

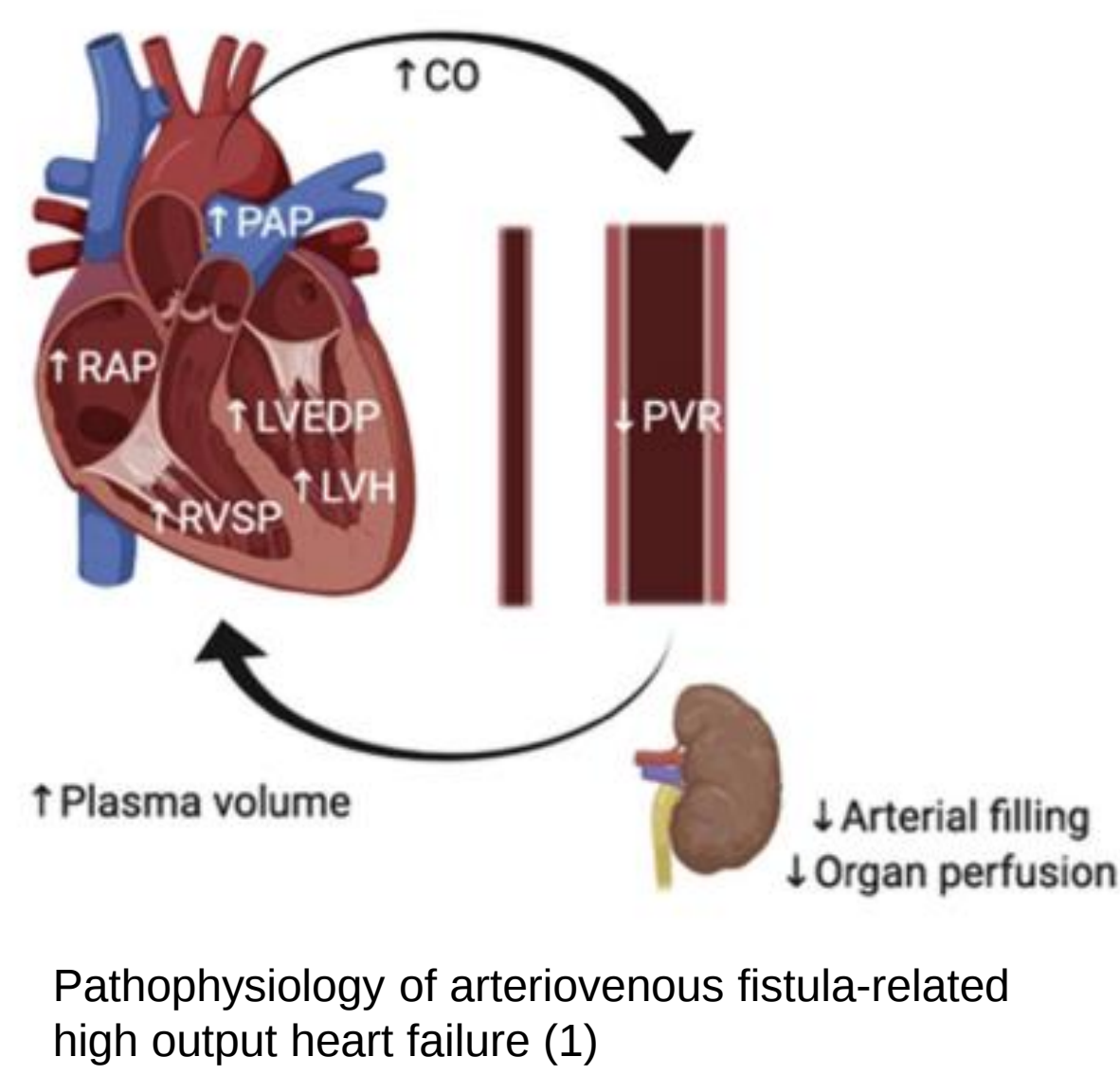
¿Nos acordamos de la fístula arteriovenosa tras el trasplante?

