

## TÍTULO:

Cuidados para el acceso vascular para hemodiálisis (AVHD).  
Parte I

### **Autores:**

Julen Ocharan-Corcuera

María del Carmen Natalia Espinosa-Furlong

Javier Hernández López

### **Centros hospitalarios:**

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia.

Correo electrónico: [julenocharan@yahoo.es](mailto:julenocharan@yahoo.es)



**Resumen:**

El acceso vascular (AV) es el elemento primordial para un buen manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), que se encuentren en programa de hemodiálisis (HD).

El acceso vascular de elección es la fístula arteriovenosa interna (FAVI), aunque no es el único, como acceso vascular alternativo a la FAVI, por ser el más empleado es el politetrafluoroetileno expandido (PTFE). La tercera modalidad en acceso vascular es el catéter venoso central (CVC) tanto en catéter temporal como en catéter permanente túnelizado.

La duración de la FAVI autóloga es limitada y su supervivencia esta relacionada con el tiempo, por las repetidas punciones que son las responsables de comorbilidad a largo plazo como la estenosis, aneurismas, pseudoaneurismas, trombosis, infecciones, etc.

El mantenimiento del AV ha de basarse en unos cuidados exhaustivos y protocolizados que permitan un desarrollo adecuado y posteriormente una utilización óptima y duradera. Se deberá informar y educar al paciente desde que se prevea la necesidad futura de realización del AV y, además, recibirá enseñanzas específicas tras la creación del mismo. Los cuidados del AV han de comenzar en el postoperatorio inmediato, continuar durante el periodo de maduración y prolongarse tras el inicio del programa de hemodiálisis (HD).



## I.- Cuidados del acceso vascular (AV).

### 1. Cuidados en el periodo posquirúrgico temprano.

Tras la realización del AV, antes de dar por concluido el procedimiento quirúrgico, el cirujano debe comprobar en el propio quirófano la presencia de pulso periférico y la función del AV palpando el thrill y auscultando el soplo, que puede estar ausente en niños y en adultos con vasos pequeños, en los que es más frecuente la aparición de un espasmo arterial acompañante. En este caso puede utilizarse papaverina local o intraarterial para tratar dicho espasmo. Si persiste la duda del funcionamiento del AV debe utilizarse un método de imagen (eco-Doppler o arteriografía) para demostrar su permeabilidad.

En el momento del alta se citará al paciente para la retirada de los puntos de sutura cutánea a partir del séptimo día. Según el estado de cicatrización de la herida se puede sustituir dicha sutura por tiras “steri-strips” durante unos días más, o bien retirar la mitad de los puntos de forma alterna. En ese momento se valorará el desarrollo del AV para detectar posibles complicaciones. El paciente debe ser informado sobre los cuidados que debe realizar. Estos incluyen la vigilancia de la función del AV, detección de posibles complicaciones, cuidados locales y adquisición de determinados hábitos para preservar su función.

Se debe instruir al paciente en la vigilancia diaria de la función de su AV, enseñándole el significado del thrill y del soplo y como valorarlos mediante la palpación y la auscultación. Desde el punto de vista práctico, la palpación del thrill es la herramienta más útil para el paciente, y se le informará que ha de comunicar a su consulta de referencia cualquier disminución o ausencia del mismo, así como la aparición de dolor o endurecimiento locales sugestivos de trombosis.



El paciente también observará el AV en orden a detectar datos de infección, como enrojecimiento, calor, dolor y supuración, así como signos y síntomas de isquemia en ese miembro, tales como frialdad, palidez y dolor, especialmente en accesos protésicos, para en el supuesto que aparezcan lo comunique lo antes posible.

En cuanto a los cuidados, se recomienda no levantar ni mojar el apósito durante las primeras 24-48 horas, cambiándolo en el caso que estuviera sucio o humedecido. Después de este periodo se ha de realizar una higiene adecuada mediante el lavado diario con agua y jabón, así como mantener seca la zona. Se evitarán en estas primeras fases aquellas situaciones que puedan favorecer la contaminación de la herida, o en su caso protegerla debidamente (p.ej. trabajo en el campo, con animales, etc.).

El paciente deberá movilizar la mano/brazo suavemente durante las primeras 24-48 horas para favorecer la circulación sanguínea, y abstenerse de realizar ejercicios bruscos que puedan ocasionar sangrado o dificultar el retorno venoso.

## **2. Cuidados en el período de maduración.**

Es importante conseguir una maduración adecuada del AV. En un AV inmaduro la pared vascular es más frágil y el flujo insuficiente, lo que hace más difícil la punción y canalización del mismo, con el consiguiente riesgo de hematomas y trombosis. En las fístulas autólogas se recomienda un tiempo de maduración mínimo de 4 semanas, que pondrá ser mayor dependiendo del estado de la red venosa, edad del paciente y patología concomitante. En accesos protésicos, el tiempo de maduración mínima es de 2 semanas, para asegurar la formación de la neointima. En pacientes de edad avanzada con AV protésico, se recomiendan tiempos de maduración



más largos, en torno al mes, ya que la formación de la neoíntima es más lenta. A partir del tercer día de la realización del AV, el paciente comenzará nuevamente con los ejercicios para la dilatación de la red venosa. Durante el periodo de maduración hay que realizar un seguimiento del AV para detectar problemas en el mismo y poder tomar las medidas correctivas oportunas antes de comenzar tratamiento renal sustitutivo. Mediante el examen físico, la observación directa del trayecto venoso nos va a indicar el proceso de maduración en el que se encuentra el AV. El desarrollo de circulación colateral es indicativo de hipertensión venosa por dificultades en el flujo, por estenosis, o trombosis no detectadas previamente a la realización del AV. El thrill y soplo del AV son métodos físicos útiles para valorar la evolución de éste. La disminución del thrill y la presencia de un soplo piente son también indicativos de estenosis. Durante este período también valoraremos la aparición de signos síntomas de isquemia tales como frialdad, palidez y dolor en ese miembro. La medición del flujo del AV por ultrasonidos ayuda a predecir problemas en la maduración. Flujos bajos en FAVI autólogas durante las dos primeras semanas están relacionados con mal desarrollo.



## II. BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Web de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.  
[www.seden.org](http://www.seden.org)
- 2.- Web de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante.  
[www.sedyt.org](http://www.sedyt.org)
- 3.- Web de la Sociedad Española de Nefrología. [www.senefro.org](http://www.senefro.org)
- 4.- Web de la American Society of Nephology. [www.asn-online.org](http://www.asn-online.org)
- 5.- Manual de Diálisis. Daugirdas, Blake & Ing.
- 6.- Manuel de Nefrología. Victor Lorenzo-Sellarés.
- 7.- El riñón. Brenner&Rector.
- 8.- Manual of nephrology. Robert W Schrier.
- 9.- Handbook of nephrology & hypertension. Christopher S Wilcox & C Craig Tisher.
- 10.- Ocharan J et al. Cuidados de los accesos vasculares. Dial Traspl. 2008:

