



TROMBOSIS DE FÍSTULA ARTERIOVENOSA ¿MEJOR OPCIÓN QUIRÚRGICA?

P. Chang - Macchiu P, E. Coll Piera, C. Mercado Vergara, S. Benito García, V. Lopez- Baez, F. Anagua Melendres, A. Ramos Gali, J. Martínez García, J. M. Díaz Gómez, J. Ballarín Castán, E. Martínez Camps
Fundació Puigvert, Barcelona

Introducción: La trombosis del acceso vascular es una complicación frecuente de pacientes en hemodiálisis, dificultando el seguimiento del tratamiento y calidad de vida del paciente. Revisamos nuestra experiencia en los años (2011-2015) y evaluamos las opciones quirúrgicas y resultados. **Materiales y métodos:** Se revisaron FAV autólogas y heterólogas realizadas del 2011 a 2015 en nuestro centro, y trombosadas en este periodo. Revisamos las variables: sexo, edad, etiología de ERC, tratamiento anticoagulante y coagulopatía, fecha de realización, número de FAV previas, tipo de FAV y anestesia, hipotensión arterial intraoperatoria, días de supervivencia de la FAV, fecha de trombosis, ecodoppler diagnóstica, opción quirúrgica vs catéter, complicaciones intraquirúrgicas y postquirúrgicas, presencia de retrombosis tardía y realización de angioplastia. **Resultados:** 61 pacientes, 41(67,2%) son hombres con edad media de 75 años. En 19 (31%) eran la segunda o tercera FAV. Los accesos vasculares fueron: radiocefálicos 12 (19,7%), humerocefálicos 23 (37,7%), 9 (14,8%) húmerobasílicos, y 13 (27,9%) injertos protésicos. 57% con anestesia local, 14% anestesia general y 28% regional. Principales causas de ERC fueron: no filiada 37,7% y 28% enfermedad glomerular. 30% eran diabéticos y 6 tomaban anticoagulante. Ecodoppler diagnóstico al momento de la trombosis se realizó en 75% de pacientes. 19 fistulas no fueron recuperables, colocándose catéter permanente. Al resto se le realizó cirugía: trombectomía al 1.6%, reparación al 19.7%, trombectomía+reparación al 18% y 29% nueva FAV. De las FAV recuperables sólo uno presentó retrombosis inmediata y 18 retrombosis tardía. Pacientes con nefropatía intersticial presentaron mayor supervivencia de FAV respecto a otras patologías. FAV realizadas por primera vez presentan mayor supervivencia que reintervenidas. Destaca FAV reparadas y nuevas mayor supervivencia (p=0,032) que los grupos de trombectomía+reparación. **Conclusiones:** La reparación de FAV condiciona la supervivencia en caso de FAV recuperables quirúrgicamente. La supervivencia es mayor si se realiza nueva FAV o se reparan sin trombectomía.