

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SHUNT DE THOMAS

*Ana Seleguí, Ana Lezcano, Ascensión Aravio-Torre, María Teresa Iñarra,
María Lulsa Oteiza, Lucía Ocáriz, Pilar Pardo*

Servicio de Nefrología. Hospital de Navarra

INTRODUCCION

Uno de los tratamientos sustitutivos de la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es la hemodialisis (HD).

Para que sea posible realizar 1a HD, es preciso disponer de un acceso vascular capaz de dar flujo de sangre suficientes durante varias horas.

De los múltiples accesos vasculares (1, 2) realizados, 1a Fístula Arterio-venosa Interna (FAVI) realizada por Cimino y Brescia es la de mayor utilización; pero cuando esta fracasa por problemas vasculares del paciente, es preciso recurrir a injertos internos (autólogos o artificiales) o cortocircuitos externos tipo Shunt de Thomas (3).

Alguno autores (4), describen graves complicaciones derivadas de la utilización del Shunt de Thomas (infecciones, trombosis, hemorragias ...), que ponen en riesgo la vida del paciente.

El objetivo de este trabajo, es estudiar la evolución de los Shunt de Thomas implantados en nuestro servicio.

Con ello se ha pretendido conocer, según nuestra experiencia, su supervivencia en relación con las FAVI y la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de sus complicaciones.

MATERIAL Y METODOS

La selección de la muestra, se realizo revisando las historias clínicas en los archivos de nuestro servicio.

Comprende el total de accesos vasculares para hemodiálisis crónica realizados entre el año 81 y el año 89.

El total de accesos vasculares fue de 114, en un total de 75 pacientes.

Durante este periodo se realizaron 12 accesos vasculares de shunt de Thomas, en un total de 9 pacientes (4 hombre y 5 mujeres).

Se considero funcional al shunt de Thomas, cuando era capaz de proporcionar flujos de sangre superiores a 200 ml/min. Y una presión de retorno venoso inferior a 50 mmHg.

RESULTADOS

La edad total de pacientes del servicio fue de $50,55 \pm 13,93$ años. La edad de los pacientes a los que se les practicó un shunt de Thomas fue de $59,13 \pm 10,97$ años. Esta diferencia es significativa ($p = 0,046$ (Student)) (figura 1).

La media de duración de las FAVI es de $25,68 \pm 29,63$ meses. La media de curación de los shunt de Thomas es de $21,12 \pm 18,55$ meses. Esta diferencia no es significativa ($p = 0,603$ (Student)).

La distribución temporal de la realización de, los shunt de Thomas se puede ver en la figura 2.

Se ha realizado un estudio de supervivencia actuarial de los accesos vasculares. Se consideraron periodos de. tres meses, lo que da un total de tiempo para el estudio de 15 meses.

La supervivencia fue de 66 % para las fístulas internas y del 64 % para los shunt de Thomas (figura 3).

Excepto en un paciente que inicia HD mediante shunt de Thomas, el tiempo medio de estancia de los pacientes en HD con FAVI hasta la implantación del Thomas fue de 18,7 meses, con una duración máxima de 40 meses y mínima de 3 meses

Las FAVI realizadas fueron:

- 5 casos FAVI.
- 4 casos FAVI Goretex.
- 3 casos FAVI cordón umbilical.
- 2 casos FAVI safena.

La principal causa del fracaso fue la trombosis y en ningún caso la falta de flujo.

En los shunt de Thomas la duración fue:

- Máxima: 5 años.
- Mínima: 2 meses.

En la actualidad hay 4 shunt de Thomas funcionando.

Tres pacientes fallecieron con el shunt de Thomas funcionando.

Las causas más frecuentes por las que fracasaron los shunt de Thomas fueron:

- Trombosis: 2 casos.
- Hiperplasia de intima: 2 casos,
- No se registró ninguna complicación letal para el paciente.
- No se ha registrado ningún caso de infección del shunt de Thomas ni del trayecto subcutáneo. En una ocasión, a los pocos días de ser instalado el shunt de Thomas, hubo cultivo positivo para estafilococos epidermis en el orificio de salida del shunt, que se resolvió con solución de povidona local.
- No se ha registrado ninguna incidencia de hemorragia que requiriera transfusión.

