

## CONTROL DE PUNCIONES REPETIDAS. REVISION DE UN PLAN DE CUIDADOS

*E. Meliá Chovares, M.ª E. Dueñas Cantero, A. Murillo Mesa*

Club de Hemodiálisis del Hospital Comarcal "Valle de los Pedroches", Pozoblanco (Córdoba)

### INTRODUCCION

El acceso vascular de elección para la realización de hemodiálisis periódicas como tratamiento de la IRC es la fístula arterio-venosa interna.

Esta FAVI puede tener origen en un vaso natural o protésico, pero sea cual sea su naturaleza, debe reunir una serie de características que permitan la práctica del tratamiento.

Todo acceso vascular debe conjuntar propiedades arteriales y venosas, de manera que permita:

- *Obtención de flujo adecuado:* medido por la velocidad de la bomba (flujos de 50 a 500 ml/min.).
- *Accesibilidad:* debe ser superficial de modo que se canalice el acceso vascular mediante punción percutánea.
- *Punciones periódicas en el mismo vaso:* las paredes del vaso han de ser resistentes para que permitan la continuación del tratamiento.
- *Fácil retorno de la sangre con mínima resistencia.*

En 1966 Cimino y Brescia describen la fístula arteriovenosa por anastomosis directa laterolateral entre la arteria radial y la vena cefálica a nivel de la muñeca.

En la actualidad son varias las técnicas y modalidades de realización de fístulas arteriovenosas internas, incluyendo la utilización de injertos sintéticos cuando es imposible utilizar un vaso natural, pero aún así, siguen siendo de elección las de tipo radio-cefálicas.

La mayor supervivencia de los pacientes renales en tratamiento con hemodiálisis, hace que se exija una mayor duración de la fístula arterio-venosa, que aunque no es predecible, sí deben tenerse en cuenta puntos fundamentales como son: un buen autocuidado, una punción adecuada y una rápida detección y actuación sobre complicaciones que puedan asegurar el mantenimiento y longevidad de la FAVI.

El personal de Enfermería desempeña, por tanto, un papel clave en el manejo y conservación de la FAVI.

La punción venosa es una técnica invasiva, y como tal supone una alteración en el bienestar del paciente.

El primer paso para el inicio de una sesión de hemodiálisis en pacientes con FAVI es la punción venosa, el fracaso de ésta, puede condicionar negativamente la dinámica de la hemodiálisis y el bienestar del paciente durante la sesión.

Los problemas en la punción, afectan no sólo al acceso vascular, las punciones repetidas son una acción indeseable y a menudo evitables, que pueden comprometer no sólo el acceso vascular con complicaciones como la formación de aneurismas, hematomas, tromboflebitis de la fístula, infecciones, ..., sino también al paciente, condicionándolo psicológicamente, de manera que pueda llegar a desarrollar fobias hacia el tratamiento y hacia el equipo asistencial.

En nuestra unidad, tomando como indicador las punciones repetidas para el abordaje del acceso vascular, tratamos de hacer un estudio dirigido a la revisión de los planes de cuidados y a la evaluación del procedimiento de la técnica de punción.

Con esto pretendemos llegar a unas conclusiones que nos permitan valorar las correcciones de nuestra labor, de manera que se consiga mejorar nuestra calidad de asistencia al paciente.

### OBJETIVOS

Determinar la cumplimentación de los registros de los planes de cuidados. Determinar la cumplimentación de los registros del proceso de punción.

Conocer el índice de punciones repetidas en nuestra unidad.

Conocer la incidencia de las punciones repetidas en el tipo de FAVI.

Conocer la relación entre la incidencia de punciones repetidas y el conocimiento de una FAVI.

### MATERIAL Y METODOS

Se ha realizado una revisión del periodo comprendido entre enero de 1990 y diciembre de 1993. En total se han estudiado las fístulas de 14 pacientes, entre ellos 10 hombres y 3 mujeres, con una media de edad de 51,7 años. El total de fístulas de la muestra es de 17, ya que se realizaron nuevas fístulas durante el periodo estudiado a pacientes en los que fracasaron los accesos vasculares.

El porcentaje de fístulas realizadas a estos pacientes ha sido de:

- 79% de pacientes: 1 fístula.
- 14% de pacientes: 2 fístulas.
- 7% de pacientes: 3 fístulas.

