

los que realizan o han realizado actividades de tipo prosocial ($p = 0,013$) (tabla 1).

En cuanto a la DVH, el 84% ($n = 237$) está a favor de la DVH relacionada, el 11% ($n = 32$) en contra y el 5% ($n = 14$) indeciso. Por países, están a favor de la DVH el 87% ($n = 65$) de los cubanos, el 85% ($n = 41$) de los españoles y el 82% ($n = 131$) de los mexicanos ($p > 0,05$). No se objetivan relaciones significativas en variables sociopersonales ni laborales. Del resto de variables se observa una actitud más favorable entre los que han tenido experiencia personal con la donación y el trasplante ($p = 0,032$), los que están a favor de la donación de cadáver ($p = 0,001$), los que están a favor de la DVR ($p < 0,001$), los que aceptarían un hígado procedente de donante vivo si fuera necesario ($p < 0,001$) y los que realizan o han realizado actividades de carácter prosocial ($p < 0,001$) (tabla 1).

La actitud hacia la donación de vivo, tanto renal como hepática, es muy favorable entre el personal hospitalario de las unidades generadoras de donantes de órganos de cadáver de España y Latinoamérica. La actitud es más favorable que la observada en estudios previos valorados con el mismo cuestionario⁴. Así, los datos obtenidos en el año 2003 por nuestro grupo³ mostraban una actitud favorable hacia la DVR del 86% y DVH del 68%. Por ello, las expectativas ante este tipo de donación son cada vez más positivas y optimistas. La DVR es más aceptada en general que la hepática, posiblemente por tratarse de una donación de bajo riesgo^{8,9} para el donante.

Se observa que en la actitud hacia la donación de vivo no influyen factores sociopersonales, religiosos ni de actitud hacia el cuerpo^{7,9}. Sí que se observa una importante asociación entre las actitudes hacia la DVR y DVH, por lo que parece claro que el principal problema en la donación de vivo es aceptarla. Hay que destacar que no existen diferencias en función de la categoría laboral, ni entre profesionales sanitarios o no sanitarios^{6,9}.

En conclusión, podemos afirmar que la actitud hacia la donación de vivo entre el personal de las unidades generadoras de

donantes de órganos de cadáver español y latinoamericano es muy favorable, por lo que pueden ser una pieza de promoción importante en el momento actual, que se quiere potenciar la donación de vivo, siempre que se den las condiciones sociopolíticas y económicas necesarias para su desarrollo.

1. Organización Nacional de Trasplantes. Memoria de actividades ONT 2009. Rev Esp Traspl 2009;14(1). (Monográfico).
2. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, et al. Attitudes toward living kidney donation in transplant hospitals: a Spanish, Mexican, and Cuban multicenter study. Transplant Proc 2010;42:228-32.
3. Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Parrilla P. Las unidades generadoras de donantes de órganos de cadáver ante la donación de vivo. Nefrología 2007;27:230-1.
4. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Parrilla P. Socio-personal factors influencing public attitude towards living donation in south-eastern Spain. Nephrol Dial Transplant 2004;19:2874-82.
5. Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Martínez L, Rodríguez JM, et al. Attitude of hospital personnel faced with living liver donation in a Spanish center with a living donor liver transplant program. Liver Transpl 2007;13:1049-56.
6. Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Martínez L, Montoya MJ, et al. Attitude of ancillary personnel faced with living kidney donation in a hospital with a living donor kidney transplant program. Transplantation 2007;83:336-40.
7. Ríos A, Cascales P, Martínez L, Sánchez J, Jarvis N, et al. Emigration from the British Isles to south-eastern Spain: a study of attitudes toward organ donation. Am J Transplant 2007;7:2020-30.
8. Hashikura Y, Ichida T, Umeshita K, Kawasaki S, Mizokami M, et al. Donor complications associated with living donor liver transplantation in Japan. Transplantation 2009;88:110-4.
9. Ríos A, Ramírez P, Martínez L, Montoya MJ, Lucas D, et al. Are personnel in transplant hospitals in favor of cadaveric organ donation? Multivariate attitudinal study in a hospital with a solid organ transplant program. Clin Transplant 2006;20:743-54.

A. Ríos, A.I. López-Navas, P. Ramírez, P. Parrilla, Proyecto colaborativo internacional donante*

Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.

Correspondencia: A. Ríos

Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Avda. de La Libertad.

208, 30007 El Palmar. Murcia.

ARZRÍOS@teleline.es

analopeznavas@hotmail.com

***Grupo Formado por:**

L. Martínez-Alarcón. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

M.A. Ayala-García, E.J. Ramírez, G. Muñoz, J.S. Rodríguez, M.A. Martínez, A. Nieto, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Universidad de Guanajuato, Guanajuato, México.

M.J. Sebastián, A. Camacho, Coordinación de Donación y Trasplantes, UMAE Hospital de Especialidades N.º 25 IMSS, Monterrey, México.

