

Ponencias

Nuevas aportaciones al consenso sobre accesos vasculares de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante

Spanish Society of Dialysis and Transplantation Vascular Access consensus: update

Román Martínez-Cercós

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2008

Aceptado el 20 de noviembre de 2008

Desde la presentación de los consensos sobre accesos vasculares de la SEDYT¹ durante el III Curso de Accesos Vasculares para Hemodiálisis, celebrado en Bilbao el año 2008, hasta la actualidad no se han producido grandes novedades en este tema, ni se han registrado variaciones de importancia en ellos. Quizá, como aspectos más remarcables, se ha confirmado la tendencia a incrementar la realización de fistulas arteriovenosas como acceso vascular de elección para diálisis, y también ha aumentado el uso de técnicas intravasculares como primera opción en el tratamiento de las complicaciones de los accesos vasculares. Por ello, en este curso, efectuaremos un repaso de las guías en las que, o bien se ha registrado alguna novedad, o bien se ha confirmado su importancia en la sistemática de realización de accesos vasculares para diálisis.

Guía n.º 1: la fistula arteriovenosa es el acceso vascular de elección. Evidencia A

Es un concepto totalmente vigente hoy día^{2,3}, ya aceptado y llevado a cabo desde hace tiempo en los países europeos, y, en cambio, cuestionado en Estados Unidos. Sin embargo, en los últimos años, en este país se ha producido una modificación en las indicaciones sobre accesos vasculares, motivada por las complicaciones y el alto coste que implica el uso de prótesis arteriovenosas de forma indiscriminada como primer acceso para diálisis, y se ha incrementado de forma notable la creación de fistulas arteriovenosas.

Guía n.º 2: la fistula arteriovenosa deberá realizarse en la zona más distal posible de la extremidad superior. Evidencia A

La fistula arteriovenosa radiocefálica distal, descrita por Brescia et al⁴ en 1966, es el método de referencia de los accesos vasculares, y además hay otras posibilidades en la parte distal del antebrazo, como la fistula arteriovenosa en tabaquera anatómica o la fistula cubital^{5,6}. Todas ellas deben valorarse cuando se indica la realización del primer acceso vascular, y dejar zonas más proximales para futuros accesos. Es básica la idea de conseguir el máximo aprovechamiento de cada extremidad superior para implantar los accesos vasculares, ya que las zonas de posible construcción de éstos son limitadas, y no debería pasarse a un nivel proximal sin haber agotado previamente el sector distal.

Guía n.º 4: el servicio de enfermería de hemodiálisis debe valorar antes de cada diálisis el acceso vascular, por lo que es imprescindible el conocimiento y el cuidado de éste. Evidencia D

En cada sesión de hemodiálisis, es necesario un examen exhaustivo del acceso vascular antes de su punción, mediante observación directa, palpación y auscultación⁷, y también es preciso conocer el tipo de acceso, la anatomía y su sentido de flujo para escoger las zonas de punción. Es vital el papel del servicio de enfermería en este aspecto, ya que será el que apreciará, de forma inmediata, posibles disfunciones del acceso vascular.

Guía n.º 6: es importante detectar disfunciones del acceso vascular de forma temprana, y efectuar las exploraciones complementarias necesarias para diagnosticar su origen. Evidencia A

La vigilancia sistemática de los parámetros indicadores de la función del acceso vascular, consistente en su exploración física, valora-

