

DISFUNCION DEL CATETER VENOSO CENTRAL VERSUS DOSIS DE UROKINASA

CARME FORTUNY VENTURA
NURIA ROCA AVILA
FERRAN COLL GAUCHIA
MAITE GIL COMA

NIEVES NACHES NAVARRO
CARME MARTI
LOURDES ROBLEDA
IVONNE CACERES

UNIDAD HEMODIALIS CENTRO SOCIO-SANITARIO SECRETRARI COLOMA. BARCELONA
CATALUÑA

INTRODUCCION

De todos es sabido que la población en programa de Hemodiálisis (HD) es cada vez más añosa, con pluripatologías y complicaciones vasculares importantes. Por estas razones en los últimos años se ha objetivado un aumento del uso de los Catéteres Venosos Centrales (CVC) bien sea temporales o permanentes.

El buen funcionamiento del CVC y la diálisis adecuada para cada paciente será uno de los objetivos principales.

El uso del catéter no está libre de complicaciones, una de las de mayor incidencia y que nosotros queremos contemplar es la disfunción. El problema más frecuente son las obstrucciones bien sean mecánicas o trombóticas.

Definiríamos como disfunción la incapacidad en obtener o mantener un flujo de sangre extracorpóreo adecuado para realizar la sesión de diálisis. Todo y que las guías recomiendan un flujo no inferior a 300ml/m, en ocasiones puede ser difícil alcanzar ésta cifra por lo que un flujo de 250 ml/m parece más realista. Las disfunciones pueden ser tempranas o tardías.

Las obstrucciones trombóticas son la causa de la mayoría de las disfunciones en los CVC. Pueden ser:

1. Trombosis Intraluminal, con depósitos de fibrina en la luz del CVC.
2. Trombosis en punta de catéter, que cubren parcialmente la luz del catéter
3. Trombosis Total, que se produce a lo largo de toda la luz.

Una vez detectado el problema debe ser tratado de forma inmediata con el fin de evitar complicaciones posteriores.

El fármaco de elección para nuestro estudio, ha sido la UROQUINASA, pero las dosis adecuadas para cada caso en nuestro Centro no estaban determinadas.

En la actualidad, existen diferentes protocolos en cuanto al método para la aplicación de la Uroquinasa en las disfunciones de los CVC.

Por ello, el propósito del presente estudio es valorar las dosis mínimas de Uroquinasa necesarias, tanto para desobstrucción como para el cebado final del catéter.

OBJETIVOS

- Buscar las dosis mínimas que aplicadas de forma precoz consigamos la desobstrucción de los CVC, a la vez que podamos aumentar los flujos de diálisis.
- Aumentar la efectividad en diálisis posteriores.
- Minimizar costes de UROQUINASA.

MATERIAL Y METODO

Se han estudiado un total de 23 pacientes, 7 mujeres y 16 varones, con edades comprendidas entre los 50 y 86 años (media 74 años).

Se analizaron 23 pacientes que dieron lugar a 62 actuaciones desde Octubre del 2010 hasta Enero del 2011. Durante nuestro estudio las actuaciones fueron divididas aleatoriamente en 2 grupos:

Grupo 1- Administrándose dosis inicial de 5000 ui por c/ rama.

