

EL ACCESO VASCULAR: PRIMERA PREOCUPACION DE ENFERMERIA

Gándara Revuelta M, Cuadrado Mantecón M^a E, Sainz Alonso R.A, Sánchez Cano S, Cepa García H, Peiro Sampayo S, Vicente Jiménez Y, Díez Rumayor M, Alonso Nates R.

Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

La necesidad de un acceso vascular para la hemodiálisis es tan antigua como el inicio de las propias técnicas dialíticas. Cuando parecía que el desarrollo de las tecnologías iba a solucionar los problemas médicos del enfermo renal, nos encontramos que esto no es posible y tenemos que seguir diciendo que el paciente que no tiene una fístula arteriovenosa, tiene peor pronóstico de supervivencia a largo plazo que el que es portador de ella a pesar del gran desarrollo tecnológico.

Varios han sido los factores que han influido en que los pacientes no dispongan de un buen acceso vascular, siendo los sociales los que más han influido. Mayores expectativas de vida, procedencia de los pacientes (casi la mitad de población que tratamos en las Unidades de Diálisis, lo hacen desde los servicios de Urgencias, enfermedad renal secundaria a enfermedades sistémicas unido a problemas técnicos y organización de los Hospitales, ha contribuido a no tener tiempo muchas veces de disponer de un acceso vascular y por ello, la utilización en ocasiones masivas de los catéteres permanentes, que si bien han contribuido a salvar vidas o al menos a prolongarlas, su uso no esta exento de complicaciones, algunas de ellas mortales.

La uremia por si misma produce una situación de depresión inmunitaria, siendo su manifestación más común el aumento de las infecciones, que tienen una incidencia mayor que la población normal, las infecciones suelen ser más severas, de progresión más rápida y de resolución más lenta.

La infección estafilocócica es muy frecuente en los pacientes en hemodiálisis, siendo la bacteriemia por *Staphilococcus Aureus* la responsable de una morbi-mortalidad significativa.

El origen más frecuente de esta bacteriemia son los accesos vasculares permanentes y los catéteres venosos centrales.

No es hasta el año 1999 cuando por primera vez se coloca en nuestra Unidad un catéter permanente para diálisis y a partir de entonces, comienza el primer diagnóstico de osteomielitis vertebral asociado a un catéter permanente

OBJETIVOS

Análisis y estudio de los 5 pacientes que han desarrollado una Espondilodiscitis en nuestra Unidad y que debe de orientarnos hacia un diagnóstico precoz y la influencia de los Cuidados de Enfermería.

MATERIAL Y METODOLOGIA

Cinco pacientes. Duración: 4 años.

- La edad de los pacientes fue de 59 a 72 años. Media 66 años.
- La enfermedad basal:
 - Nefropatía diabética: 3 casos.
 - Nefropatía Amiloide: 1 caso.
 - Nefropatía no filiada: 1 caso.
- El 100% de los pacientes eran portadores de un catéter yugular interno, temporal o permanente.
- Todos los pacientes presentaron fiebre, dolor lumbar el 85% y leucocitosis el 100%.
- Hemocultivos positivos para:
 - *S. Aureus*: 1 paciente.
 - *S. Lugdunensis*: 1 paciente.
 - *S. Epidermidis*: 1 paciente.

- Hemocultivos negativos: 1 paciente.
- No conocemos: 1 paciente.
- Pruebas de imagen:
 - TAC y Resonancia Magnética: el 100% de las imágenes fueron concluyentes compatible con Absceso Epidural – Espondilodiscitis.
- El tratamiento en todos los casos fue antibioterapia según hemocultivos, en los que conocían resultados de los antibiogramas el antibiótico de elección fue la Vancomicina.

TABLA 1.- Espondilodiscitis en pacientes en hemodiálisis y con un episodio de bacteriemia reciente.

Filiación Nefropatía	Acces Vas-cular	Fecha de bacteriemia Hemocultivo Cultivo catéter	Clínica	Pruebas de imagen	Tratamiento	Evolución
Varón 64 años	Catéter yugular	Staf. Aureus	Lumbalgia	RMN Espondilodiscitis T6-T7	Cloxacilina Ciprofloxacino	Paraparesia EXITUS
Mujer 72 años. IRC no filiada	Catéter yugular (1/99)	-	Lumbalgia	RMN Espondilodiscitis L4-L5 y absceso epidural ant. Gammagrafía Ga-69: hipercaptación L-4-L-5	Cefatoxima + Ceftriaxona	Persistencia de focalidad neurológica con deterioro progresivo EXITUS
Mujer 69 años Nefropatía diabética	Catéter femoral (12/99)	HC positivos para S. lugdunensis (12/99) Cultivo catéter negativo Punción D 12 guiada por TAC: S. Lugdunensis	Lumbalgia	Rx: erosión D7-138 y D12-1-1, con aumento de espacio paravertebral. TAC: espondilodiscitis D7-D8 y D12-L-1 Gammagrafía Ga-69: hipercaptación D7-D8 y D12-1-1.	Cloxacilina + Amikacina	Mejoría clínica transitoria EXITUS

TABLA 2 .- Espondilodiscitis en pacientes en hemodiálisis y con un episodio de bacteriemia reciente.

