

## CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UNA NUEVA VARIANTE DE INJERTO DE P.T.F.E. COMO ACCESO PERMANENTE PARA HEMODIALISIS

A. Barcenilla, T Rodríguez, Y Prieto, J. García, E. Cardeñoso, C. Ovejero,  
A. Diez, T López, J. Toro, M. Domínguez

Sección de Nefrología. Hospital General de Palencia «Río Carrión».

### INTRODUCCION

Describimos los cuidados de enfermería en una nueva forma de injerto de PT.FE. como acceso vascular permanente para hemodiálisis, a nivel subcutáneo abdominal y con una implantación femorofemoral (1).

### PACIENTES Y MATERIAL

Esta variante fue realizada a una paciente de 65 años, con fracaso de 6 fístulas arteriovenosas internas en ambas extremidades superiores, y de un autoinjerto de Safena en extremidad superior izquierda.

El Material empleado fue una prótesis de P.T.FE. de tipo Gore-Tex de pared fina y 8 mm de diámetro interno.

La implantación del injerto fue quirúrgica en la arteria y vena femoral con tunelización subcutánea abdominal (2).

### DESCRIPCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

Desinfectamos la zona abdominal de punción con povidona yodada, según técnica habitual de esta unidad.

La enfermera, provista de mascarilla, procede a la colocación de paños estériles, disponiendo en ellos todo lo necesario para la punción: jeringas, agujas de fístula, gasas y guantes estériles.

Técnica de punción:

Se accederá al injerto con la máxima asepsia.

- a) Inspección visual para comprobar la ausencia de algún tipo de alteración.
  - Infección.
  - Hematoma.
  - Colección de líquido.
- b) Procedemos a la palpación del injerto para comprobar su buen estado.
- e) Se procede a la punción con una aguja de fístula del 15G-1" en un ángulo de 90° y solamente atravesando la piel; de este modo la inserción es menos dolorosa. El paso siguiente, de gran importancia, consiste en colocar la punta de la aguja sobre la superficie del injerto, de modo que el cuerpo de la aguja forme entonces el ángulo de 45°. Una vez que la aguja ha llegado al injerto, ésta debe rotarse 180° para que el bisel quede dirigido hacia abajo.
- d) La fijación de la aguja a la piel de la pacientes la realizamos con esparadrapo antialérgico, colocado abrazando el cuerpo de la aguja.
- e) Se procede a la conexión de hemodiálisis, según técnica habitual,

Técnica de hemostasia:

Después de terminada la hemodiálisis, debe extraerse la aguja con todo cuidado, aplicando una presión sobre el punto en que la aguja penetró en el injerto.

La compresión externa debe mantenerse entre 10 y 15 minutos.

La reinspección visual y física del punto de punción permite observar si se ha producido algún hematoma.

### RESULTADOS

Con esta variante de P.T.F.E. femoro-femoral con tunelización subcutánea abdominal se han realizado 520 hemodiálisis durante un periodo de 3 años y 7 meses.

Los flujos arteriales medios en bipunción fueron de 250 milmin. Las presiones venosas oscilaron entre 100 y 125 mm Hg. La recirculación media fue del 2,5 %.

En unipunción los flujos arteriales medios fueron de 200 a 220 milmin. Las presiones venosas variaron entre 150 y 175 mm Hg, dependiendo de los flujos conseguidos. El índice de recirculación se situó en el 6 %.

Durante 43 meses los problemas que han surgido son:

- a) Linfedema y linforragia con infección posterior por *Estafilococo Epidermidis*, que se solucionó con drenaje quirúrgico del sistema linfático de la zona y antibióticos según antibiograma.
- b) Absceso periprotésico a los 40 meses, aislándose *Klebsiella Pneumoniae*, tratado con antibioterapia y evacuación del mismo.
- c) Dificultad de hemostasia en la zona de punción al finalizar la hemodiálisis durante el primer y segundo trimestres posteriores a la inserción, que exigió la compresión de la zona durante tiempos superiores a los habituales.

El dolor que conlleva la punción del injerto en la zona abdominal es similar al que la paciente refería en accesos vasculares previos.

### DISCUSION Y CONCLUSIONES

Como en cualquier acceso vascular, los cuidados de enfermería son fundamentales para la duración del mismo, prevenir la formación de hematomas y evitar la aparición de infecciones.

Los cuidados de este injerto vienen determinados por su esencial ubicación. Además de las medidas generales, hay que tener especial cuidado en la asepsia total, tanto por parte del paciente como del personal de enfermería.

Para una mayor duración del injerto y evitar las punciones repetidas del mismo, es preferible el sistema de unipunción debiendo espaciarse los lugares donde se efectúa la misma entre una y dos semanas antes de volver a repetirla cerca de una punción

previa. El cambio de localización viene favoreciendo por la mayor longitud de esta forma especial de injerto de Gore-Tex.

La dificultad en la hemostasia de la zona de punción se solucionó haciendo una compresión con Spongostán impregnada con una ampolla de ácido tranexámico (Anchafibrin).

Actualmente no existen problemas de coagulación, manteniéndose el injerto permeable sin necesidad de antiagregantes plaquetarios ni anticoagulantes.

El injerto de P.T.F.E. femoro-femoral con localización abdominal, es una variante válida como acceso permanente para hemodiálisis (3, 4). En aquellos casos especiales en los que han fallado otros accesos vasculares.

#### REFERENCIAS

- 1) Acaba; A., Matos D., Sousa F et al. Nueva variante de acceso vascular para hemodiálisis. Prótesis de PTFIE con localización subcutánea abdominal. Resumen XX Reunión Nacional de la SEN. Nefrología 3 Supl 2: 65, 1.988.
- 2) G. Flores Izquierdo, R. Ronces Vivero. Venous Autograft for Hemodialysis. Operative Technique, its Systemic Effects. Nephron 8: 57-66, 1.971.
- 3) H. Haimov, F. Girón et al. The Expanded Polytetrafluoroethylene Graft, Arch Surg 114: 673-677, 1.979.
- 4) J. M. Johnson, J. M. Anderson et al, Reasonable Expectations for PTFIE Grafts in Hemodialysis Acces. Dial Transplant 12-4: 238-245, 1.983.