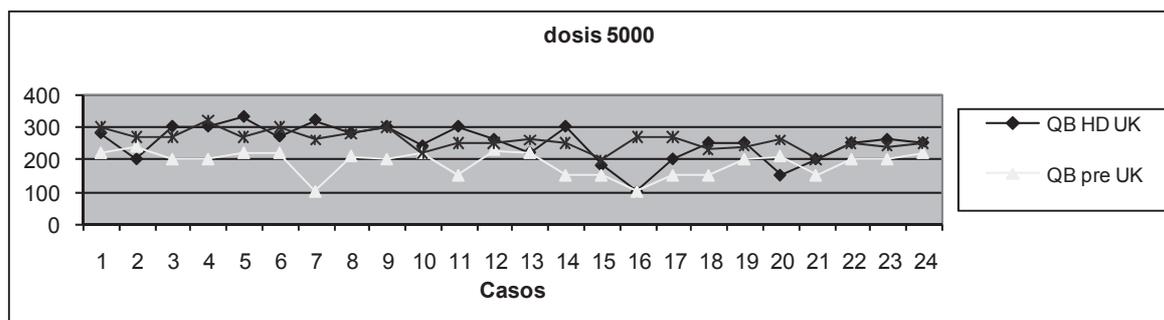
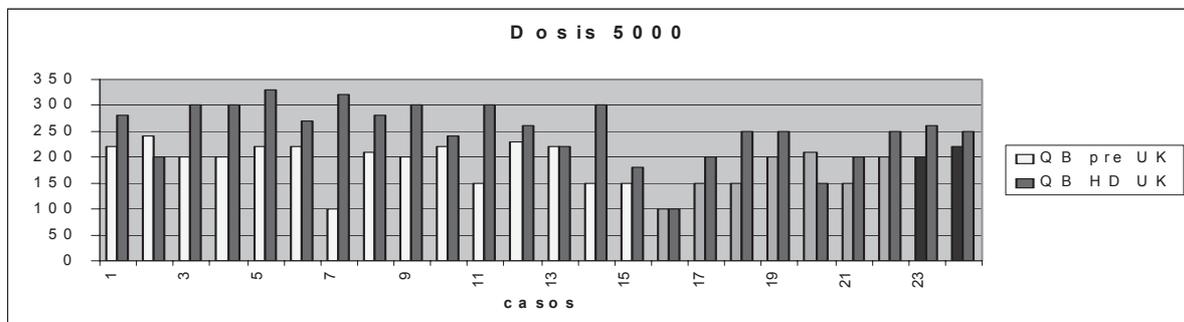
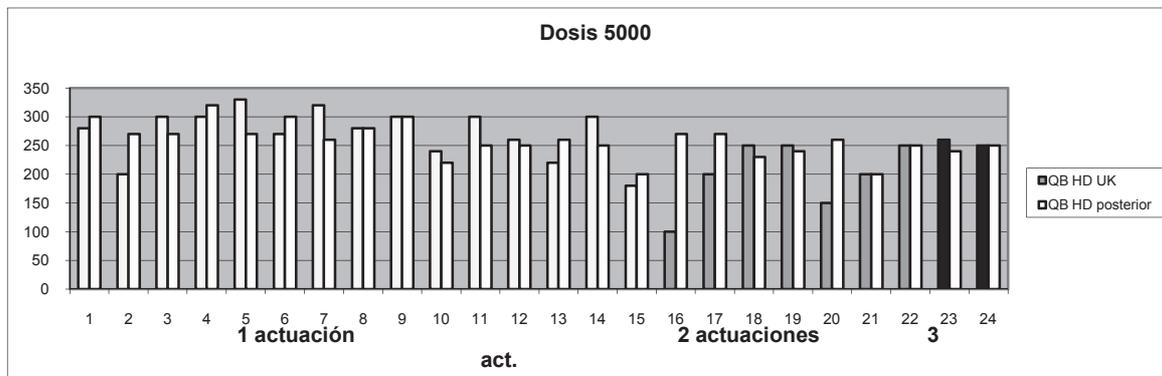
Grupo 2- Administrándose dosis inicial de 10000 ui por c/ rama

En el 1. Se obtuvieron 24 actuaciones de las cuales 15 tuvieron respuesta con una dosis inicial, representando el 62.5% del total de los casos con 5000UI por c/rama, 7 actuaciones (29.16%) requirieron una 2ª dosis de 5000ui por c/ rama para la obtención de Qb superior a 250ml/m.

