

Extrusión del dacron en un catéter venoso tunelizado para hemodiálisis

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Pilar Méndez Briso-Montiano

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción:

¿Se puede hacer una hemodiálisis (HD) de calidad cuando el dacron pierde su anclaje original y sale a través del orificio de salida del catéter (OSC)? ¿Cuánto puede mantenerse esta situación? ¿Aumentaría el número de infecciones? Estas son las preguntas que nos planteamos cuando, en nuestra unidad, se produjo la extrusión del dacron en una paciente portadora de un catéter venoso tunelizado. Siendo de obligado cumplimiento el recambio del mismo por los riesgos que conlleva, la paciente, acogiéndose a su derecho regulado por ley, se niega a dicho recambio asumiendo los riesgos de los que es bien conocedora.

Para dar respuesta a nuestras preguntas nos planteamos un estudio con varios objetivos:

- Estudiar el comportamiento del catéter desde que empieza a expulsarse el dacron para valorar su eficacia en hemodiálisis y comparar estos datos con los del periodo anterior cuando el dacron estuvo colocado correctamente
- Averiguar si aumenta el número de infecciones después de la extrusión

Método:

Paciente de 56 años, en HD desde 2005, portadora de varios catéteres vasculares.

Establecimos dos periodos de estudio:

1º. Desde la implantación hasta que empezó a asomar el dacron (10 meses)

2º. Desde el final del periodo anterior hasta el 31 marzo 2012 (13 meses)

Revisamos: patología, accesos vasculares previos y datos relativos al comportamiento de este catéter (número de sesiones de HD, flujo de sangre y de líquido de diálisis, presiones arterial y venosa durante las sesiones, Kt, Kt/v, disfunciones, protocolo de urokinasa, sellado, número de infecciones del catéter y tipo de germen, curas del OSC, mediciones del catéter)

Resultados:

Analizamos 132 sesiones de HD en el primer periodo y 171 en el segundo. Los flujos de sangre superaron los 330ml/min; flujo del líquido de diálisis 500ml/min. Las presiones arteriales y venosas se movieron dentro de unos márgenes adecuados. Kt y Kt/v estaban acordes con los parámetros que recomiendan las guías de la SEN de calidad en HD; no se produjo ninguna disfunción ni aplicamos urokinasa en ningún periodo. La conexión y desconexión se hizo siempre según el protocolo de la unidad, al igual que el sellado. Se produjeron dos infecciones del catéter durante el primer periodo y ninguna en el segundo. Las curas del OSC se realizaron igual, salvo en el segundo periodo que se colocaban puntos de aproximación para sujetar el catéter hasta que la migración de éste finalizó. La distancia desde el OSC hasta el dacron extruido alcanzó los 2 cm y hasta el final de las ramas del catéter aumentó 4 cm desde el momento de la implantación hasta la fecha de finalización del estudio.

Discusión:

No hemos encontrado ningún caso semejante en la literatura. Suponemos que es debido a que cuando se expulsa el dacron se recambia el catéter de manera más o menos inmediata.

CONCLUSIONES

- La eficacia del catéter es la misma antes, durante y después de la extrusión del dacron.
- No aumentó el número de infecciones tras la extrusión

En la actualidad el catéter sigue funcionando