

Punción de fístulas arteriovenosas para hemodiálisis con angiocatéter: una alternativa válida a las punciones convencionales

Luca Caserta, Beatriz Martín González, Verónica Sánchez Rodrigo, Jessica López Salas, Cristina Pérez Ramos, Alicia Gómez Gómez

Hospital Universitario del Henares. Madrid. España

Introducción:

Un acceso vascular (AV) adecuado es fundamental para conseguir una hemodiálisis (HD) de calidad. El mejor AV conocido es la fístula arteriovenosa (FAV) nativa. El traumatismo de la FAVn causado por el uso de agujas estándar (AE), por la punción o por los movimientos/flexiones del brazo durante la diálisis, puede disminuir la longevidad de la misma. El "Angiocath" (AC) es un dispositivo de punción de FAV desarrollado para minimizar las complicaciones de la punción en HD.

Material y Método:

Se seleccionaron pacientes con FAV nativa con más de 3 meses de antigüedad. Se compararon las prestaciones de las AE y los AC a través de presiones arteriales (PA), presiones venosas (PV), los flujos de bomba (Qb), Kt/V, dolor relacionado con las punciones medido por EVA y los tiempos de hemostasia. Se evaluaron resultados a las 12 semanas de seguimiento, 6 semanas con punción convencional y otras seis con AC.

Resultados:

Fueron incluidos 9 pacientes, con una edad media de 64 ± 6 años mediana de 65 años y rango de 58-76. Tipo FAVn: 1 Radio-cefálicas izquierdas y 1 derecha, 6 Humero-cefálicas izquierdas y 1 Humero-mediana izquierda. La antigüedad de los AV era de media 28 ± 15 meses, mediana de 19 meses y un rango de 14-52 meses.

La PA (mmHg), las diferencias % y los valores de P de AE Vs AC fueron respectivamente para la primera hora -134 ± 27 vs -118 ± 27 , 11,8% y 0,25. Los resultados de la segunda hora fueron -136 ± 25 vs -125 ± 28 , 7,8% y 0,43. Finalmente a la 4ª hora: -140 ± 25 vs -128 ± 30 , 8,1% y 0,41.

La PV (mmHg), las diferencias en % y los valores de P de AE Vs AC fueron respectivamente para la primera hora 152 ± 31 frente a 151 ± 21 , 0,007% y 0,91. Los resultados de la segunda hora fueron 154 ± 31 vs 150 ± 26 , 0,02% y 0,92. Finalmente a la cuarta hora: 155 ± 32 frente a 151 ± 28 , 0,02% y 0,88.

El Qb (ml / min) de la sesión con AE vs AC fue de 338 vs 345, con una diferencia de 1,8% y un valor de P de 0,36. El Kt / V obtenido a través de AE Vs AC fueron $1,3 \pm 0,28$ vs $1,28 \pm 0,20$, la diferencia fue de 2% y el valor de P fue de 0,37.

El tiempo de Hemostasis (min) respectivamente de AE vs AC fueron $10,7 \pm 1,7$ frente a $8,9 \pm 1,4$, con una diferencia de 16% y P valor de 0,016.

Percepción del dolor mediante la escala EVA: 2,5 vs 2,5.

Conclusiones:

los AC presentan unas prestaciones similares a las agujas convencionales para HD, con una menor presión pre-bomba. Aunque la percepción del dolor no varía, su menor rigidez puede minimizar las extravasaciones accidentales y ser una opción para pacientes inquietos o con temblor.