

## Utilidad del ecógrafo portátil en la sala de hemodiálisis para el cambio del tipo de acceso vascular permanente: de catéter venoso tunelizado a fístula arteriovenosa

Raúl Darbas Barbe, Ramón Roca Tey, Juan Carlos González Oliva, Katy Cabot Franco, Sara Tornel García, Laura Román García

Fundació Privada Hospital de Mollet. Barcelona. España

### Introducción:

Debido a su morbimortalidad asociada, hay que minimizar el tiempo de exposición al catéter venoso tunelizado e intentar la construcción precoz de una fístula arteriovenosa (FAV) nativa (FAVn) ó protésica (FAVp). Para ello, el mapeo ecográfico vascular de ambas extremidades superiores (ES) en personas portadores de un CVT es necesario para evaluar las posibilidades reales de creación de una FAV. Se considera necesario un diámetro mínimo  $\geq 2$  mm para la arteria nutricia (FAVn y FAVp) y  $\geq 2,5$  mm (FAVn) ó  $\geq 4,0$  mm (FAVp) para la vena eferente.

### Objetivo:

Identificar a los personas prevalentes en HD por CVT que son susceptibles de la construcción de una FAV mediante la exploración ecográfica vascular de ambas ES efectuada en la sala de HD.

### Material y Método:

Se ha efectuado un estudio observacional y transversal en personas prevalentes en HD crónica durante febrero - 2017. Todas las determinaciones se efectuaron mediante ecografía portátil modo B por el mismo explorador en la sala de HD utilizando un transductor lineal de 7,5 MHz (monitor SiteRite 5) aplicado sobre 3 puntos diferentes proximal, medio y distal de ambos brazos, y sobre 2 puntos diferentes proximal y distal de ambos antebrazos (todos valores se promediaron). Se determinaron por ecografía modo B parámetros morfológicos cualitativos (calcificación

arterial) y cuantitativos (diámetro y profundidad) de la arteria radial, la arteria humeral y la vena basílica de ambas ES.

### Resultados:

De un total de 63 personas, 9 de ellos (edad  $67,0 \pm 17,8$  años) se dializaron mediante un CVT yugular (14,3%) de topografía derecha en casi todos (88,9%). La duración del CVT fue de  $9,3 \pm 12,1$  meses. Los valores medios de diámetro y profundidad (mm) fueron los siguientes:  $4,7 \pm 3,0$  y  $6,0 \pm 1,6$  (arteria humeral derecha),  $4,8 \pm 0,6$  y  $10,5 \pm 3,3$  (arteria humeral izquierda),  $2,6 \pm 0,4$  y  $6,6 \pm 2,0$  (arteria radial derecha),  $2,7 \pm 0,7$  y  $6,0 \pm 1,6$  (arteria radial izquierda),  $4,3 \pm 0,6$  y  $10,3 \pm 2,8$  (vena basílica derecha),  $5,1 \pm 0,5$  y  $10,1 \pm 2,1$  (vena basílica izquierda). En la mayoría de los casos (66,7%) se evidenció ausencia, una placa aislada de calcificación (11,1%) y más de una (22,2%).

### Conclusión:

1. La tasa de CVT registrada en los nuestra Unidad de HD cumple con los estándares de calidad de las Guías de Práctica Clínica (inferior al 20%).
2. Según los valores obtenidos de los parámetros morfológicos vasculares estudiados, es posible la construcción de una FAVn o una FAVp de ES en todos las personas portadores de CVT.
3. El ecógrafo portátil utilizado "in situ" en la sala de HD es una exploración de imagen eficaz para conseguir un cambio en el tipo de acceso vascular permanente, es decir, para la conversión de un CVT en una FAV en las personas en HD crónica.