

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES COMO ACCESO VASCULAR EN EL PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS CRÓNICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN DOS AÑOS

*Rosario García Palacios, Pedro Luis Quirós Ganga,
M^a del Mar García Crespo, Amalia Tejuca Marengo,
M^a del Carmen Hernández Romero, César Remon Rodríguez.*

Hospital Universitario Puerto Real.

INTRODUCCIÓN

Los catéteres venosos centrales son usados comúnmente como acceso vascular para la hemodiálisis (HD). Su uso ha ido en aumento en los últimos años, debido a factores diversos, como edad cada vez mayor de los pacientes en tratamiento sustitutivo para insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), mayor proporción de diabéticos, facilidad de su implante, posibilidad de uso inmediato ; y en nuestro caso, como en otros muchos, por la dificultad de disponer de cirugía vascular en nuestro centro, lo que nos obliga a remitir a centros de referencia a nuestros pacientes, lo que a su vez determina un tiempo prolongado de uso de un catéter como acceso vascular para HD a la espera de una fístula definitiva.

Sin embargo, debido a la alta tasa de infecciones, trombosis, bajo flujo y otras complicaciones que reportan, suponen un riesgo adicional y una causa importante de morbilidad para estos pacientes.

OBJETIVOS

Presentamos un estudio retrospectivo cuyo objetivo fue identificar los factores de disfunción de estos catéteres y su repercusión en la morbilidad de los pacientes durante un periodo de 22 meses, que abarca desde Abril de 1997 a finales de Febrero de 1999.

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

Para el análisis y elaboración de los resultados manejamos los siguientes datos: Número de pacientes dializados mediante catéter venoso central, edad media, número de catéteres usados, lugar de colocación, número y causas de recanalizaciones y retiradas, complicaciones inmediatas y tardías, causa de retirada definitiva, agentes etiológicos en las infecciones....

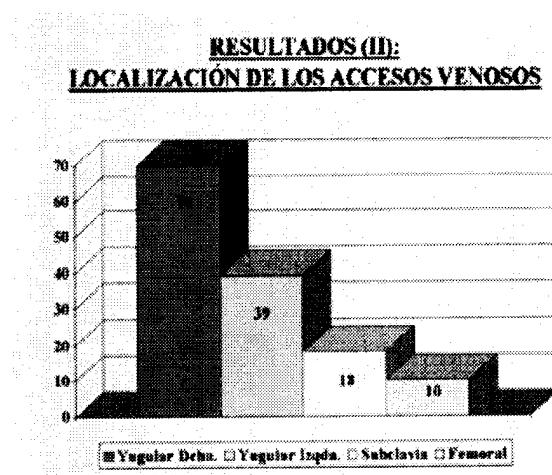
Como método estadístico usamos el cálculo de medias y de desviaciones estándar.

RESULTADOS

1. Durante 22 meses se implantaron 137 catéteres venosos centrales (52 recanalizaciones y 85 nuevas punciones) en 46 pacientes en Hemodiálisis con una edad media de 54.6 ± 15.8 años. Las características de esta población se describen en la Tabla 1 y 2:

Nº PACIENTES	46
EDAD MEDIA	54,6 ± 15,8 años
Nº ACCESOS VASCULARES	137: 52 recanalizaciones 85 nuevas punciones
Tº MEDIO EN HD CON CATÉTER	110 días
DIABETES	12/46 (26,0%)
VASC. PERIFÉRICA	7/46 (15,2 %)

2. Estos catéteres se distribuyeron preferentemente en localización yugular (70 en el lado derecho y 39 en el lado izquierdo), frente a una menor localización en otros territorios vasculares, y así se colocaron 18 en Subclavias (cabiendo destacar que 8 fueron en el mismo paciente) y 10 catéteres en femorales. (Gráfica 1).