A. Abdo-Cuza, R. Castellanos, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, Cuba.

J. Suárez-López, Hospital Hermanos Ameijeiras, Cuba.

Descripción del acceso a la vena yugular interna en posición semisentada para la colocación de catéter para hemodiálisis en pacientes con ortopnea

Nefrología 2010;30(6):699-700

doi:10.3265/Nefrologia.pre2010.Aug.10598

Sr. Director:

Los accesos venosos se utilizan habitualmente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y deben realizarse con preparación adecuada debido a sus complicaciones. Para ello es crucial la posición del paciente, optándose habitualmente por el decúbito dorsal. La hemodiálisis requiere de un acceso vascular definiti-

vo, aunque el empleo de catéteres transitorios es una alternativa, ya que proporciona un acceso inmediato al torrente sanguíneo y permite la realización de una diálisis eficaz en caso de emergencias. Se emplean cuando no es posible el uso de fistulas arteriovenosas (FAV) o de prótesis, ya sea por la urgente necesidad de diálisis o por fracaso en su realización¹, o también en la insuficiencia renal aguda; en este último caso la vena femoral es la de elección², seguida de las yugulares y subclavias. En ocasiones, la colocación del catéter en estas venas no puede realizarse por diversas condiciones clínicas como obesidad, estenosis venosa, edema generalizado, infección local, etc., o la ortopnea en el caso de las venas del tórax, situaciones que retrasan y que dificultan el procedimiento³. En estos casos se propone emplear la vena yugular interna por vía media con el paciente semisentado.

Describimos la técnica, tiempo de permanencia, complicaciones y evolución de los pacientes a quienes se les colocó un catéter para hemodiálisis por esta vía, desde el 1 de septiembre de 2007 al 1 de septiembre de 2008. Se analizaron sus protocolos de colocación e historias clínicas.

La técnica empleada fue la siguiente: paciente semisentado, cabeza rotada en dirección opuesta al vaso a utilizar, y tomando el triángulo formado por los haces esternal y clavicular del esternocleidomastoideo y la clavícula, previa anestesia local, se punza el vértice superior del mismo formando un ángulo de 45° en relación con la piel en dirección a la mamila del mismo lado, siguiendo posteriormente la técnica de Seldinger clásica.

Se analizaron 25 accesos en pacientes con IRA o IRC reagudizada⁴ con reque-

rimiento de hemodiálisis de urgencia. La vena yugular interna derecha fue utilizada con más frecuencia, en 18 casos (72%), y fue elegida según la experiencia del operador. El tiempo de permanencia del catéter fue de 25 ± 5 días; cinco (20%) se retiraron por finalización del tratamiento por recuperación de la función renal, 10 (40%) por inicio del uso del acceso vascular definitivo y 10 (40%) por fallecimiento secundario a la evolución de la enfermedad de base. Las complicaciones observadas fueron sangrado prolongado del sitio de punción en 3 pacientes (12%) y resistencia venosa aumentada en un paciente (4%). No se constataron complicaciones graves.

El abordaje femoral es el recomendado para hemodiálisis de urgencia por su baja tasa de complicaciones, pero presenta el inconveniente de que su permanencia no debe superar los 8 días, principalmente por el riesgo de generar complicaciones infecciosas o presentar contraindicaciones absolutas como trombosis o infección local, o relativas como obesidad, quemaduras, etc. Las venas yugulares internas constituyen el acceso de elección para implantar catéteres cuya permanencia supere los 8 días, debido a que permiten su utilización durante un tiempo prolongado, y presentan una menor incidencia de complicaciones. Las venas subclavias han sido abandonadas debido a las complicaciones graves asociadas con el procedimiento de canalización (hemotórax y neumotórax) y por el riesgo de generar estenosis venosa⁵. Según la bibliografía, la técnica de realización de acceso venoso a las venas subclavia y yugular interna requiere que el enfermo se encuentre en decúbito dorsal. Cuando esta posición es difícil de lograr por disnea u ortopnea, hecho que se observa con frecuencia en especial si tenemos en cuenta que los pacientes con fallo renal agudo presentan

en muchos casos edema de pulmón y la vena femoral presenta contraindicaciones, optamos por la posición semisentada, con la cual insertamos catéteres en forma rápida y segura, guiándonos por la anatomía del cuello. Esta técnica podría ser una alternativa en pacientes con urgencia dialítica y ortopnea, ya que en nuestra experiencia presentó una baja tasa de complicaciones.

1. Canaud B, Leray-Moragues H, Garred LJ, Turc-Baron C, Mion C. What is the role of permanent central vein access in hemodialysis patients? *Semin Dial* 1996;9(5):397-400.
2. Schwab SJ, Quarles LD, Middleton JP. Hemodialysis-associated subclavian vein stenosis. *Kidney Int* 1988;33:1156-9.
3. McGee DC, Gould MK. Preventing complications of central venous catheterization. *N Engl J Med* 2003;348:12-20.
4. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P, and the ADQI workgroup: Acute renal failure-definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the second international consensus conference of the acute dialysis quality initiative (ADQI) group. *Critical Care* 2004;8:R204-R212.
5. Clar DD, Albina JE, Chazan JA. Subclavian vein stenosis and thrombosis: a potential serious complication in chronic hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 1990;15:265-8.

R. Karatanasopuloz, V. Balbuena, M. Paiz, G. Levy, C. Martín

Servicio de Terapia Intensiva y Nefrología. Hospital J.R. Vidal. Corrientes. Corrientes (Argentina).

Correspondencia: R. Karatanasopuloz
Servicio de Terapia Intensiva y Nefrología, Hospital J.R. Vidal, NECOCHEA 1050, 3400, Corrientes, Corrientes, Argentina.
ricardokaratanasopuloz@yahoo.com.ar