Filiación Nefropatía	Acceso Vacular	Fecha de bacteriemia Hemocultivo Cultivo catéter	Clínica	Pruebas de imagen	de Tratamiento	Evolución
Mujer 70 años Nefropatía amiloide	Catéter yugular (3/01)	HC positivos para S. epidermidis (8/01). Cultivo catéter (-) Punción vertebral guiada por TAC: negativa	Lumbalgia	TAC y RMN Espondilodiscitis L5-S1 Gammagrafía Ga-69: Hiper captación L5-S1	Vancomicina	EXITUS
Mujer 59 años. Nefropatía diabética	Catéter yugular (6/02)	HC negativos (7/22) Cultivo catéter Negativo	Lumbalgia paraparesia	TAC y RMN Espondilodiscitis L3-L4	Vancomicina + Ceftacídima	Empeoramiento o neurológico progresivo EXITUS

Las manifestaciones clínicas del absceso epidural inicialmente fueron inespecíficas, pero una vez se manifiesta, sigue una evolución similar, dolor de espalda, dolor radicular, afectación sensitivo-motora, disfunción vesical y finalmente parálisis, una vez establecida es irreversible.

El diagnóstico suele ser tardío, lo que favorece la diseminación infecciosa, la compresión medular y los déficit neurológicos.

El 100% de los pacientes fueron exitus.

DISCUSIÓN

A la vista de estos resultados, hay que tener claro que los catéteres permanentes solo deben ser empleados cuando se hayan agotado todas las posibilidades de hacer un acceso vascular autólogo o protésico en casos de Insuficiencia cardíaca congestiva – Hipotensión crónica, etc.

Las Sociedades Científicas (SEN – SEDEN) ya han dejado claro que el mejor marcador de buena práctica clínica será aquel que consiga que más del 75% de los pacientes que empiezan se dialicen con Fístula Arteriovenosa autóloga. Menos del 12% de los pacientes lo harán con catéteres permanentes.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible el uso de protocolos que garanticen el manejo de las conexiones y desconexiones de los catéteres permanentes. Es necesario por parte de la enfermería vigilar cada diálisis, cualquier signo de alerta sobre signos de inflamación que precedan a la infección.

Hay que ser meticuloso en la valoración de exudados en los catéteres aunque sean negativos, hay que vigilar la fiebre y leucocitosis.

Se hacen imprescindibles los registros de enfermería sobre la situación diaria de los catéteres.

Tenemos que mantenernos siempre inquietos en el cuidado de las Fístulas Arteriovenosas Internas, supone sin duda la supervivencia del paciente renal.

BIBLIOGRAFÍA

1-M. P.Velayos González, S. Martínez Gómez, J. Portolés Pérez, M. C. Gago GóEnrique Gruss Vergaramez, M. M. Andrés Vázquez,

Revista de la Sociedad Española de ENFERMERIA NEFROLOGICA.P 25-30.Vol. 11, Nº 1, 2008
Análisis de las complicaciones de los catéteres permanentes para hemodiálisis en un área de salud :repercusión económica

2-R. Valero, O. Castañeda, A. L. M. de Francisco, C. Piñera, E. Rodrigo y M. Arias. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander

Sospecha clínica de osteomielitis vertebral: dolor de espalda en pacientes con infección asociada a catéter de hemodiálisis. NEFROLOGIA.Vol XXIV. Número 6. 2004.

3- Llach F, Valderrábano F. Norma Eds, 1997. 1 vol. Insuficiencia Renal Crónica: Diálisis y Transplante Renal, 2nd Ed

4-Andreu L., Force E. 500 Cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal.

5-M. Moya Mejía, J. Fernández Ros, J. Ibeas López, N. Alcaraz Busqueta, E. Mañé Buixó, M. Yuste Jiménez, J. García García, J. Falcó, J. Perandreu, JR Revista de la Sociedad Española de ENFERMERIA NEFROLOGICA.Vol. 9. Nº 3, 2006. m

Monitorización sistemática del catéter permanente: una herramienta útil en el estudio de la tasa de infección y disfunción en dos tipos de catéteres tunelizados para hemodiálisis

6-Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología. 2004.

7-Guías SEN, Guías de Centros de Hemodiálisis, NEFROLOGIA, Vol. 26, Suplemento 8. 2006.

8- E. Valdizan, A. Perez, A. Saenz de Buruaga, R. Alonso. 25 Años cuidando accesos vasculares, un estudio retrospectivo. Libro de comunicaciones del Congreso de la Seden.Santander 1997.

9- J. Baucells, M. Carbonell, M. J. PPalau. Incidencia de infecciones en catéteres permanentes, según lugar de colocación, germen causante y tratamiento. Libro de comunicaciones del Congreso de la Seden. Palma de Mallorca, 2003.