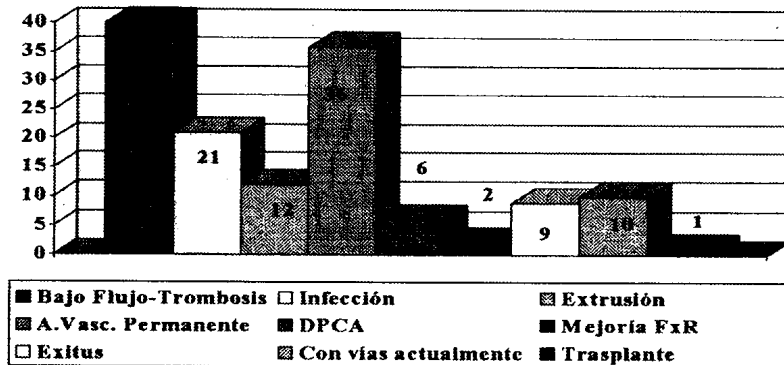


3. Predominan el bajo flujo-trombosis, la infección y la extrusión del catéter, además de la realización de un acceso vascular permanente como motivos fundamentales para la retirada de los catéteres, y así en 40 ocasiones hubo que recanalizarse o retirarse definitivamente por trombosis o falta de flujo, en 21 por infección, y en 12 por extrusión del catéter.

36 pacientes dejaron de dializarse mediante acceso venoso central por realización del acceso vascular permanente, aunque posteriormente en algunos hubo que volver a emplearse vía central transitoria; 6 por entrada en DPCA, 2 por mejoría de la función renal, 1 por trasplante renal y en 9 ocasiones por fallecimiento del paciente (fundamentalmente por causa cardiovascular, si bien un paciente falleció por abandono de la técnica y otro por sepsis y endocarditis por Stf. Aureus).

10 pacientes continúan dializándose mediante acceso venoso central transitorio en el momento de cierre del estudio. Gráfica 2.

RESULTADOS (III):
MOTIVOS DE RETIRADA DE CATÉTERES

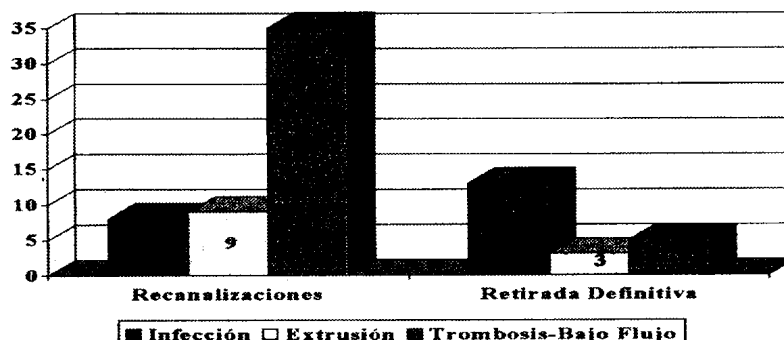


4. Los tres motivos fundamentales de discusión o de causa de recanalización retirada de estos catéteres fueron como hemos visto la trombosis-falta de flujo, la infección y la extrusión del catéter.

De los 40 casos trombosis-falta de flujo, en 35 se realizó una canalización y en 5 ocasiones se procedió a la retirada definitiva. De las 21 infecciones se recanalizó en 8 ocasiones y se retiró cambiando la localización del catéter en 13.

Por último en la mayoría de las 12 extrusiones (9) se procedió simplemente a volver a recanalizar el catéter. Gráfica 3.

RESULTADOS (IV):
Nº DE RECANALIZACIONES O RETIRADA
DEFINITIVA POR CAUSAS



5. A partir del primer mes de tiempo medio de colocado el catéter comienza generalmente a tener problemas en cuanto a trombosis o bajo flujo, infección o extrusión del mismo, motivo por el cual tiene que ser recanalizado o retirado: Gráfica 4.



6. De las infecciones acaedidas los agentes etiológicos mas frecuentes fueron *Estafilococos aureus* y *epidermis*. Tabla 3.

