

INJERTO DE PTFE AXILO-FEMORAL VALORACIÓN Y CUIDADOS

E. Casanovas Izquierdo, R. Cucala Carvajal

Centro de Diálisis Bonanova, Barcelona

INTRODUCCIÓN

Es frecuente, dado el tiempo de hemodiálisis y la edad avanzada de los pacientes, el fracaso de los accesos vasculares. Cada vez se hace más difícil encontrar territorios vasculares adecuados para la realización de nuevos accesos. La utilización de injertos de PTFE permite realizar accesos con localizaciones poco habituales que requieren mayor atención y cuidados más precisos.

En este caso se trata de un injerto de PTFE axilo-femoral derecho con tunelización subcutánea abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial no controlada. La paciente no presenta clínica. En un control analítico de rutina aparece una urea plasmática elevada. Se practica un aclaramiento de creatinina dando como resultado un valor de 13 ml/min, por lo que se incluye en programa de hemodiálisis periódica en septiembre de 1985 y se le practica una fístula arterio-venosa Cimino-Brescia en el antebrazo izquierdo. En noviembre de 1985 aparece infección en la zona de punción. Después de este proceso hay una disminución del flujo sanguíneo, pero se considera que aún es funcional. A partir de este momento se presentan los siguientes problemas:

Junio de 1986. Se pierde trayecto de punción. Se practica fistulografía y aparece una recirculación importante y estenosis no corregible quirúrgicamente. A pesar de la recirculación se sigue puncionando. Se pautan antiagregantes plaquetarios.

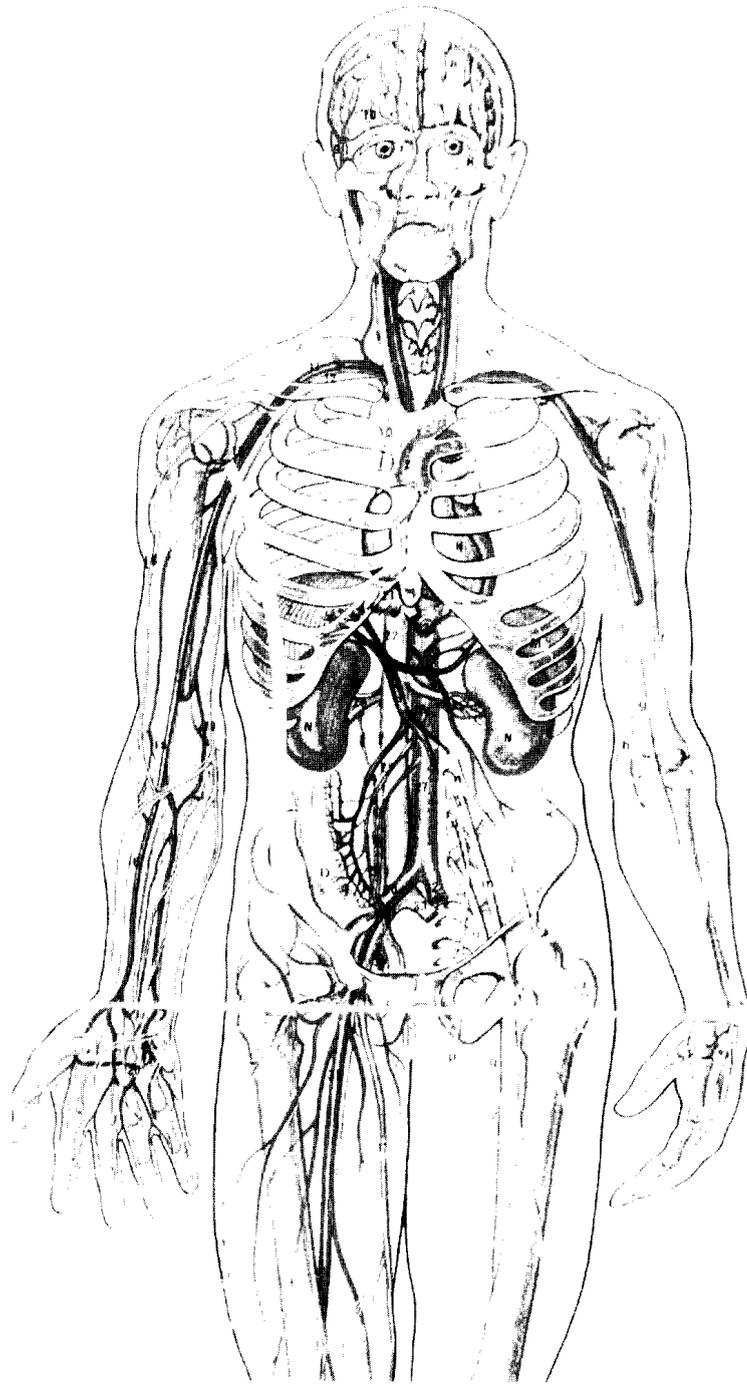
Noviembre de 1990. Aparecen edemas en extremidad inferior izquierda. Se practica Doppler y se observa trombosis fémoro-poplítea izquierda.

