



Enfermería Nefrológica

ISSN: 22542884

seden@seden.org

Sociedad Española de Enfermería
Nefrológica
España

Crehuet Rodríguez, Isabel; Bernárdez Lemus, María Albina; Toribio Manrique, Beatriz;
Sánchez Arribas, María del Mar; Villa Ruiz, Raquel; Ramírez Crehuet, Marta
Rescate de un acceso vascular para hemodiálisis. A propósito de un caso
Enfermería Nefrológica, vol. 18, núm. 1, 2015, pp. 128-129
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359843732099>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rescate de un acceso vascular para hemodiálisis. A propósito de un caso

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, María del Mar Sánchez Arribas, Raquel Villa Ruiz, Marta Ramírez Crehuet

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

El mejor acceso vascular (AV) para hemodiálisis (HD) es la fistula arteriovenosa nativa (FAVn) por sus ventajas respecto a las fistulas arteriovenosas protésicas (FAVp) y catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT). Presentan menor número de complicaciones, pero a veces éstas son tan graves que pueden producir pérdida del acceso.

Objetivos:

- Presentar un caso clínico en el que fueron apareciendo sucesivamente varias complicaciones: trombosis, estenosis y grave infección de una FAVn.
- Analizar la importancia de un equipo multidisciplinar en el seguimiento y tratamiento de dichas complicaciones.

Paciente y método:

Paciente pluripatológico de 79 años de edad, con enfermedad renal crónica progresiva desde 1984 por agenesia renal izquierda más glomerulonefritis de riñón derecho pélvico. HD en nuestra Unidad, 3 sesiones/4horas/semana, tras un trasplante renal fallido a principios del 2014. Actualmente portador de FAVn radio-cefálica derecha, objeto de este estudio.

25/09/2014: antes de comenzar HD detectamos disminución importante de soplo y thrill. En ecografía: trombosis parcial del acceso. Tratamiento: trombectomía. Al alta sangrado leve de herida quirúrgica: se mantuvo Clexane 60 en vez de reiniciar Sintrom.

Siguiente HD: ligero edema, no sangrado. Flujos escasos de 250-270 ml/min. Eco-Doppler: pequeño hematoma y sospecha de estenosis. En fistulografía: estenosis del 50% en vena eferente que se divide tempranamente en dos ramas de buen diámetro.

6/10/2014: reanastomosis del tramo arterial a una de estas dos ramas de dicha vena. Sesión HD a pesar del poco thrill.

8/10/2014: colocación CVCT en vena yugular interna izquierda.

Comenzó con sangrado de herida quirúrgica de FAVn: vendaje con compresión controlada. Se suspendió la anticoagulación totalmente. Pautaron Vancomicina intravenosa (IV) post-HD como profilaxis. Evolución de la herida: aumentó el hematoma. Se envió a Cirugía Vascular que retiró suturas, extrajo coágulos y curó con suero salino 0,9% (S.S.0,9%) + povidona yodada + punta de gasa (drenaje). Cultivo de exudado. Tras resultado cultivo (*Staphylococcus epidermidis*), cura húmeda con apósito hidrocoloide con plata iónica por mala evolución.

23/10/2014: se añadió Gentamicina IV post-HD dada la gran solución de continuidad de la herida (9cm x 4cm, con una profundidad de 0,3-0,5cm aproximadamente). Se continuó curando igual. 29/10/2014: evolución desfavorable, herida maloliente. Se comenzaron curas con pomada desbridante de collagenasa. Nuevo cultivo del exudado: *Fusobacterium varium* (GRAM -). Modificaron tratamiento: Metronidazol 500 mg/6horas (vía oral).

06/11/2014: buena evolución, apareció tejido de granulación. Curas: S.S.0,9% + apósito de alginato cálcico con plata.

21/11/2014: evolución favorable. Curas: S.S.0,9% + apósitos de poliamida atraumáticos.

03/12/2014: se observó sutura emergiendo por herida prácticamente cerrada. Vista por cirujano vascular que la cortó. Curas: S.S.0,9% + povidona yodada + apósito. Días después se retiraron apósitos definitivamente.

18/12/2014: HD por FAVn y CVCT. Posteriormente sólo FAVn (320 ml/min inicialmente, 400 ml/min actualmente).

Resultados y conclusiones:

La detección precoz de problemas por parte de Enfermería permitió una rápida intervención de cirugía vascular, que unida a unos adecuados cuidados enfermeros (seguimiento y curas) posibilitaron una cicatrización co-

rrecta de la herida. Finalmente conseguimos el rescate de un AV, que "a priori", dábamos por perdido. En la actualidad realizamos sesiones de HD de calidad a través de dicho AV.