

Tratamiento intratúnel en un catéter tunelizado para hemodiálisis. A propósito de un caso

Isabel Crehuet Rodríguez, María Albina Bernárdez Lemus, Beatriz Toribio Manrique, Belén Gómez Giralda

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España

Introducción:

Cada vez es mayor el número de catéteres venosos centrales tunelizados (CVCT) empleados como acceso vascular para hemodiálisis (HD). La infección del túnel subcutáneo (tunelitis) es una complicación que puede conllevar la retirada del catéter. Estudiamos un caso de tunelitis recurrente con dos objetivos:

- Valorar la eficacia del tratamiento intratúnel en un CVCT para HD
- Presentar el estudio al resto de profesionales

Paciente y Método:

Se recogen datos de la historia clínica: sesiones de HD, radiología vascular y microbiología.

Análisis del caso:

Mujer, 81 años, con importante pluripatología, enfermedad renal crónica estadio 5. Dos fístulas arterio-venosas fallidas. Elige tratamiento paliativo.

En abril 2015 acude a urgencias: insuficiencia cardiaca descompensada y derrame pleural severo. Tratamiento: HD mediante catéter temporal en femoral derecha.

Decide entrar en programa de HD. Se coloca CVCT en yugular derecha. Se colocan hasta un total de 5 catéteres, entre nuevos y recambios, por problemas vasculares.

En septiembre: bacteriemia relacionada con catéter (BRC) por *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible (SAMS). Tratamiento: antibioterapia intravenosa. Buena evolución. Zona alrededor del OSC muy enrojecida y seca, aplicamos crema hidratante durante la sesión. Persistía la sequedad, aparecieron ampollas en zona de adherencia de apósitos, que se rompían, formando costras. Cambiamos tipo de apósitos y variamos las zonas donde pegamos los apósitos para que curaran esas heridas.

Nueva BRC y tunelitis dos meses después, a pesar de nuestro estricto protocolo de conexión y desconexión. Tratamiento: antibioterapia intravenosa; buena evolu-

ción. En zona de lesiones cutáneas, aplicamos pomada con corticoides, hay gran mejoría, pero al suspenderla volvían a aparecer. Recortamos la zona del plástico de los saquitos donde introducimos el catéter y lo adherimos a piel con Mefix®.

Dos meses después, enrojecimiento en trayecto del túnel, sin fiebre, tratado con antibioterapia intravenosa post-hemodiálisis tres semanas. Buena evolución. Piel peri-orificio muy seca y eczematosa, que hidratamos con aceite de rosa mosqueta.

Mes y medio después, nuevo enrojecimiento e inflamación en trayecto tunelizado. Hemocultivos y cultivo del exudado. Tratamiento: 1 g de Vancomicina, fomentos de ClNa 20% en zona durante 10-15 minutos durante la sesión (mejoraban la piel) y Cavilón® en zonas sin lesiones para adherir el apósito. Días más tarde, hemocultivos negativos, cultivo del exudado positivo para SAMS, persistiendo enrojecimiento en zona del túnel. Comenzamos un nuevo tratamiento: irrigación intratúnel con 500 mg de Vancomicina disuelta en 10 cc de suero salino 0.9% mediante un abboath® n° 26, que introducíamos en la zona del túnel e íbamos instilando poco a poco el antibiótico intentando impregnar bien el dacron, en cada sesión. Tras cinco aplicaciones, el cultivo del exudado seguía positivo (SAMS). Mantuvimos las curas más tiempo, tras aceptación de la paciente, antes de poner otro CVCT dados sus problemas vasculares. Empezó a mejorar; tres semanas después, cultivo del exudado negativo. Mantuvimos los fomentos de ClNa 20% en zonas alrededor del orificio durante varias sesiones, hasta la curación total y aplicamos Cavilón® previo a los apósitos.

Resultados y Conclusiones:

Aplicando el antibiótico intratúnel, remitió la infección. No ha vuelto a presentar ninguna. Actualmente, un año después, continúa bien.