Junio de 1993. Aparecen nuevos problemas de punción en la fístula arterio-venosa que se corrigen con una superficialización de la misma. También hay descompensación en la tensión arterial.

Febrero de 1994, La paciente es intervenida de síndrome de túnel carpiano izquierdo que coincide con la aparición de aneurismas en la fístula arterio-venosa.

Febrero de 1995. La paciente se remite a neurología por presentar desorientación temporo-espacial y pérdida de fuerza en las extremidades post-hemodiálisis.

Abril de 1995. Se coloca un catéter yugular por aneurismas trombosados y nueva infección en la fístula arterio-venosa. Se practica el cierre de la fístula y resección de los aneurismas trombosados.



En la valoración de una nueva fístula arterio-venosa aparecen los siguientes problemas:

- Tras flebografía se observa trombosis en vena subclavia izquierda.
- Por ecodoppler se observa trombosis en vena femoral izquierda.
- Por DIVAS se observa arteriopatía avanzada en ilíacas y ambas extremidades interiores.

Dados los resultados de las exploraciones y la infección reciente, se decide implantar prótesis de Gore-Tex de 6 mm desde la arteria axilar derecha hasta vena femoral derecha con tunelización subcutánea abdominal.

Tras el post-operatorio, presenta edema en extremidad interior derecha que, tras practicar Doppler, se descarta que sea secundario a hipertensión venosa por fístula arterio-venosa.

Mayo de 1995. Se punciona por primera vez el acceso vascular con éxito y se dializa la paciente.

MÉTODOS Y CUIDADOS

Método

La técnica de punción es la que habitualmente se utiliza para punción de injerto PTFE

A saber, preparación de campo estéril (guantes, gasas, tallas estériles, jeringas y agujas de fístula de nº 16).

Anestesia local: cloreto.

- Zona de punción. Dado el trayecto del injerto, se punciona sobre planos duros para una eficaz compresión post-hemodiálisis. Se punciona zona arterial sobre el espacio intercostal en dirección axilar y zona venosa sobre cresta ilíaca en dirección femoral.

Como es habitual antes de la punción se observa el estado del trayecto para comprobar la no existencia de hematomas ni induraciones subcutáneas.

Finalizada la hemodiálisis se realiza Ja compresion manual con la ayuda de Spongostán durante 20 minutos. La heparinización horaria se termina 30 minutos antes del final de la sesión utilizándose heparina sádica al 1% tanto en dosis de inicio como en la de mantenimiento. Finalizada la compresión se deja el apósito fijado con Omnifix.

