

Accesos vasculares para hemodiálisis: estudio prospectivo a cinco años de FAV en el brazo

R. Segura, E. Barjau y S. Aced

Centro de Nefrología Virgen de Montserrat. Barcelona.

Entre los procedimientos quirúrgicos empleados para solucionar las complicaciones de los accesos vasculares creemos de gran utilidad la FAV a nivel del pliegue del codo. Se presentan 25 FAV a este nivel practicadas desde diciembre de 1969 a diciembre de 1984 en 22 pacientes, de los cuales 14 son varones y ocho hembras, con edades comprendidas entre los veintiuno y sesenta y dos años. En 17 casos se realizaron como técnica secundaria ante el fracaso de otras fístulas más distales (red venosa previamente arterializada) y en ocho casos como fístulas «primarias» como solución ante la imposibilidad de practicar fístulas más distales.

Veintiuna FAV (84%) fueron realizadas mediante anastomosis L-L entre la arteria braquial y venas próximas del codo con sutura de polipropilene 5/0 ó 6/0, oscilando la arteriotomía entre 5 y 9 mm.

Las FAV han sido controladas por el equipo médico del centro de hemodiálisis, valorándose intensidad del soplo, desarrollo venoso y débito, el cual no fue nunca inferior a 200 ml/min., y cada seis meses por el equipo quirúrgico con el fin de detectar las complicaciones que no afectan directamente el funcionamiento de la FAV (zonas de dilatación venosa, fenómenos de robo, etc.).

En el primer grupo de 17 FAV con red venosa arterializada se presentaron dos trombosis en el postoperatorio inmediato, quizá debido a una mala indicación quirúrgica, lo que supone un 12%.

Se registra una trombosis a los doce meses por «agotamiento» de la vena cefálica, con intensa hiperplasia intimal. Otra FAV se trombosa a los treinta y un meses de forma aguda entre dos diálisis en una paciente que había sufrido un hematoma por punción. El cálculo de la permeabilidad acumulada para el período de sesenta meses es del 60,3% (fig. 1). Es de destacar que fue posible utilizar de forma inmediata 15 de las 17 FAV (dos se trombosaron en el postoperatorio inmediato), no requiriéndose ningún procedimiento sustitutivo, siendo el tiempo de latencia de menos de cuarenta y ocho horas.

En el segundo grupo de ocho FAV con red venosa sin arterializar se presentó una trombosis en el postoperatorio inmediato por trombosis de la vena subclavia, lo que supone un 12,5%. Se registró una trombosis a los cinco meses, cuya causa fue un importante hematoma con rotura venosa en la zona de punción. El cálculo de permeabilidad acumulada para el

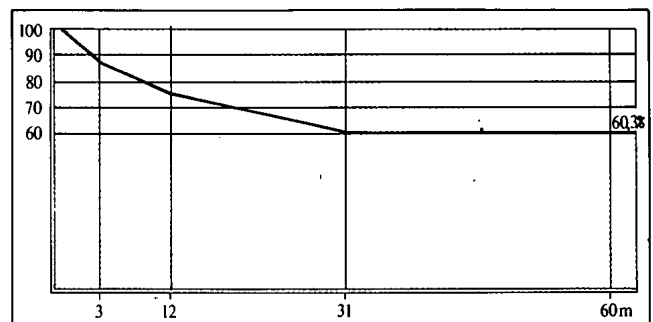


Fig. 1.—Gráfica de permeabilidad acumulada del grupo de FAV con red venosa previamente arterializada.

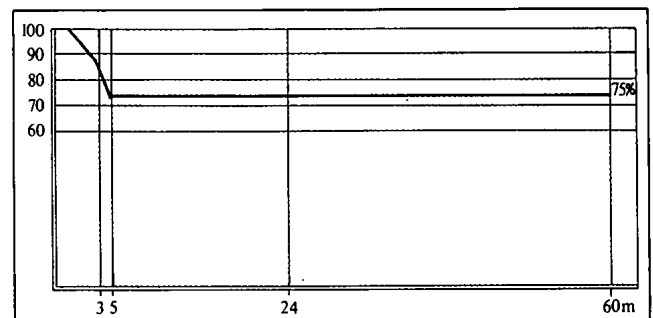


Fig. 2.—Gráfica de permeabilidad acumulada del grupo de FAV con red venosa sin arterializar.

período de sesenta meses es del 75% (fig. 2). Durante la maduración de este grupo de fístulas es necesario utilizar un catéter temporal de subclavia para mantener la hemodiálisis.

A nuestro juicio, este planteamiento terapéutico es una opción importante a tener en cuenta antes de la utilización de otras técnicas (prótesis, safena), ya que puede realizarse de forma ambulatoria, bajo anestesia local y con bajo coste económico, permite el ahorro de otros vasos todavía intactos y en el grupo de pacientes con red venosa arterializada permite el aprovechamiento de esta red venosa y el uso inmediato del acceso, por lo que no se altera el programa de hemodiálisis.

Bibliografía

- Bone GE y Pomajzl MJ: «Management of dialysis fistula thrombosis». *Am J Surg* 138:901-906, 1979.
 Segura R y Aced S: «Aprovechamiento de la red venosa arterializada mediante FAV en el pliegue del codo». *Rev Soc Esp Dial Trasl* 5:59-62, 1983.