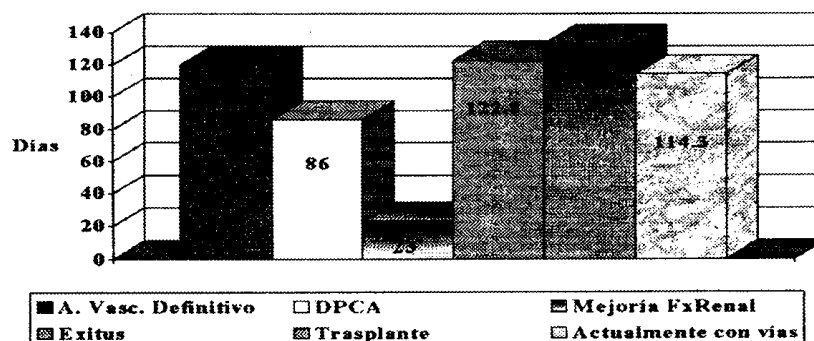
**RESULTADOS (VI):
GÉRMENES MÁS FRECUENTES
EN LAS INFECCIONES**

<i>Stafilococcus epidermidis</i>	14
<i>Stafilococcus Aeureus</i>	8
<i>Corynebacterium</i>	1
<i>Proteus Mirabilis</i>	1

⇒ En dos ocasiones el catéter presentó una coinfección por *Stf Aureus* y *Estf. Epidermidis* y en una ocasión por *Corynebacterium* y *Epidermidis*

7. Desde la colocación del primer catéter hasta la retirada definitiva de éstos transcurrieron una media de 120 días para la realización de un acceso vascular permanente. Los pacientes que iniciaron tratamiento en DPCA estuvieron una media de 86 días dializándose mediante catéteres venosos centrales, los que recuperaron función renal 23 días, el paciente trasplantado permaneció con vía central durante 133 días, y finalmente los pacientes que fallecieron se dializaron con acceso vascular temporal una media de 122 días. El tiempo medio global de HD con acceso vascular temporal fue de 110 días. Gráfica 5.

RESULTADOS (VII):
Tº MEDIO DE USO DE CATÉTERES HASTA SU
RETIRADA DEFINITIVA POR CAUSAS



CONCLUSIONES

- Los catéteres venosos centrales son usados cada vez con mayor frecuencia para la HD, representando un buen acceso vascular si lo son durante un periodo de tiempo limitado.
- Cuando su permanencia se prolonga, por los factores comentados, aumenta el riesgo de flujos inadecuados, infecciones (sobre todo por Stf. Aureus y Epidermis), injurias vasculares que supongan un inconveniente para la realización del acceso definitivo e incluso de bacteriemias, septicemias, trombosis y posibles fallecimientos.
- No hay que olvidar, por tanto, que si bien la mayoría son inocuos, el prolongar su duración expone a estos riesgos y no deben dejar de tener un carácter temporal.
- Por último, ésto hace hincapié, al igual que otros estudios, en la necesidad cada vez mayor de disponer de Unidades para realización de Accesos Vasculares adecuados por nuestros enfermos en HD.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrés Joan. Accesos Vasculares para H.D. Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal. Casamíquela Joan A. Fortuny Carme. 1993. (Pág 149-155).
2. I.R.C. (Llach Valderrábano). Cap. 29 "Tratamiento de la I.R.C. con H.D.". Accesos Vasculares. Vol. I, Pág. 833 y Vol II, Accesos Vasculares para HD. Accesos Temporales. Pág. 927-930.
3. "500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal". Cap. 7. Accesos Vasculares (Pág 89-98).
4. Nefrología Vol XV nº6. "Recepción económica de los catéteres venosos centrales como acceso vascular en H.D. crónica".
5. Martínez de Merlo: Catéteres temporales y permanentes para hemodiálisis. Cuidados de enfermería. Enfermería Nefrológica, vol. 2 nº. 3, 1997.
6. Rasib M. Raja: Accesos temporales. El acceso vascular para la hemodiálisis. Manual de diálisis. Daugirdas Jhon T. Ing. Todd S. Masson-Littie, Brown.