III TROBADA DE RESIDENTS DE NEFROLOGIA DE CATALUNYA
XXXI REUNIÓ ANUAL DE LA SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA
SCN SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGIA
Consorci Sanitari Integral
10, 11 i 12 DE JUNY 2015
Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES TUNELIZADOS PARA HEMODIÁLISIS IMPLANTADOS MEDIANTE ECOGRAFÍA EN UN HOSPITAL COMARCAL: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

Juan Carlos González Oliva, Raúl Darbas, Ramón Roca-Tey, Omar Ibrik Ibrik, Rosa Samón Guasch, Amparo Roda Safont, Jordi Viladoms Guerra
Hospital de Mollet

Introducción: Aunque el catéter venoso tunelizado (CVT) no es el acceso vascular de elección para los pacientes (pts) en hemodiálisis (HD), es imprescindible en algunos de ellos para iniciar o seguir programa de HD. Objetivos: Analizar las características de pts en los que se implantó un CVT, en el servicio de nefrología del Hospital de Mollet (HM), durante un periodo de 4 años. Pacientes y Método: Estudio retrospectivo de pts incidentes y prevalentes del HM y de nuestro centro satélite de HD en los que se implantó un CVT entre Julio 2010 y Diciembre 2014. Las inserciones se realizaron ecoguiadas por el mismo nefrólogo empleando la misma metodología. Resultados: Setenta y cinco CVT insertados en 69 pts (H: 55 %) CVT Palindrome (90,7 %), colocados en vena yugular interna derecha (87,3%), y de forma ambulatoria (62,7%). El procedimiento más frecuente (73,4%) fue la tunelización de un catéter temporal en pts con agudización de su enfermedad renal crónica (ERC) por insuficiencia cardiaca. Cincuenta y siete pts (82,6 %) prevalentes. La mayoría de los pts incidentes restantes no habían seguido controles nefrológicos prediálisis (9/12, 75 %). De ellos, se realizaron una fistula arteriovenosa (FAV) y retirar el CVT durante periodo de seguimiento en casi todos (7/9, 77,7 %). No fue posible realizar FAV y retirar el CVT en los pts incidentes con seguimiento nefrológico prediálisis por su patología cardiaca. No complicaciones inmediata, si 17 tardías por disfunción del CVT (n=13) que requirieron fibrinólisis y 4 episodios de sepsis que obligaron a retirar el CVT. Conclusiones: 1-La causa más frecuente de colocar un CVT en pts incidentes fue la agudización de ERC debido a insuficiencia cardiaca. 2- En la mayoría de pts incidentes con CVT es posible realizar una FAV. 3- El CVT es una alternativa válida para pts incidentes con síndrome cardiorrenal.