

UNA NUEVA LOCALIZACIÓN PARA INJERTOS DE P.T.F.E.: UNA ALTERNATIVA VÁLIDA

*María Vilarasau i Fabregas, Antonio Maillo i García
Hospital de Terrasa. Barcelona*

Desde el inicio de la Hemodiálisis, uno de los problemas más importantes que se planteó, era el de disponer de un acceso vascular que pudiese mantener un caudal de sangre elevado y constante durante toda la sesión, para conseguir así una Hemodiálisis eficaz. Otra necesidad era que se pudiera utilizar repetidamente y a la vez que no fuera demasiado molesto para el paciente.

Las primeras Hemodiálisis se realizaban por canalización directa de una arteria y una vena que la final de la sesión se ligaban, de manera que quedaban inutilizadas. La supervivencia de estos pacientes se limitaba a unas semanas por agotarse los accesos.

En 1960, Quinton, Scribner y Diller, presentaron un dispositivo bypass externo, entre una arteria y una vena periféricas que hacia posible utilizar éstos vasos varias veces.

Todo y con el adelanto que esto supuso, tenían una duración muy limitada por problemas de infecciones y trombosis.

En 1966, Cimino y Brescia, implantaron un bypass interno entre una arteria y una vena y consiguieron una Fístula Arterio Venosa interna (F.A.V.I.), que aumentaba considerablemente la supervivencia del acceso vascular, siendo en la actualidad el de primera elección y el de mayor utilización.

Debido a la periódica utilización de los accesos, a la cronicidad de los pacientes, edad avanzada y patologías asociadas, los accesos vasculares se agotan y se ha de recurrir a técnicas quirúrgicas alternativas.

En nuestro trabajo, presentamos una localización distinta a las habituales de injertos de P.T.F.E., ante el fracaso o imposibilidad de realizar otro acceso.

OBJETIVOS

1. Buscar otras alternativas de acceso vascular para Hemodiálisis, cuando han fracasado los accesos y localizaciones convencionales.
2. Disponer de un acceso vascular que provoque las mínimas molestias al paciente y que no suponga para Enfermería una mayor dificultad técnica en el momento de la canalización.
3. Ofrecer al paciente que por su cronicidad y patologías asociadas no puede someterse a anestesia general, una técnica alternativa con anestesia local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describen dos casos en los que se ha aplicado un LOOP de P.T.F.E. subclavio por fracasos repetidos de los accesos vasculares convencionales y no disponer de otra alternativa viable.

Presentaremos los casos clínicos y la evolución cronológica de los diversos accesos vasculares hasta llegar a su situación actual.

CASO 1

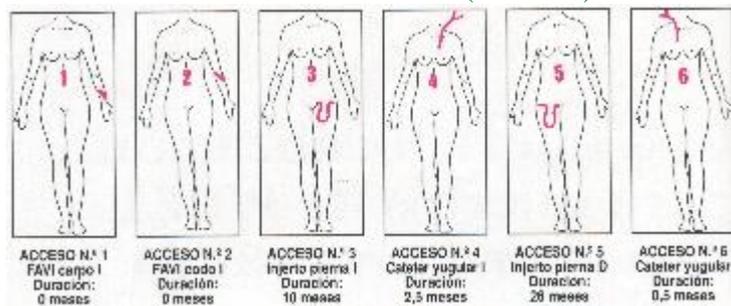
Mujer de 70 años de edad que inicia programa de Hemodiálisis en Febrero de 1987, por encefalopatía metabólica, con antecedentes de consumo de Ácido Acetilsalicílico de 1 a 2 gm/día durante 15 años e hipertensión conocida de > 20 años.

Cronología de accesos vasculares

Desde Febrero a Mayo de 1987, se efectúa diálisis peritoneal a través de un catéter de TENKOFF.

Acceso 1. Marzo 87, FAVI muñeca izquierda. No funcionante.

