

Aplicación de un programa de monitorización y vigilancia del acceso vascular

Ana Vanessa Fernández Martínez, Rocío Pérez Díaz, Salvadora Soto Ureña, María Arenas Fuentes, Alicia Moreno Vallejo, Francisco José Orenes Bernabé

Fresenius Medical Care Services Murcia, S.L. Centro de Diálisis Cartagena. Murcia. España

Introducción:

La monitorización del acceso vascular es un elemento esencial para prevenir la trombosis de fistulas arteriovenosas (FAVs) y prótesis vasculares (PTFE), lo que tiene implicaciones en morbilidad y mortalidad del paciente en hemodiálisis (HD). La implicación de la enfermería nefrológica en el cuidado, vigilancia y monitorización del acceso vascular es esencial en la consecución de los objetivos marcados, tal como se recoge en las principales guías nacionales e internacionales. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de un programa de monitorización y vigilancia del acceso vascular.

Pacientes y Método:

Estudio prospectivo de 18 meses de duración. 184 pacientes (67,1 años, 73,4% hombres, permanencia 67,4 meses, 27,7% etiología vascular y 25% diabética) prevalentes en HD con un seguimiento mínimo de 6 meses. Se monitorizan 195 AV (94,4% FAVs) Se realiza control en cada sesión de dosis de diálisis mediante Kt (diálisis iónica) medido por OCM), recirculación (REC) medida por BTM y presiones venosas (PV) del monitor. De forma mensual, se evalúa clínicamente el AV. El flujo intraacceso (Qa medido por termodilución) se determina con carácter trimestral en FAV y mensual en PTFE. Se considera alarma de malfunción cuando el Qa sea inferior a 500 ml/min o descienda un 20% respecto al previo, el Kt sea menor del objetivo por superficie corporal o descienda un 25%, la REC y/o PV aumenten un 20% respecto a previas, o en presencia de signos clínicos (edema, colapsos arteriales, etc). La alarma obliga a confirmación en la siguiente sesión de todos los parámetros. Una vez confirmada se solicita fistulografía.

Resultados:

Se realizan 1186 monitorizaciones, 19,1% alarmas, confirmadas en el 54,9% de los casos. La causa más frecuente de alarma y de confirmación es el descenso del Qa (91,1% y 50,9% respectivamente). Se realizan 123 fistulografías sobre 72 pacientes (39,1%), 75 AV (30,9%), 14,6% no patológicas. El número de intervenciones sobre PTFE (2,18 (1,94) es significativamente mayor ($p < 0,001$) que en FAVs (0,59 (0,94)). 100% sobre PTFE y 82,7% sobre FAVs fistulografías patológicas ($p = 0,048$). El parámetro más sensible ($p < 0,001$) es el descenso del Qa (99%), siendo la sensibilidad de 100% en PTFE. El único caso de falso negativo es una FAV braquial con estenosis alta. El parámetro más específico es el descenso del Kt (100%), $p = 0,002$. La especificidad del Qa fue del 55,6%, apreciándose múltiples colaterales en el 50% de falsos positivos. 9 episodios de trombosis, 33% rescatadas radiológicamente. 7 pacientes fueron derivados a cirugía, con 5 reanastomosis en el mismo territorio vascular. 3 pacientes requirieron catéter tunelizado como AV definitivo. Los episodios de trombosis fueron significativamente mayores ($p < 0,001$) en PTFE (36,4%) que en FAVs (2,7%) 4 reanastomosis más, ajenas a la monitorización se realizaron (2 aneurisma, 2 escaso desarrollo).

Conclusión:

La aplicación por la enfermería de un programa de monitorización del AV es eficaz en la prevención de trombosis, alargando la vida útil de FAVs y PTFE. El descenso del flujo intraacceso es el parámetro más sensible, y si bien presenta algunos casos de falsos positivos, estos quedan compensados por la eficacia del programa.