

## Rescate de un acceso vascular para hemodiálisis. A propósito de un caso

**Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, María del Mar Sánchez Arribas, Raquel Villa Ruiz, Marta Ramírez Crehuet**

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

### Introducción:

El mejor acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es la fistula arteriovenosa nativa (FAVn) por sus ventajas respecto a las fistulas arteriovenosas protésicas (FAVp) y catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT). Presentan menor número de complicaciones, pero a veces éstas son tan graves que pueden producir pérdida del acceso.

### Objetivos:

- Presentar un caso clínico en el que fueron apareciendo sucesivamente varias complicaciones: trombosis, estenosis y grave infección de una FAVn.
- Analizar la importancia de un equipo multidisciplinar en el seguimiento y tratamiento de dichas complicaciones.

### Paciente y método:

Paciente pluripatológico de 79 años de edad, con enfermedad renal crónica progresiva desde 1984 por agenesia renal izquierda más glomerulonefritis de riñón derecho pélvico. HD en nuestra Unidad, 3 sesiones/4horas/semana, tras un trasplante renal fallido a principios del 2014. Actualmente portador de FAVn radio-cefálica derecha, objeto de este estudio.

25/09/2014: antes de comenzar HD detectamos disminución importante de soplo y thrill. En ecografía: trombosis parcial del acceso. Tratamiento: trombectomía. Al alta sangrado leve de herida quirúrgica: se mantuvo Clexane 60 en vez de reiniciar Sintrom.

Siguiente HD: ligero edema, no sangrado. Flujos escasos de 250-270 ml/min. Eco-Doppler: pequeño hematoma y sospecha de estenosis. En fistulografía: estenosis del 50% en vena eferente que se divide tempranamente en dos ramas de buen diámetro.

6/10/2014: reanastomosis del tramo arterial a una de estas dos ramas de dicha vena. Sesión HD a pesar del poco thrill.

8/10/2014: colocación CVCT en vena yugular interna izquierda.

Comenzó con sangrado de herida quirúrgica de FAVn: vendaje con compresión controlada. Se suspendió la anticoagulación totalmente. Pautaron Vancomicina intravenosa (IV) post-HD como profilaxis. Evolución de la herida: aumentó el hematoma. Se envió a Cirugía Vascular que retiró suturas, extrajo coágulos y curó con suero salino 0,9% (S.S.0,9%) + povidona yodada + punta de gasa (drenaje). Cultivo de exudado. Tras resultado cultivo (*Staphylococcus epidermidis*), cura húmeda con apósito hidrocoloide con plata iónica por mala evolución.

23/10/2014: se añadió Gentamicina IV post-HD dada la gran solución de continuidad de la herida (9cm x 4cm, con una profundidad de 0,3-0,5cm aproximadamente). Se continuó curando igual. 29/10/2014: evolución desfavorable, herida maloliente. Se comenzaron curas con pomada desbridante de colagenasa. Nuevo cultivo del exudado: *Fusobacterium varium* (GRAM -). Modificaron tratamiento: Metronidazol 500 mg/6horas (vía oral).

06/11/2014: buena evolución, apareció tejido de granulación. Curas: S.S.0,9% + apósito de alginato cálcico con plata.

21/11/2014: evolución favorable. Curas: S.S.0,9% + apósitos de poliamida atraumáticos.

03/12/2014: se observó sutura emergiendo por herida prácticamente cerrada. Vista por cirujano vascular que la cortó. Curas: S.S.0,9% + povidona yodada + apósito. Días después se retiraron apósitos definitivamente.

18/12/2014: HD por FAVn y CVCT. Posteriormente sólo FAVn (320 ml/min inicialmente, 400 ml/min actualmente).

### **Resultados y conclusiones:**

La detección precoz de problemas por parte de Enfermería permitió una rápida intervención de cirugía vascular, que unida a unos adecuados cuidados enfermeros (seguimiento y curas) posibilitaron una cicatrización co-

rrecta de la herida. Finalmente conseguimos el rescate de un AV, que "a priori", dábamos por perdido. En la actualidad realizamos sesiones de HD de calidad a través de dicho AV.