

## Paciente joven en hemodiálisis con más de veinte accesos vasculares

**Cristina Franco Valdivieso, Julia Hernando García, Mónica Brazález Tejerina, Nuria Martín Chico, Lucila Fernández Arroyo, M<sup>a</sup> Jesús Rollán de la Sota**

Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España

### Introducción:

El acceso vascular (AV) supone un pilar fundamental en el tratamiento hemodialítico de los pacientes renales con enfermedad renal crónica. A pesar de estar establecida la fístula arteriovenosa interna autóloga (FAVI) en principio, y la fístula arteriovenosa protésica con injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) en segundo lugar como AV idóneos, el empleo de catéteres venosos centrales (CVC) tanto temporales como tunelizados se ha incrementado en los últimos años. Normalmente esta situación ocurre en pacientes añosos que tienen un mayor deterioro de la red vascular, lo que les influye negativamente en el desarrollo del acceso pero a veces este problema se da en pacientes inesperados como es el caso de nuestro paciente.

El uso de CVC, tanto temporal como permanente, supone un riesgo potencial de complicaciones y mortalidad, siendo las de tipo infeccioso las que más morbimortalidad presentan (típicamente por el *Staphylococcus Aureus*) además de problemas relacionados con el funcionamiento del catéter o deterioro estructural del mismo.

### Caso Clínico:

En la actualidad es un varón de 49 años de edad en programa de hemodiálisis (HD) desde agosto de 2000, por insuficiencia renal crónica secundaria a posible pielonefritis crónica. Seguido en consulta de nefrología y urología desde 1988.

El paciente ha estado sometido a dos tipos de tratamiento sustitutivo renal, hemodiálisis y trasplante renal de cadáver en 2 ocasiones.

Durante el periodo comprendido desde el inicio de la terapia dialítica en el año 2000 hasta el primer

trasplante en el año 2001, tuvo 7 AV registrados: 2 catéteres yugulares temporales, 2 intentos de FAVI, 2 PTFE y por último 1 catéter permanente.

Reinició tratamiento con HD tras el fracaso del primer trasplante en septiembre de 2008 por nefropatía crónica del injerto. En este periodo dialítico tuvo 15 AV: 1 intento de FAVI, 4 catéteres temporales y 10 permanentes.

Se somete a un nuevo trasplante renal de cadáver en 2015 con pérdida por infarto renal isquémico masivo por trombosis a los 5 días y vuelve a HD periódica con colocación de un nuevo AV permanente femoral izquierdo que dura hasta la actualidad.

### Conclusiones:

Actualmente el paciente lleva dos años con un catéter permanente femoral, sin complicaciones infecciosas ni de funcionamiento destacables. Hasta 2014, el paciente sufría numerosas infecciones, con extrusión del manguito y siempre por el germen *Staphylococcus Epidermidis*, nunca por el germen habitual en estos pacientes. Destaca la desaparición de las infecciones con la introducción del sellado del catéter con Citrato + Heparina sódica.

Tras la trombosis del segundo trasplante en 2015 se diagnosticó la mutación heterocigótica del factor V de Leiden, comenzando anticoagulación oral con Sintrom<sup>®</sup> desde ese momento. Nos planteamos la posibilidad de que los fracasos de los AV anteriores sean debidos al desconocimiento de esta mutación.

Actualmente se encuentra en lista de trasplante renal.

Este caso pone de manifiesto la necesidad de crear equipos multidisciplinares para el control y seguimiento del AV de los pacientes en HD.