

**PROCOLO PRIMERA PUNCIÓN
ACCESO PERIFERICO PARA HEMODIÁLISIS.**

Trinidad Momblanch Amoros. Isabel Moret Gil. M^a Jose Cob. M^a Jose Martin Mora. Antonio Sanz Escriba. Anna Marti i Monros.
Servicio Nefrología Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.
Avda. Tres Cruces s/n 46014 Valencia.

En el presente póster presentamos el proceso de elaboración, implantación y resultados de nuestro protocolo de primera punción del acceso periférico para hemodiálisis (PPPAPHD).

Proceso de elaboración: Convencidos de que, evitar los hematomas en las primeras sesiones de HD tenia un gran impacto en la vida del mismo decidimos la elaboración del PPPAPHD, para lo que realizamos una búsqueda bibliográfica y elaboramos el primer borrador del mismo. Discutido en sesión de cuidados se incorporaron los cambios sugeridos y se decido su implantación provisional durante 3 meses, pasados los cuales procedimos a su implantación definitiva.

PPPAPHD: Objetivos: Reducir las incidencias adversas en las primeras punciones y Contribuir a optimizar el acceso vascular.

Problemas e incidencias mas habituales en las primeras punciones/causa probable:

- Roturas y extravasaciones en las primeras punciones, tanto arterial como venosa/
 - Cinta elástica con presión excesiva. Aguja de calibre excesivo.
- Rotura extravasación durante la sesión de hemodiálisis/
 - Fijación aguja/brazo inadecuada. Movimientos del paciente.
 - Flujos sanguíneos excesivos.
- Rotura y extravasación al final de la hemodiálisis/
 - Velocidad de retorno de circuito venoso excesivo.
 - Retirada sujeción.
- Hematomas y edemas que se evidencian al acudir a la siguiente HD/
 - Compresión inadecuada (insuficiente, sin comprimir el orificio vascular).

- Vendaje compresivo excesivo.
- Traumatismo local posterior a la sesión de diálisis.

Protocolo de actuación en las primeras punciones:

- Solo por urgencia real se puncionara un acceso periférico antes de las 5 semanas de maduración, la fecha y trayectoria siempre se confirmara con la hoja operatoria.
- Antes de puncionar revisamos si el paciente esta anticoagulado o con antiagregante.
- Si se considera necesario utilizaremos ecografo para visualizar trayecto del acceso.
- Se programa que las 3 primeras punciones las realice la misma profesional.
- Utilizaremos cinta de compresión suave ó compresión manual.
- En caso de disponer de acceso alternativo (catéter) ante la dificultad de canalización solo lo intentaremos en dos ocasiones.
- Sujeción de agujas y brazo meticulosa.
- Flujos sanguíneos estables e inferiores a 250ml/min y agujas metálicas de 17g..
- Compresión post retirada de aguja a realizar por enfermera/auxiliar, nunca por el propio paciente y durante 15´ mínimo y vendaje suave compresivo post diálisis.
- Cuidados/Información al paciente en domicilio: Evitar golpes, Retirar vendaje a las 6 horas, Lavar el brazo con agua y jabón.

Dificultades de implantación: La única ha sido la programación de las tres primeras punciones por la misma enfermera, debido a los turnos de trabajo, pero todos los otros aspectos han supuesto sin duda una mejoría en los cuidados y en la supervivencia del acceso vascular.

Conclusión:

Consideramos que las primeras punciones del acceso vascular deben planificarse de forma singularizada y que la implantación de un protocolo específico tiene un impacto positivo.