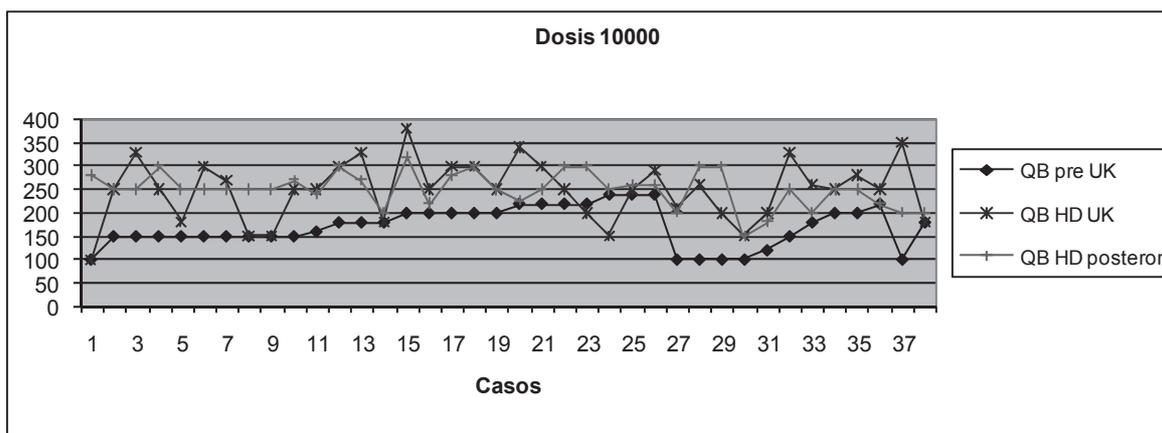
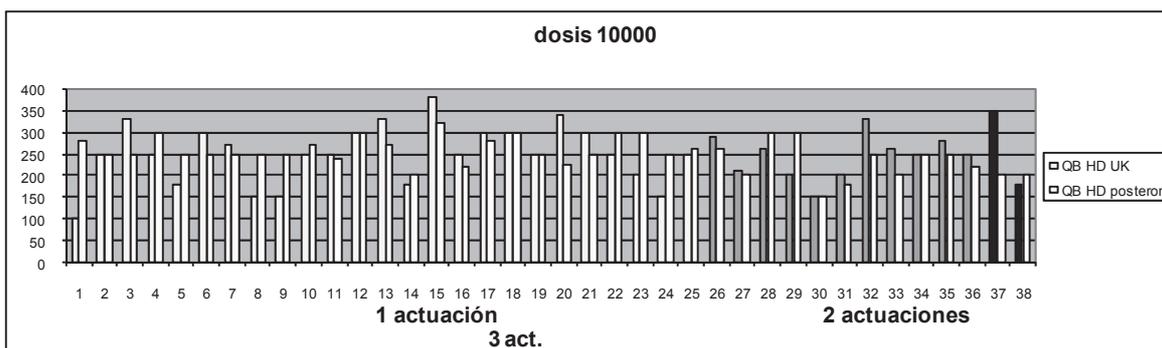
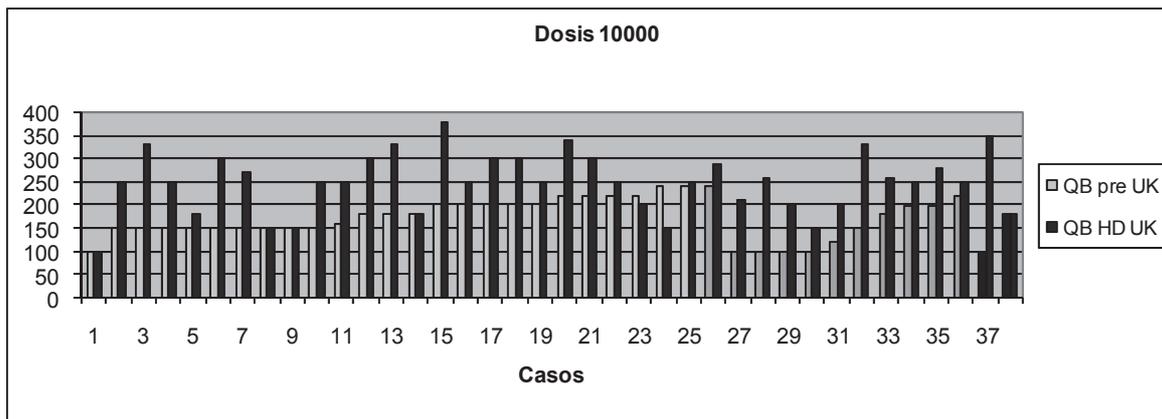
Solamente 2 (8.3%) del total de las 24 actuaciones requirieron una 3ª dosis para resolver la disfunción.

