



M.R.M. COMERCIAL
Sociedad Anónima



CINCINNATI CHILDREN'S HOSPITAL MEDICAL CENTER

COLOCACIÓN CON ÉXITO DE LA PUNTA DE UN CATÉTER PICC EN LA VENA CAVA INFERIOR EN LOS NIÑOS (**NEONATOS**) DESDE LA **VENA SAFENA**.

LA TÉCNICA MEJORA CON EL SIGUIENTE PRODUCTO

INTRODUCCIÓN

El catéter PICC se ha convertido en la opción mas extendida para las terapias intravenosas de larga duración. Los niños que requieren un PICC pueden suponer un desafío, incluso para el médico mas experimentado. La selección de la vena está a menudo limitada a previas punciones venosas. En nuestra institución, un pequeño equipo de Enfermeras especializadas insertan el PICC. En muchas ocasiones la vena safena facilita el acceso para la colocación del catéter en los niños.

La vena cava inferior es la situación óptima para la colocación de la punta de catéter, sin embargo, esto es a menudo difícil de lograr. Nosotros pensamos que el uso de un catéter con una guía mejoraría la proporción de éxito en la colocación optima de un PICC accediendo por la vena safena de los niños.

MÉTODO

Todos los niños que fueron sometidos a la colocación del PICC en la **vena safena** entre los años 2000 y 2002 están incluidos en el estudio. Incluye tanto los pacientes domiciliarios, como los pacientes hospitalizados.

El procedimiento de colocación del PICC se realizo en una habitación con fluoroscopia.

No fue administrado ningún sedante, ni ningún anestésico tópico. Después de visualizar o palpar la vena safena, la longitud del catéter era tomada desde la vena identificada hasta dos dedos por encima del ombligo. Después de la preparación de la piel con el peróxido de hidrógeno y un 1% solución de povidona yodada, accedimos a la vena safena con un introductor " peel-away" del 22 Ga.

Había 2 grupos en el estudio:

El Grupo 1 realizo la colocación del PICC estándar de 2Fr. (Per-Q-Cath; Bard Access Systems, Salt Lake City, Utah).

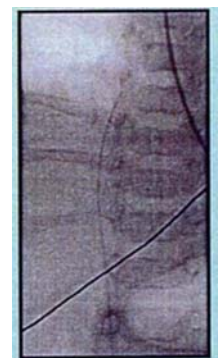
El Grupo 2 realizo la colocación del PICC de 2 Fr. con introductor "Safe-T-Peel y guía E-Z Flush (HDC Corporation, Milpitas, California).

El fluoroscopia intermitente se utiliza para confirmar la colocación de punta del catéter o para ayudar a retomar el camino correcto del catéter.

Inyectaron contraste radiografico (1- 2 mL Optiray 240; Mallinckrodt Medical, St. Louis, Missouri) para evaluar la anatomía del vaso y confirmar la colocación de la punta de catéter en la vena cava inferior.

Si no es posible el avance del catéter en la vena cava inferior, un Radiólogo Intervencionista ayuda a la colocación del catéter con una guía hidrófila (Boston Scientific Target, Fremont, California). El catéter entonces se asegura a la parte baja de la pantorrilla con un dispositivo de seguridad Steristrips y Tegaderm (3M, St. Paul, Minnesota).

Fig. 1 Confirmación radiologica



del PICC 2 Fr.

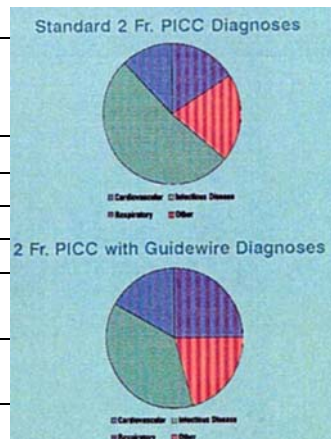
Anotamos los datos demográficos de los pacientes, diagnóstico, la fecha de colocación y retirada del PICC, tipo de catéter, se grabó la colocación de la punta del catéter y la utilización de guía radiológica.

RESULTADOS

Los datos fueron anotados en una tabla. No hay ninguna diferencia notable en la edad de paciente, sexo o duración del catéter.

La colocación exitosa tuvo lugar en 6/25 (24%) de pacientes del Grupo 1 y en 16/22 (73%) de los pacientes del Grupo 2 ($p=0.002$). Se utilizó una guía hidrófila en 19 pacientes del Grupo 1 y en 6 pacientes del Grupo 2 produciendo la colocación exitosa de la punta del catéter en todos los casos. Ninguna complicación en la utilización de la guía hidrófila.

	GRUPO 1 pacientes 25 Per-Q-Cath	GRUPO 2 pacientes 22 V-CATH	p
EDAD DEL PACIENTE (meses)	1,8	1,6	NS
SEXO (V/H)	12/13	12/10	NS
DURACIÓN (DÍAS)	22	19	
ÉXITO INICIAL EN LA COLOCACIÓN	6/25 (24%)	16/22 (73%)	0.002
REQUIEREN ASISTENCIA ADICIONAL DE GUÍA	19/25 (76%)	6/22 (27%)	0.002



CONCLUSIÓN

La colocación óptima del PICC en la vena safena puede estar dificultada por los espasmos venosos, la anatomía tortuosa del vaso y por las válvulas venosas pero puede ser esencial para mantener un extenso acceso fiable de la terapia intravenosa.

Nosotros hemos notado previamente que las complicaciones como las flebitis, oclusión y goteo en el sitio de la inserción pueden reducirse si la punta del catéter reside en la vena cava.

Tradicionalmente, se han puesto los PICC en los niños en la vena antecubital. Debido al acceso limitado, o al pequeño calibre de la vena de los niños y antes de producir una flebotomía, la vena safena es el sitio alternativo más razonable para la inserción del PICC en los niños.

Implantar el catéter a este grupo de corta edad es a menudo difícil. El PICC con introductor y guía metálica permite maniobrar el catéter por los vasos tortuosos y válvulas de la vena cava inferior.

La colocación rutinaria del PICC utilizando un catéter con introductor rígido proporciona el más alto éxito de implantación en los niños. Como añadido, nosotros observamos que esta práctica está asociada con un menor tiempo y coste por inserción.