Acceso 2. Abril 87, FAVI codo izquierdo. No funcionante.
 Acceso 3. Mayo 87, injerto P.T.F.E. (Gore-tex) pierna izquierda.
 Duración: 10 meses.
 Fracaso: trombosis, trombectomía sin éxito.
 Acceso 4. Abril 88, catéter yugular izquierdo.
 Duración: 2,5 meses.
 Se retira por buen funcionamiento injerto (5)
 Acceso 5. Abril 88, injerto P.T.F.E. (Gore-tex) pierna derecha.
 Duración: 26 meses. A los 21 meses trombectomía.
 Acceso 6. Junio 90, catéter yugular derecho, de larga duración.
 Duración: 0,5 meses.
 Fracaso: trombosis rama arterial.
 Acceso 7. Junio 90, LOOP (Gore-tex), brazo izquierdo.
 Duración: 24 meses.
 Fracaso: trombosis
 Julio 92, se intenta diálisis peritoneal, siendo en esta ocasión totalmente ineficaz.
 Acceso 8. Julio 92, catéter yugular izquierdo de larga duración.
 Duración: 3 meses.
 Fracaso: falta de flujo. No en cava superior.
 Acceso 9. Agosto 92, injerto (Gore-tex), brazo derecho.
 Duración: no funcionante.
 Acceso 10. Octubre 92, catéter temporal subclavia izquierda.
 Duración: 2 meses.
 Se retira por buen funcionamiento acceso (11)
 Acceso 11. Octubre 92, LOOP (Gore-tex), subclavio-subclavio derecho en la actualidad
 es el acceso funcionante (viñetas I)



CASO 2

Mujer de 61 años, con antecedentes de eritema nudoso tratado con tuberculostáticos, diabetes mellitus insulino dependientes de > 20 años de evolución. Presenta retinopatía diabética proliferativa, macro y microangiopatías que obligan a la amputación transmetatarsiana del pie izquierdo en Enero 91, y cardiopatía isquémica con hipertensión arterial.

En Septiembre 92, entra en programa de Hemodiálisis por su I.R.C., secundaria a nefropatía diabética.

Cronología de accesos vasculares

Acceso 1. Septiembre 92, catéter temporal subclavia derecha.
 Duración: 2 meses.

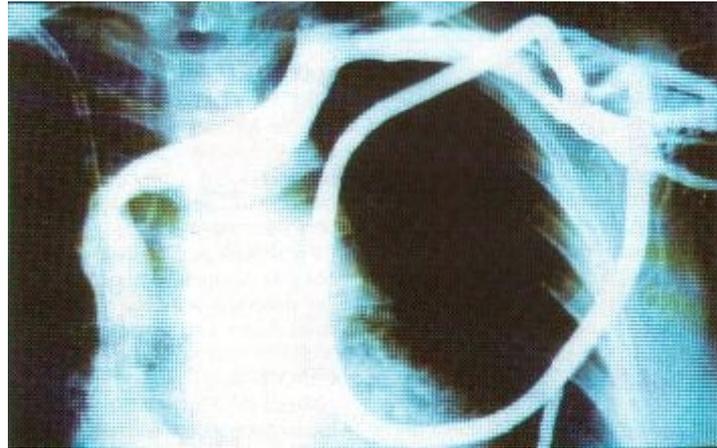
Se retira por buen funcionamiento FAVI.

Acceso 2. Septiembre 92, FAVI humeral izquierda.

Duración: 6 meses.

Fracaso: plineuropatía mixta. Lesión de los nervios medio, radial y cubital.

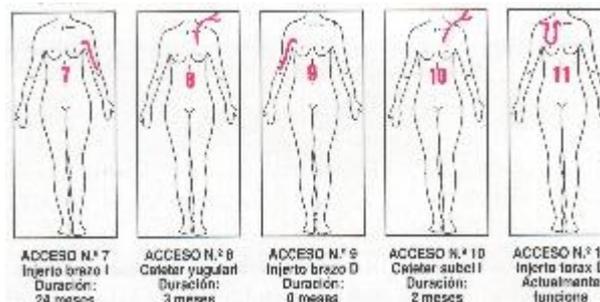
Acceso 3. Marzo 93, catéter de larga duración yugular derecha.