En una ocasión se produjo una desconexión en el domicilio del paciente. El mismo procedió a clampar las dos ramas del acceso que fue reempalmado en la unidad.

En uno de los casos, en que el paciente permaneció durante aproximadamente tres años con tensiones arteriales asistólicas inferiores a 80 mmHg, frecuentemente llegaba con la rama venosa coagulada. En estas ocasiones se pudo realizar la diálisis previa desobstrucción con catéter de Fogarty.

En otro de los casos estudiados, en que el paciente tenía tendencia a la hipercoagulabilidad, a pesar de estar sometido a terapia con derivados cumarínicos, la coagulación aparecía en la rama arterial. La desobstrucción mediante catéter de Fogarty de la rama arterial, supone un potencial peligro de embolia distal. En dos ocasiones, se produjo este accidente de magnitud suficiente para requerir embolectomía quirúrgica.

En dos ocasiones, al año y dos años de la colocación del acceso, se detectó hiperplasia de la intima venosa que determinó el fracaso del acceso.

DISCUSION

Otros autores (5) refieren en sus resultados casos de hemorragia e infección grave, incluso con alto índice de mortalidad (4).

Esto nos lleva a considerar la importancia de los cuidados de enfermería.

- Tanto la conexión como la desconexión del shunt de Thomas, al realizar la HD debe ser con técnica estéril (campos, bata, guantes, mascarilla ...).
- Durante la HD el acceso vascular permanece tapado con campos estériles y en caso de necesitar revisión visual, se utiliza mascarilla.
- El desinfectante utilizado es solución de poviconamicida pero en los casos de sensibilidad a este preparado se ha utilizado hibatane alcohólico al 0,1 % con iguales resultados.
- Durante el tiempo interdiálisis, se coloca por la parte de abajo del shunt unas gasas estériles, se impregna con povidona o hibatane los puntos de salida de shunt, se cubre todo con campos estériles, realizando oclusión con esparadrapo flexible, FIXOMULL (R), que permanecerá sin levantar hasta la próxima HD.
- Otro aspecto en el cuidado de enfermería, es la revisión de los extremos del shunt de Thomas que encajan en la conexión de teflon. No deben estar dilatados ni agrietados.
- La conexión con el teflón debe ser simétrica y se debe evitar que haga tensiones o acotaduras.
- Con la observación de estos puntos, se han evitado los accidentes por desconexión, que al principio de la técnica ocurrieron.
- Cuando se observan presiones de retorno venoso superiores a 100 mmHg, se procede a introducir catéter de Fogarty para comprobar si esta permeable, si hay coágulos o alguna estenosis. Si no se consigue reducir la presión es preciso la revisión por el cirujano cardiovascular.

CONCLUSIONES

La experiencia en nuestra unidad demuestra que cuando han fracasado las posibilidades de FAVI, el shunt de Thomas es un acceso vascular eficaz.

Una vez colocado, se puede utilizar de inmediato, por lo que se puede seguir el de HD periódica.

Se consiguen flujos de sangre altos 350 ml/min. presión de retorno venoso bajo, necesarios para las diálisis de tres horas.

Creemos que la diferencia en los resultados puede estar en los cuidados de enfermería

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis compañeros del servicio de Nefrología del Hospital de Navarra por el apoyo prestado, y particularmente al Dr. Asirón por su colaboración en estadística e informática.

BIBLIOGRAFIA

1. Del Castillo, Aljama. Accesos vasculares para hemodiálisis. Nefrología 4: 172-174, 1984
2. Palder, S. B., Kirkman, R. L., Whittemore, A. D. Et al. Vascular Acces for Hemodialysis. Ann. Surg. 202: 235-239 1983.
3. Butt, K. M. H. En Drukker, W., Parsons, F. M. Maher, J. F. Eds. Replacement of Renal Function by dialysis: Angioaccess. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers, 171-185, 1983
4. Morgan, A. P., Knight, D. C., Tilney, N. L., Lazarus, J.M. Femoral triangle sepsis in dialysis patients. Ann. Surg. 191: 460-464, 1980.
5. Gomez, R. M., López, M. D., Vélez, E. Analisis de 34 shunt de Thomas. ¿La actuación de la enfermería influye en su supervivencia? En "Comunicaciones" presentadas al IX Congreso de la Sociedad Española de A.T.S. de Nefrología. Palma de Mallorca, 63-67, 1984