En el 2. Se obtuvieron 38 actuaciones de las cuales 25 (65.78%) se resolvieron con la 1ª dosis de 10000ui por c/ rama. En 11 casos (28.94%) se requirió de una 2ª dosis para resolución de la disfunción y solamente 2 (5.26%) de los casos requirieron de una 3ª dosis para la obtención del Qb superior a 250ml/m.

El análisis de los datos de nuestro estudio sugiere que la administración de 10000 ui por c/rama es igual de efectiva que la administración de menos dosis (5000ui por c/ rama) por lo que concluimos que ante las disfunciones de catéter, la administración de 5000ui es efectiva en dosis única en el 65.79% requiriendo repetir la actuación en 34.2% de los casos, con todo ello, obtenemos disminución de los costes con un buen beneficio. (Gráficos del 5 al 10).



Gráficas 5, 6 y 7 (dosis 5000U)



Gráficas 8,9, 10 (dosis 10000 U)

CONCLUSIONES

- El uso sistemático del protocolo propuesto según flujos, presiones A y V, ha minimizado las actuaciones en diálisis consecutivas.
- La cantidad de urokinasa mínima suficiente (5000/10000 ui) utilizada, hace bajar de forma considerable el coste, a la vez que el tiempo empleado por paciente.
- El número de actuaciones por líneas invertidas han disminuido, aumentando la efectividad de la diálisis y disminuido la incidencia de recirculaciones.
- Se evidencia la efectividad del sellado al finalizar la sesión de HD según el protocolo propuesto.
- La administración de urokinasa en dosis únicas ofrece mayor efectividad (65.79% 1ª actuación).

BIBLIOGRAFIA

1. Schwab, SJ, Buller GL, Mac RL at cols. Prospective evaluation of a Dacron cuffed hemodialysis catheter for prolonged use. Am J Kidney Dis. 1988; 11: 166-169.
2. Schwab SJ, Beathard G. The hemodialysis catheter conundrum: Hate living with them, but can't live without them. Kidney International 199; 56: 1-17.
3. Paul V. Suhoscki, Conlon P., at cols. Silastic cuffed catheters for hemodialysis vascular acces: Trombolytic and mechanical correction of malfunction. Am J.Kidney Dis 1996; 28:(3):379-386.
4. NKF-DOQI. Clinical practice guidelines for vascular access. Guideline 23: treatment of tunnelled cuffed dysfunction. Am J Kidney Dis 1997; 30 (suppl3): S175- S176.
5. Beathard, G. The use and complications of catheters for hemodialysis vascular access. Catheter thrombosis. Seminars in dialysis 14 (6): 441-445, 2001.
6. Twardowski,Z. The clotted central vein catheter for hemodialysis. Nephrol Dial Trasplant 13 : 2203-2206;1998.
7. Guías de accesos vasculares de la Sociedad Española de Nefrología.
8. Vela M^aJ.,García M, Muñoz B. Perfusión continua de urokinasa en hemodiálisis.Rev.Sociedad Enfermería Nefrológica 2005; 8(2): 169-171.
9. Martín A., Bartolomé C., Tamerón A. La urokinasa aplicada de forma precoz, "clave" para la desobstrucción de los catéteres permanentes. Rev. Sociedad Esp. Enfermería Nefrológica 2005; 8 (2): 98-102.

