

CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA

López Romero Raquel

INTRODUCCIÓN

La fístula arteriovenosa es una anastomosis entre una arteria y una vena. Esta unión hace que se cree un mayor flujo que permita la dilatación del sistema venoso superficial. Esto permite un abordaje seguro, continuado y sencillo como el necesario para realizar los tratamientos de diálisis.

La fístula arteriovenosa nativa es el acceso vascular de elección para la hemodiálisis debido a su longevidad, menor complicación y mortalidad en comparación con los injertos arteriovenosos y catéteres.

SEGÚN LOS ESTUDIOS:

Las fístulas tienen la menor tasa de trombosis, de infección y requieren el menor número de intervenciones, proporcionando una mayor supervivencia de acceso. Se asocian a una mayor supervivencia y menor hospitalización.

Los pacientes con catéter central tienen un riesgo relativo mayor de muerte (1,4 veces más probable). El riesgo de complicaciones infecciosas mortales es de 3 veces más probable que en pacientes con fístula.

Los costes de implantación y mantenimiento de acceso son los más bajos. Un mayor uso de fístulas reduce la mortalidad y morbilidad.

- A pesar de ser el acceso más recomendable, existen complicaciones que pueden llevar a la pérdida de la fístula lo que conlleva la realización de otra o la colocación de un catéter.
- Existen cuidados destinados al mantenimiento y prevención de complicaciones de la fístula.
- El desconocimiento por parte de profesionales de otras áreas puede poner en peligro el funcionamiento de la fístula.

Por ello los objetivos serán:

Describir los principales cuidados a la fístula arteriovenosa de pacientes sometidos a técnicas de sustitución renal.

Conocer las posibles complicaciones derivadas de un mal cuidado de la fístula.

Minimizar los riesgos que conlleva el mal cuidado de una fístula por conocimientos deficientes del personal ajeno a la diálisis.

COMPLICACIONES

En las fístulas se puede auscultar un soplo característico de ellas que se acompaña de un frémito o thrill. Cuando desaparece es síntoma de que la fístula ha dejado de funcionar.

Hemorragia: Por el desgarro de la aguja. Se produce engrosamiento y hematoma.

Infección: calor, dolor, edema y rubor. Nunca se pinchará una zona en la que se sospeche infección.

Trombosis: algunas causas pueden ser la hipotensión o compresión mecánica de la vena. Una vez reconocida se debe operar urgentemente. Más tarde, las posibilidades de salvar la fístula son escasas.

Estenosis de la vena. Normalmente la fístula tienen un pulso suave pero cuando se produce una estenosis se vuelve fuerte. Por encima de la estenosis el pulso es pulsátil mientras que por debajo disminuye.

Para la detección precoz de estas complicaciones será necesario el examen físico por parte del personal y el control del propio paciente.

CUIDADOS ANTES DE HACER LA FÍSTULA

No puncionar las venas del brazo o antebrazo donde se vaya a realizar una fístula (normalmente la extremidad no dominante).
Ni utilización de catéteres subclavio, o catéter central insertado periféricamente lineal (PICC).

Para las extracciones de sangre y colocación de vías intravenosas realizar las punciones en las venas del dorso de la mano.
Solo en caso de no poder utilizar estas venas, se puncionaran las de la zona cubital del antebrazo.

Utilizar agujas, palomillas o vías finas. Realizar una hemostasia cuidadosa en la retirada de la aguja para evitar la formación de hematomas.

Evitar la colocación de vías intravenosas permanentes en la flexura del codo.

Realizar las gasometrías arteriales preferentemente en la arteria humeral (en la flexura del codo contralateral al brazo donde se vaya a realizar la fístula), realizando una hemostasia cuidadosa de como mínimo 10 minutos.

Se recomienda hacer ejercicios con pelota. El ejercicio isométrico se ha demostrado que aumenta el diámetro de las venas del antebrazo.

CUIDADOS DESPUES DE HACER LA FÍSTULA

Mantener el brazo elevado por encima de la línea del ápex cardiaco para favorecer el retorno y evitar edema.

Auscultar la fístula, diariamente al principio, siempre en el mismo sitio, para detectar una disminución o falta del soplo.

Evitar hipotensiones bruscas, ya que podrían provocar un fracaso en el acceso recién creado.

Palpar el pulso distal a la fístula. Si no se palpa puede ser por trombosis o síndrome de robo. En ambos casos existiría frialdad distal.

Refuerzo del antebrazo mediante el uso de los ejercicios isométricos para aumentar la fuerza de prensión (por ejemplo, apretar una pelota de goma con o sin un torniquete a la ligeramente aplicado). Esto puede aumentar el flujo sanguíneo, aumentando con ello la maduración de vena.

Aplicación de calor

Compresión de las venas superficiales lo más próximo a la axila durante 15 minutos, 2-3 veces al día. La presión del manguito debe ser la mínima necesaria para distender las venas superficiales

Cuidados Generales

Para pacientes y personal:

- Acostumbrarse a tocar la fístula y sentir el soplo.
- Mantener la extremidad siempre bien limpia.
- Aplicar algún producto a la piel para mantenerla hidratada.
- No llevar nunca nada que pueda comprimir las venas de esa extremidad.
- En las fístulas radiales bajas se podrá poner una muñequera pero sin compresión.
- Evitar dormir sobre el brazo de acceso ya que el exceso de peso en el brazo ejerce una presión que puede detener el flujo de sangre, dando lugar a trombosis.
- No coger peso con el brazo portador de la fístula. Va que puede interrumpir el flujo de la sangre lo que puede llevar a trombosis.
- No hacer ejercicios bruscos con ese brazo.
- Tratar de evitar por todos los medios cualquier traumatismo sobre la fístula.
- Realizar una adecuada compresión ante situaciones de sangrado.
- Realizar ejercicios de compresión.
- La desaparición del soplo es motivo de consulta urgente al servicio de nefrología.
- La aparición de dolor, edema, enrojecimiento, o frialdad en los dedos es también motivo de consulta urgente.

Para el personal:

- No se tomará nunca la tensión arterial en esa extremidad ya que puede detener el flujo sanguíneo durante el procedimiento lo que puede conducir a la trombosis de la fístula.
- Las extracciones de sangre para analítica se harán siempre a través de la otra extremidad.
- No se usará esa vena para infusión de sueros ni medicación intravenosa.

BIBLIOGRAFIA MÁS RELEVANTE:

1. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. Am J Kidney Dis 48: S1-S322, 2006 (Suppl 1).
2. Sousa CN, Apóstolo JL, Figueiredo MH, Martins MM, Dias VF. Physical examination: How to examine the arm with arteriovenous fistula. Hemodialysis International. 2013;17(2):300-6.
3. Furtado AM, Lima FET. [Self-care of arteriovenous fistula by patients with chronic renal failure]. Rev Gaucha Enferm. 2006 Dec;27(4):532-8.