La base de datos es la Historia Clínica:

Informes médicos, Hojas de evolución médica, Hojas de observaciones de Enfermería, Registros de sesiones de HD, Hojas de planes de cuidados.

Se han recogido datos como:

- Tipo de fístula.

- Número de fístulas realizadas a cada paciente.
- Flujo medio de hemodiálisis.
- Punción repetida.

La técnica de punción se realiza según el procedimiento de la unidad. Hemos considerado «punción repetida», cuando se efectúa más de un intento de punción, sin establecer diferencias entre unipunciones y bipunciones.

En nuestra unidad se realizó una asignación semanal de paciente-enfermera/o con correspondencia muy regular, al ser fijos ambos turnos, tanto el del paciente como el del personal de Enfermería.

Para la realización de nuestro estudio, utilizamos la determinación del índice de punciones repetidas, basándonos en el siguiente cálculo:

$$\frac{\text{Número de punciones repetidas} \times 100}{\text{Número de sesiones realizadas en un mes}}$$

Una vez obtenidos estos índices mensuales para cada uno de los pacientes del estudio, se realiza un sumario de los índices de punciones repetidas de cada año, y se divide entre el número de meses del año, y así se obtiene el índice de P-R anual de cada uno de los pacientes.

Posteriormente, realizamos un sumario de dichos índices y se dividen entre el número de pacientes estudiados por año, obteniéndose así el índice de punciones repetidas global.

Al realizar la recogida de datos, se comprueba que en todos los casos aparece registrada la referencia a la punción como:

- Buena/sin problemas.
- Difícil/dolorosa. Repetida.

## RESULTADOS Y DISCUSION

El tipo de fístulas que constituyen la muestra ha ido cambiando durante el tiempo estudiado, tal como se muestra en la siguiente tabla.

**TABLA 1**

	90	91	92	93
RADIO-CEFALICA	83,3%	75%	61,53%	75%
HUMERO-BASILICA	0%	8,33%	23,07%	16,66%
RADIO-CUBITAL	16,67%	8,33%	7,69%	8,33%
PTFE	0%	8,33%	7,69%	0%

La variación en el porcentaje del número de fístulas según el tipo de éstas, se debe a un aumento de la población, tanto por pacientes nuevos como por fístulas nuevas realizadas por inviabilidad de las anteriores.

En una visión global, de las 17 fístulas estudiadas, un 74% de las mismas constituyen el tipo de fístula predominante, la radio-cefálica, que además es el tipo de elección a la hora de realizar una primera FAVI. Las húmero-basílicas siguen a las anteriores con un porcentaje del 12%, siendo de menor incidencia las radio-cubitales, y las prótesis de PTFE con porcentajes del 10% y 4% respectivamente (Fig. 1).

El índice de punciones repetidas según el tipo de FAVI y año se recogen en la siguiente tabla:

**TABLA 2**

	90	91	92	93
RADIO-CEFALICA	6,49	3,31	2,79	3,28
HUMERO-BASILICA		0	5,82	2,29
RADIO-CUBITAL	0	0	0	0
PTFE		10,25	2,47	

En esta tabla se pueden observar las variaciones de los índices de punciones repetidas a lo largo del tiempo de estudio y según el tipo de fístula.

Las variaciones que se producen en estos índices a lo largo de los años, no son valorables de manera aislada, ya que para obtener datos significativos, es necesario compararlos con las variaciones en los porcentajes de cada tipo de FAVI analizada.

En el año 1991 se observa un aumento en el índice de punciones repetidas totales coincidiendo con la aparición de un índice de punciones repetidas en PTFE de 10,25 que se corresponde con un aumento M porcentaje de este tipo de fístula en la unidad, que pasó de 0,00% en 1990 a 8,33% en el año 1991.

En el año 1992 el porcentaje de FAVI húmero-basílica aumentó de 8,33% en 1991 a 23,07% en 1992, elevándose a la vez el índice de punciones repetidas del 0,00% al 5,82% en el año 1992 (Figs. 2 y 3).

En el año 1992 el índice de punciones repetidas de la FAVI del tipo PTFE disminuye hasta el 2,47 para una población del 7,69%.

En el año 1993 el índice de punciones repetidas para la fístula de tipo húmero-basílica disminuyó hasta el 2,29 para una

población del 16,66 %.

