

# **EVOLUCION DE LAS FISTULAS ARTERIOVENOSAS (FAV) EN PACIENTES EN HEMODIALISIS PERIODICAS (HDP) CON EDAD AVANZADA**

*Inés Soto*

Hospital Provincial «Fco. Franco». Madrid

## **INTRODUCCION**

Desde la introducción de la fístula arteriovenosa (FAV) interna en 1966 por Brescia Cimino, este tipo de fístula ha sido el método elegido para el acceso vascular en hemodiálisis (HD) crónica, siendo el más duradero y cómodo para el paciente y el que menos complicaciones ha proporcionado. No obstante, en los últimos años las indicaciones de hemodiálisis se han extendido a enfermos que antes se excluían de programa, ensanchando los límites de edad y admitiendo enfermos con procesos que traen consigo una patología vascular inherente (diabetes, enfermedades sistémicas, etc.) que podrían dificultar el acceso a la circulación.

Desde 1978 se lleven incluyendo en nuestro programa enfermos con edad superior a los 50 años, llegando alguno hasta los 70.

Es nuestro objetivo investigar la posible influencia del factor edad sobre el acceso vascular.

La comparación de las edades entre el grupo estudiado y el grupo control fue estadísticamente significativa con una p menor de 0,001 (D = 5).

## **COMPLICACIONES**

La fístula inicial sigue funcionando en el 68,6 % de los casos.

Tuvieron necesidad de una segunda FAV 9 pacientes, lo que supone el 21,4 % La causa del fracaso de esta primera FAV fue en el 100 % de los casos por trombosis.

Tuvieron necesidad de una tercera FAV 5 pacientes, siendo las causas del fracaso de la segunda FAV, trombosis en 3 casos (60 %) e infecciones en 2 casos (40 %) (D B).

En 4 casos la trombosis fue en fistulas de muy difícil punción y con escaso flujo, inferior a 220 ml/min.

## **NUEVAS TECNICAS**

En el 100 % de los casos, como se ha indicado anteriormerite, se realizó una primera FAV con técnica de Cimino-Brescia.

Nueve pacientes necesitaron una segunda fístula (21,4 %) utilizando técnica de Cimino-Brescia en 5 casos (11,8 %), en 3 casos se realizó una húmero-cefálica (7 %) y en 1 caso (3 %) se realizó tina FAV safeno-poplíteo con injerto de Goretex en miembro inferior izquierdo.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se han estudiado 42 pacientes de edades superiores a los 50 años ( $X 58,6 \pm 5$ ).

Como control se ha comparado con un grupo de 32 pacientes de edades inferiores a los 50 años ( $X 31,8 \pm 9,4$ ) (D = 1).

En este grupo hemos analizado la técnica inicial de acceso vascular, así como la supervivencia ésta, las complicaciones y la necesidad de nuevas técnicas (D = 2).

La etiología de los pacientes del grupo estudiado ha sido: Glomerulonefritis 20

Nefropatía intersticial: 28 %.

Otras nefropatías: 23 %.

No filiadas: 4 % (D = 3).

En todos los casos se ha realizado una FAV con técnica de Cimino-Brescia (D = 4).

La técnica de punción utilizada ha sido en el 100 % de los casos bipunción y ocasionalmente hubo necesidad de utilizar unipuntar que hemos conseguido una supervivencia del 50 % a los dos años en ambos grupos, siendo aproximadamente de un 15 %, a los 4 años y de un 5% a los Baños (D = 7).

Los flujos sanguíneos eran superiores a 250 ml/min. en el 90,5 % de los casos y sólo el 9,5 % tenían flujos inferiores a 220 ml/min.

Las agujas utilizadas para la punción han sido del número 14 G 25 mm, en ambos casos.

Las comparaciones estadísticas se han realizado utilizando la t de Student.

## RESULTADOS

La comparación estadística entre las medias de supervivencia de la fístula inicial en ambos grupos arrojó unos resultados muy parecidos sin ninguna diferencia estadística significativa (D = 6).

Con idea de hacer un análisis más profundo se han confeccionado las curvas de supervivencia actuarias de la FAV en ambos grupos que demuestran un absoluto paralelismo. Hay que hacer constar que hemos conseguido una supervivencia del 50 % a los dos años en ambos grupos, siendo aproximadamente de un 15 % a los 4 años y de un 5 % a los 6 años (D = 7).

Tuvieron necesidad de una tercera FAV 5 pacientes (11,8 %) esta tercera fístula realizada con técnica de Cimino-Brescia en 1 caso (1,5 %), en 2 casos (5 %) se realizó una FAV húmero-cefálica y en los otros 2 casos se hizo un puente o by-pass (5%).

## CONCLUSIONES

1.<sup>a</sup> No hemos encontrado diferencias significativas entre la edad y la vida media de la fístula arteriovenosa.

2.<sup>a</sup> Los pacientes con edad avanzada no presentan en nuestra experiencia mayores complicaciones para el acceso vascular que el resto de los pacientes en hemodiálisis.

3.<sup>a</sup> Una buena técnica de realización de la fístula arteriovenosa radio-cefálica permite una vida media del acceso vascular superior a 2 años.

## MATERIAL Y METODOS (1)

Grupo estudiado:

Pacientes .....	42
Edad X.....	58,5 ± 5
Sexo:	
Varones.....	29 (69 %)
Mujeres .....	13 (31 %)

Grupo control:

Pacientes .....	32
Edad X.....	58,5 ± 9,4
Sexo:	
Varones.....	22 (68 %)
Hembras.....	10 (32 %)

## MATERIAL Y METODOS (II)

Análisis de:

- Técnica empleada.
- Supervivencia de la FAV.
- Complicaciones.
- Nuevas técnicas.

### ETIOLOGIA

Glomerulonefritis .....	20 %
Nefropatía intersticial.....	28 %
Nefropatías vasculares.....	28 %
Otros .....	23 %
Sin filiar.....	4 %

### COMPLICACIONES

Fístulas funcionantes .....	33 (68,6 %)
Han necesitado segunda fístula .....	9 (21,5 %)
Han necesitado tercera fístula .....	5 (11,8 %)

### CAUSAS:

En fístula primitiva.....	100 % trombosis
En segunda fístula .....	60 % trombosis (3 casos)
.....	40 % infecciones (2 casos)

En 4 casos la trombosis fue en fístulas de muy difícil punción y escaso flujo (inferior a 220 ml/min.)