RESULTADOS

Desde mayo de 1995 hasta abril de 1996, tiempo durante el cual se ha utilizado el injerto de PTFE como acceso habitual se han realizado 143 sesiones de hemodiálisis con flujos sanguíneos de 300 ml/min y presiones venosas que oscilan entre 150 y 200 mmHg.

Dado que los controles analíticos son aceptables, no se han realizado estudios de recirculación,

De las 143 sesiones realizadas, sólo en una de ellas se produjo una punción inadecuada que no dejó secuelas en el acceso vascular.

Sólo aparecieron sangrados importantes post-compresión tras las 6 primeras sesiones de hemodiálisis y se solucionaron tras un reajuste estricto tanto en tiempo como en dosis de heparinización. Se valoró hacer la hemodiálisis sin dosis de heparina horario lo cual se desestimó tras la coagulación del circuito en dos ocasiones.

Además se mantiene a la paciente en cama 15 minutos después de finalizada la compresión.

DISCUSIÓN

La localización del injerto de PTFE, a causa de su ubicación, planteo, en un principio, preocupación entre el personal de enfermería, ya que una punción inadecuada que produjera un hematoma importante hacía difícil valorar la extensión y/o profundidad que pudiera alcanzar y comprometer otras estructuras, motivo por el cual se requiere personal experto para llevar a cabo la punción. Después se constata que la punción no es tan dificultosa por encontrarse el injerto muy bien superficializado y por ser la compresión sobre los planos óseos efectiva.

Además de una asepsia adecuada se hace imprescindible la educación de la paciente para una buena higiene.

La necesidad de una compresión manual efectuada por el personal durante un largo tiempo repercute en la dinámica de la unidad.

La localización del injerto fue motivo de preocupación para la paciente en un principio y, además, hasta que no se solucionaron los problemas de sangrado post-hemodiálisis, la preocupación no desapareció. Solucionados estos problemas, la aceptación de la paciente es muy buena y no refiere más dolor a la punción del que recuerda en la ubicación anterior.

En la actualidad su actividad es la normal en una paciente de su edad. Atiende de forma esmerada a su cuidado personal y lleva una vida normal (pasea, va a la peluquería, etc.).

CONCLUSIONES

El injerto de PTFE no limita la actividad de la paciente en comparación con su antiguo acceso vascular y le permite una calidad de vida aceptable.

Si bien la localización del injerto requiere cuidados y técnicas más estrictos, consideramos que es una variante válida como acceso vascular permanente para la hemodiálisis de pacientes que hayan sufrido varios fracasos y no dispongan de otras ubicaciones.

BIBLIOGRAFIA

Barnevilla, A., Rodríguez, T.; Prieto, V.; García, J.; Cardeñoso E.; Ovejero, C., Díez, A., López, T., Toro, J.; Dominguez, M.; Cuidados de Enfermería en una Nueva Variante de Injerto de P.T.F.E como Acceso Permanente para la Hemodiálisis, Comunicaciones presentadas al XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, Bilbao 25, 26, 27, 28 de noviembre de 1990; págs 140 y 141.

Vilarasau, M., y Maíllo, A.: Una Nueva Localización para Injertos de P.T.F.E, EDTNA-ERCA JOURNAL XXII n ° 1 enero-marzo, 1996, págs. 10 y 11.

Libro de Comunicaciones del II Seminario Español EDTNA-ERCA: Cuidados de Enfermería de los Accesos y las Técnicas de Depuración Sanguínea Extrarrenal. Córdoba, 3 y 4 de abril 1992.

Acebal, A., Malos, D.; Sousa, F, et al.: Nueva Variante de Acceso Vascular para Hemodiálisis. Prótesis de PTFE. Con Localización Subcutánea Abdominal. Resumen de la XX Reunión Nacional de la SEN Nefrología 2: 65. 1988

Johnson, J.M.; Anderson, J, M., et al, Reasonable Expectations for P.T.F.E Grafts in Hemodialysis Access. Dial Transplant 12-4 238-245, 1983.