

ESTUDIO DE SUERO A EMPLEAR PARA LA RESTITUCION HEMATICA AI FINALIZAR LA SESION DE HEMODIALISIS

*J. Andrés, R. Camps, P. Sanjuán, G. Diez, M. J. Ronda, M. Fábregas,
L. Robleda, A. Guillón, S. Vizcaíno*

Unidad de Hemodiálisis. Centro Médico Salus
Paseo San Gervasio, 51-53 - Barcelona-22

Al acabar una sesión de hemodiálisis, es de vital importancia efectuar la maniobra de restitución hemática con la máxima efectividad, en esta operación los factores a tener en cuenta son: restituir al paciente la máxima cantidad de sangre, aportando la mínima cantidad de volumen. Ello podría lograrse devolviendo la sangre impulsada por aire, pero hemos rechazado esta posibilidad desde siempre, por considerar que el volumen residual es excesivamente alto con esta técnica, lo que constituiría un factor anemizante de primer orden, y al mismo tiempo, evitar todo riesgo de embolismo gaseoso, descrito como una de las causas de muerte en hemodiálisis.

Por ello, el empleo de soluciones isotónicas se ha estandarizado y habitualmente se utilizan al acabar las hemodiálisis sin problema alguno.

La duda surge en el momento de escoger la solución idónea, disponiendo para ello de suero glucosado al 5 % o de suero salino al 0,9 %.

El objetivo del presente trabajo es el estudio de la conveniencia de utilizar una u otra solución al valorar la incidencia que pueda tener la elección sobre los pacientes.

Se ha estudiado un grupo de 18 pacientes (12 varones y 6 mujeres), con edades comprendidas entre 22 y 70 años (media 46,83), afectos todos de Insuficiencia Renal Crónica Terminal e incluidos en programa de hemodiálisis entre 15 y 32 meses (media 23,77), utilizando monitores automáticos de single pass, en sesiones de 5 horas.

Los pacientes fueron seleccionados entre aquellos que a lo largo del estudio no presentaron variaciones importantes de filtrado residual y mantenían bien controlada la tensión arterial.

Se valoraron las ganancias de peso interdiálisis, así como las variaciones tensionales de estos pacientes durante los meses de marzo, abril y mayo de 1980, utilizando 300 c.c. de suero glucosado al 5 % para finalizar las sesiones de hemodiálisis de este período.

Para evitar que las variaciones del medio ambiente, frío, calor, humedad, etc., interfirieron en el estudio, esperamos un año para coincidir con el mismo período climático y realizar la segunda parte del estudio, durante los mismos meses de marzo, abril y mayo, pero de 1981. Así las hemodiálisis efectuadas en estos meses se finalizaron utilizando 300 c. c. de suero fisiológico salino al 0,9 % para la restitución hemática.

En total se han estudiado 1.390 hemodiálisis, correspondiendo 702 a 1980 y 688 a 1981.

El valor promedio de ganancias de peso interdiálisis de las sesiones acabadas con suero glucosado ha sido 1.395,44 gr., mientras que observamos que el valor promedio de ganancia de peso interdiálisis en los pacientes cuyas hemodiálisis se acabaron utilizando suero fisiológico salino fue de 1.727,72 gr.

Los valores promedio de tensión arterial encontrados fueron de 135,9/76,5 en determinaciones prediálisis utilizando suero glucosado y de 131,7/75,4 utilizando suero fisiológico salino.

Las determinaciones postdiálisis promedio respectivamente 153,3/73,8 y 126,2/71,7.

Al estudiar los aumentos de peso interdiálisis nos encontramos que un 66 % de los pacientes han presentado al utilizar suero fisiológico una ganancia de peso superior en 500 gr. a la ganancia de peso que presentaron al utilizar suero glucosado.

El 27 % de los pacientes no presentó variaciones significativas y el 5 % presentó pesos ligeramente superiores al utilizar suero glucosado para la restitución hemática.

Los valores promedio de tensión arterial, no aportaron ninguna variación significativa, ni tampoco los valores particulares de cada paciente.

CONCLUSIONES

- Los pacientes cuyas hemodiálisis se han finalizado utilizando suero fisiológico salino, acuden a la diálisis siguiente con mayor peso que cuando se ha utilizado suero glucosado.
- No hemos observado repercusiones significativas sobre la tensión arterial, ni prediálisis ni post-diálisis, por el hecho de acabar las sesiones de hemodiálisis utilizando para la restitución hemática una u otra solución.