

El papel del flujo intraacceso en el seguimiento del acceso vascular

Elisabet Castillo Jabalera, Eva Cotilla de la Rosa, Judith Sánchez Torres, Dolores Rizo Martínez, Eva Albert Pardo

Hospital Universitario del Vinalopó. Alicante. España

Introducción:

El objetivo de la monitorización y vigilancia del acceso vascular (AV) es diagnosticar precozmente la patología de toda fistula arteriovenosa (FAV), tanto nativa (FAVn) como protésica (FAVp). El seguimiento del AV debe permitir la prevención de la trombosis mediante la detección precoz de la estenosis significativa y aumentar su supervivencia.

Existen diferentes métodos de detección y tratamiento. Se clasifican en dos grupos, los métodos de primera generación y los de segunda generación. Ambos métodos contemplan dos aspectos fundamentales: el diagnóstico precoz y su corrección electiva o preventiva.

Objetivo:

El objetivo es valorar la eficacia de la medición y vigilancia del flujo intraacceso (Qa) en la monitorización del acceso vascular frente a los parámetros clínicos convencionales de primera generación

Pacientes y Métodos:

Estudio prospectivo de 2 años de duración. Se reclutan 80 pacientes con estos AV: 35 FAV antebraquiales, 28 FAV braquiales, 6 prótesis PTFE, 7 trasposiciones de vena basilica, 1 VWING.

Mensualmente se realiza seguimiento del AV a través de monitorización mediante métodos de primera generación: monitorización clínica (exploración física), problemas durante la sesión de HD (hemostasia alargada, hematoma, edema), monitorización de presiones venosas, flujo sanguíneo medio, determinación del porcentaje de recirculación medida por termodilución (BTM ST 5008 de FMC), disminución del índice Kt/V y índice Kt. La vigilancia por métodos de segunda generación (Qa) se realiza mensualmente en prótesis PPTFE y trimestralmente en FAV.

Se considera indicación de fistulografía si $Qa < 600\text{ml}/\text{min}$ tanto en FAV como en prótesis o descenso en un 25% confirmado en dos tomas consecutivas en ambos, o si hay variaciones en la exploración física y disminución $\leq 25\%$ de dosis de diálisis por Kt/V, flujo sanguíneo o aumento de presiones venosas o recirculación.

Resultados:

Se realizan 69 fistulografías en 2015-2016. El 88% presentan resultado patológico (61 de 69), realizándose 58 angioplastias. De las 11 restantes: 8 resultaron blancas (1 por descenso de Qa + 7 por vigilancia) y 3 precisaron cirugía.

Se encuentran diferencias significativas según el método de valoración para la realización de pruebas radiológicas ($p < 0,001$): Indicación por Qa (bajo, descenso o ambas) 44% (31/69), por vigilancia 47% (33/69), por disminución de eficacia dialítica 21% (7/33), por recirculación 24% (8/33), por presiones venosas 18% (6/33), hemostasia alargada 9% (3/33), falta de flujo 12% (6/34), dificultad de punción 9% (3/33), por soplo piente 3% (1/33) y por síndrome de robo 3% (1/33).

Conclusiones:

La monitorización del Qa es un método con alta especificidad en la detección de la disfunción del acceso vascular. Es una exploración que evita la fistulografía diagnóstica y sólo la indica para tratamiento con angioplastia. Por el contrario, en cuanto a la vigilancia, la reducción de eficacia dialítica y el aumento de la recirculación son poco específicos y poco sensibles, probablemente por tratarse de indicadores tardíos de disfunción. La combinación de parámetros clínicos, clásicos y Qa en un programa de monitorización del acceso vascular permite detectar más del 85% (86,15% en este caso) de los casos confirmados por fistulografía.