rutinario y sen-

cillo, existe un arte tanto en la elección del catéter y sitio de acceso como en su mantenimiento y cuidado. Al igual que en todo procedimiento, la habilidad o pericia del operador depende de la experiencia acumulada, ya que cuando se han colocado 50 o más catéteres venosos centrales, el riesgo de complicaciones asociadas al procedimiento de instalación se reduce en más de la mitad, que cuando se han insertado menos de 50.

Más del 15% de los enfermos que reciben un catéter venoso central pueden tener alguna complicación: mecánicas, 5-15% (punción-laceración arterial, hematoma, neumotórax, hemotórax, hemo mediastino, laceración venosa, mala colocación del catéter, embolismo aéreo, arritmias, tamponade cardiaco, lesión del plexo braquial, lesión del nervio frénico, quilotórax, etcétera); infecciosas, 5-25% (infecciones relacionadas al catéter o al reservorio, bacteremia, fungemia, septicemia, tromboflebitis séptica, etcétera); trombóticas, 2-26% (trombosis venosa yugulo-axilo-subclavia, tromboembolismo pulmonar, síndrome de vena cava superior, síndrome postflebítico, etcétera); relacionadas con el catéter (trombosis, fractura, desplazamiento, embolización, etcétera) y con el reservorio (infección, fractura, torsión, erosión cutánea, etcétera).

En conclusión, hoy en día los accesos venosos centrales son un accesorio esencial en el tratamiento de los pacientes. Pero no por lo cotidiano y aparente sencillez de su colocación olvidemos sus potenciales y en ocasiones catastróficas complicaciones: debemos instalarlos, manejarlos y cuidarlos con el debido respeto.