

**MANEJO DE ACCESOS VASCULARES COMPLEJOS QUE REQUIRIERON
APOYÓ EXTERNO EN HOSPITAL DEL MINSA “HIPOLITO UNANUE” -
LIMA 2017-2018**

Arapa Juan , Arana Ruben , Cárdenas Marlene

INTRODUCCIÓN

El continuo uso de catéter venoso central (CVC) temporal, conlleva a la múltiple oclusión venosa progresiva y permanente llegando a requerir de accesos vasculares de mayor complejidad.

El Hospital Nacional Hipolito Unanue (HNHU) del MINSA se ha convertido en hospital de referencia para diagnóstico y manejo de estos accesos vasculares por contar con equipamiento y personal capacitado, requiriendo de apoyo de especialistas en la materia mediante la tercerización por el Sistema Integral de Salud (SIS)

OBJETIVO

- Determinar las características del paciente y el manejo realizado en paciente de acceso vascular complejo en el periodo 2017-2018
- Valorar los tiempos y procesos administrativos del SIS y hospital del MINSA para dichos pacientes

MATERIALES

Se consideró a todo paciente con enfermedad renal crónica en estadio 5 (ERC-5) en HD con falta de accesos vasculares cervicales o femorales comprobado por cavografía.

RESULTADOS

Se consideró el periodo comprendido entre Enero del 2017 hasta Julio del 2018, habiéndose realizado 8 procedimientos, cuya edad promedio fue de 44 años y el 75% de sexo femenino. El hallazgo de la cavografía inferior fue importante para decidir el manejo terapéutico, tal es así que:

-02 casos (25%) presentaron estenosis severa unilateral de la vena femoral común, con el resto permeables, colocándose CVC-LP en dicha vena.

-02 casos (25%) presentaban oclusión de la vena femoral común pero permeable la vena iliaca común, colocándose CVC-LP con dilatación progresiva externa.

- 02 casos (25%) presentaron oclusión adicional de la vena iliaca común procediéndose a la colocación de catéter translumbar (CTL).

- 01 caso (12,5%) se observó oclusión completa de todas venas por lo que se colocó catéter transhepático (CTH), a los 05 días de paro cardiorespiratorio por complicaciones de la ERC-5 sin HD.

- 01 caso al ser una paciente obesa, se decide colocar CTH, el cual luego de 2 semanas presenta disfunción en HD, evidenciándose un bucle entre la pared y el hígado por lo que se coloca CTL con éxito y posterior retiro del CTH con embolización percutánea del trayecto hepático.

El tiempo de demora entre la solicitud del estudio, la cotización y la realización del procedimiento fue de 5 días en 12,5%, entre 5 a 10 días en un 37,5% y más de 11 días en el 50% (04).

CONCLUSIONES

Es importante tratar de recuperar todo acceso vascular antes de que se ocluya el vaso sanguíneo por completo, siendo el CTH el último eslabón en la escalera de accesos vasculares.

Planificar medidas interdisciplinarias para mejorar la accesibilidad de los pacientes del MINSA para obtener accesos vasculares permanentes oportunos. Acortar tiempos de demora en los trámites administrativos para la colocación de CTL y CTH, para asegurar las mejores condiciones clínicas de los pacientes en el procedimiento.