- Se descarta la posibilidad de realizar injertos de P.T.F.E., en EE.II. por evidencia a través de DIVAS, y posterior inspección quirúrgica de severas calcificaciones vasculares aorto-femorales.
- Se descarta extremidad superior derecha por el antecedente de la izquierda y la incapacidad que quedó como secuela.
- Se le ofrece la posibilidad de Diálisis Peritoneal, que la paciente rechaza por problemas sociales.



Acceso 4. Marzo 93, LOOP (Gore-tex), subclavio-subclavio izquierdo, que actualmente es funcional (viñetas II)



DISCUSIÓN

Para decidir la implantación de este nuevo acceso se valoró:

- a. Agotamiento de otras localizaciones de accesos vasculares convencionales.
- b. Imposibilidad de someter a la paciente a anestesia general (en el caso 1)
- c. Facilidad de acceso a la zona de punción

En el caso 1º

Creemos importante mencionar los problemas intradiálisis que presenta la paciente, relacionando siempre con hipotensión arterial ligada generalmente al incremento ponderal interdiálisis.

También se debe destacar la anemia persistente que la hacía acreedora de > 7 transfusiones / año y que actualmente es tratada con ERITROPOYETINA, aunque a dosis bajas por los antecedentes de trombosis repetidas de los accesos vasculares.

Todas las sesiones de Hemodiálisis que se hicieron a esta paciente mientras llevó injertos de P.T.F.E., se realizaron mediante técnicas de UNIPUNCIÓN, por política de la Unidad en ese momento.

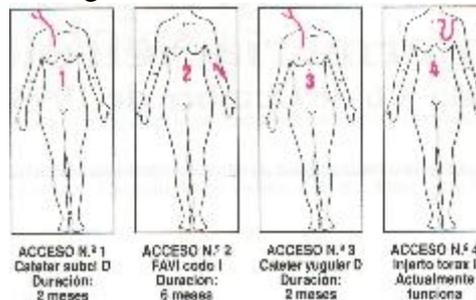
En el caso 2º

La causa de los fracasos vasculares y la imposibilidad de realizar otros en esta paciente, es debido a su severa vasculopatía.

En general todas las sesiones de Hemodiálisis han presentado episodios de Angor Pectoris, con dolor torácico, pero sin alteraciones electrocardiográficas, no cediendo farmacológicamente y siendo necesaria la desconexión y retorno de sangre.

CONCLUSIONES

1. Alternativa viable de acceso vascular para Hemodiálisis, después del fracaso de los accesos y localizaciones convencionales.
2. La corta experiencia sobre éstos accesos, no hace posible una valoración a largo plazo de los resultados, pero hasta el momento no se ha presentado ninguna complicación fuera de las habituales de los injertos de P.T.F.E.
3. La paciente manifiesta que las molestias ocasionadas por el injerto en esta localización, son menores que las producidas cuando éste estaba en la extremidad superior.
4. La localización de injerto no supone para Enfermería una mayor dificultad para la canalización, ni requiere técnicas diferentes a las habituales para la punción de injertos.
5. La educación sanitaria que Enfermería debe impartir a éstos pacientes, respecto a los autocuidados de su acceso vascular, no son diferentes a los cuidados sobre cualquier otra localización.
6. No supone para el paciente ninguna modificación sustancial en su pauta de comportamiento.



BIBLIOGRAFÍA

- Llach y Valderrabano
I.R.C., Diálisis y Trasplante Renal
Ed. Norma
Madrid 1990
- Mª Jesús Díaz
Nefrología básica y Diálisis
Generalitat de Catalunya
1986
- Libros de Comunicaciones de Congresos Nacionales
SEDEN.
1986 A 1982
- Archivo Historias Clínicas
Hospital de Terrassa (Barcelona)