En el período 1991-1993 con la aparición en la unidad de nuevas fístulas se observa un índice más elevado de punciones repetidas en dichas fístulas, como también se observa posteriormente una involución de estos índices, que relacionamos con el mayor conocimiento de la FAVI, y el establecimiento de un proceso individualizado para el abordaje del acceso vascular

Dado lo reducido de la muestra de fístulas de tipo radiocubitales, (1 en términos absolutos), no consideramos valorable el índice de punciones repetidas 0,00 a lo largo del período estudiado.

En cuanto a las fístulas de tipo radio-cefálicas (predominantes) los índices de punciones repetidas se mantienen similares, sufriendo leves variaciones según los porcentajes de estas fístulas respecto de la población estudiada.

Referente a la recolección de datos, hemos observado, en nuestros registros, que los datos relativos a la punción y cuidados del acceso vascular, se registran en hojas distintas con lo cual a la hora del seguimiento y evaluación de los cuidados del acceso vascular, es necesario el manejo y búsqueda de los datos de los registros.

Resultaría sumamente útil la estructuración de los datos, y el seguimiento de los planes de cuidados en una hoja organizada y dedicada al Acceso Vascular en exclusiva.

## CONCLUSIONES

- La aparición de nuevas fístulas en la unidad aumenta el índice de punciones repetidas.
- La revisión y control de las punciones repetidas nos proporciona un instrumento importante en la calidad final de los cuidados a prestar
- El registro de las punciones repetidas es condición indispensable para el control de enfermería del acceso vascular
- La revisión de los procedimientos en un plan de cuidados, permite detectar el incumplimiento de las normas de actuación.
- La utilización de una hoja de registro exclusivo para la fístula, es un instrumento útil y rápido para el seguimiento de los cuidados de enfermería en el acceso vascular

## BIBLIOGRAFIA

Casamiuela, A.;ortuny, C.: Cuidados de Enfermería en la Insuficiencia Renal. Barcelona Ed. Gallery/Healthcom, S.A. Cap. XI

Campbell, C.: Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos. Barcelona. Ed. Doyma, 1987.

Carpenito, L.J.: Diagnóstico de Enfermería. Madrid. 3ª edición, Ed. Interamericana.

Tomás Vidal, A.: Conceptos básicos para elaboración de planes de cuidados. Enfermería Clínica, 1944, vol 14, núm 1,

Manual de nefrología. Masson Editores 1983. S.A. México. Características de los indicadores clínicos. Revista control de Calidad asistencial, 6, 3, 1991.

## TIPOS DE FISTULAS

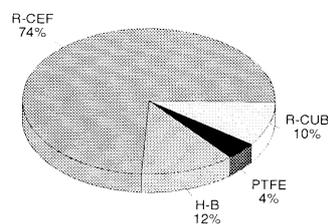


Fig. 1

## INDICES DE P- R EN RELACION CON EL TIPO DE FAVI

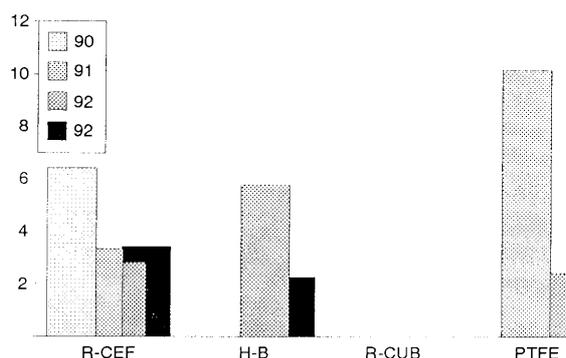


Fig.2

**EVOLUCION DE P-R SEGUN TIPO DE FAVI**

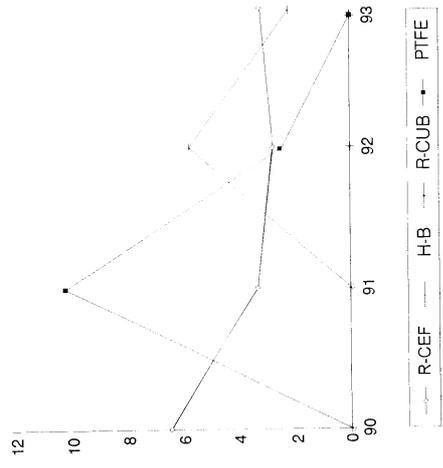


Fig. 3