Revisión del acceso vascular en la consulta de trasplante de un hospital no trasplantador

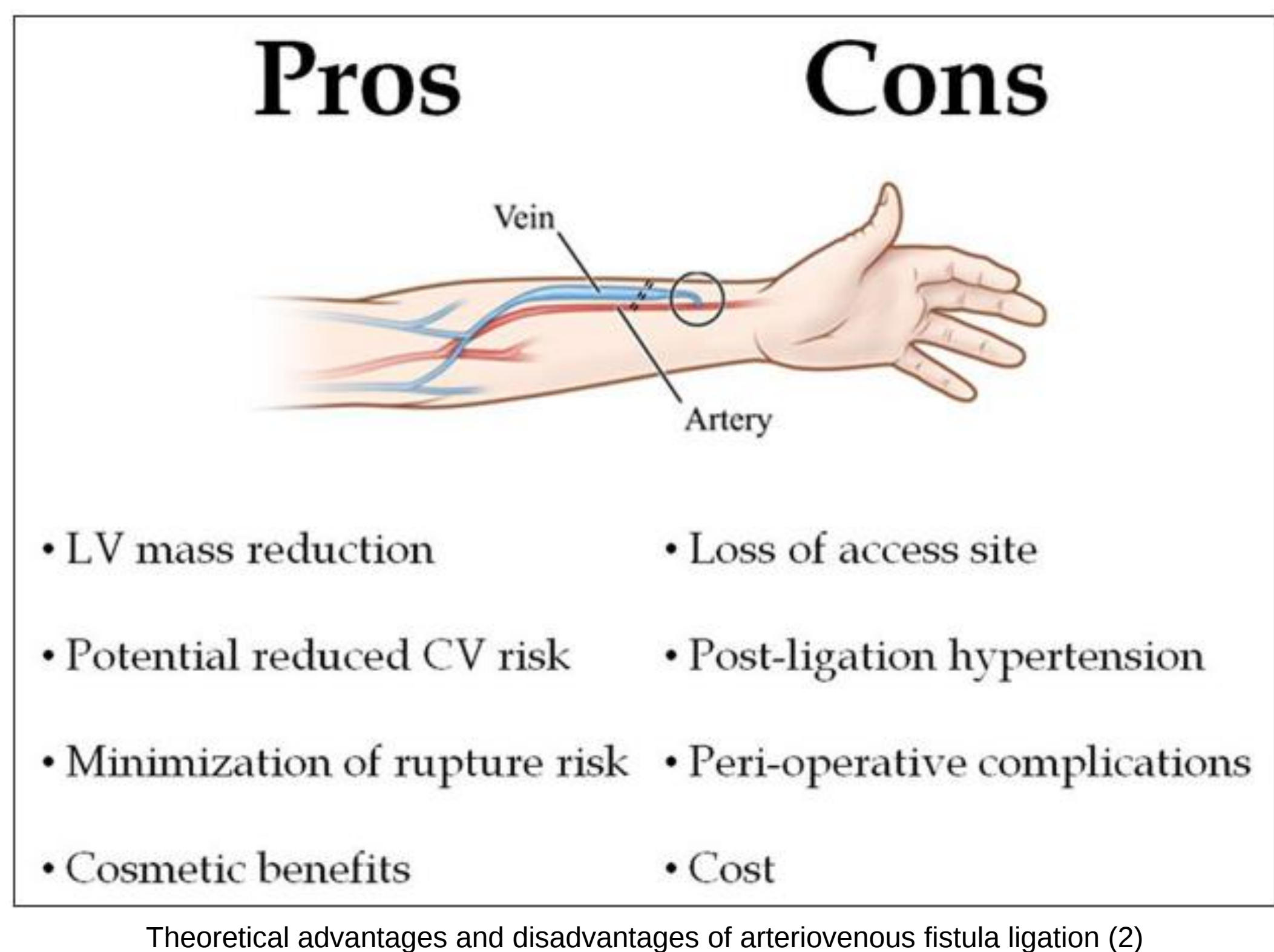
Ledesma, Gabriel; Caldés, Silvia; Hevia, Covadonga; Gallegos, Ángel; Mercado, Verónica; Carreño, Gilda; Amezquita, Yesika; Díaz, Raquel; Echarri, Rocío; Cirugeda, Antonio
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de Los Reyes). Universidad Europea de Madrid.

INTRODUCCION

Existe evidencia de la **cardiotoxicidad de la FAV** en cuanto al aumento de la masa cardíaca, sobre todo en aquellas de alto flujo, sin clara evidencia acerca de eventos cardiovasculares, mortalidad o repercusión en el injerto renal.



No hay consenso del manejo de la FAV tras el trasplante, con alta variabilidad de actuación entre centros. Factores como la situación cardíaca, el pronóstico del injerto o las opciones futuras de diálisis y de acceso vascular son importantes de cara a decidir el cierre de la FAV.



Nos proponemos hacer una revisión del acceso vascular en la consulta de trasplante del Hospital Infanta Sofía

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observación transversal descriptivo que incluye 71 pacientes trasplantados renales en seguimiento en un centro no trasplantador. Se revisa el historial de acceso vascular y se realiza ecografía-doppler de la FAV funcional.

CONCLUSIONES

La falta de consenso sobre cómo actuar con las FAVs funcionantes tras el trasplante renal hace que en muchos centros no se realice un seguimiento de las mismas.

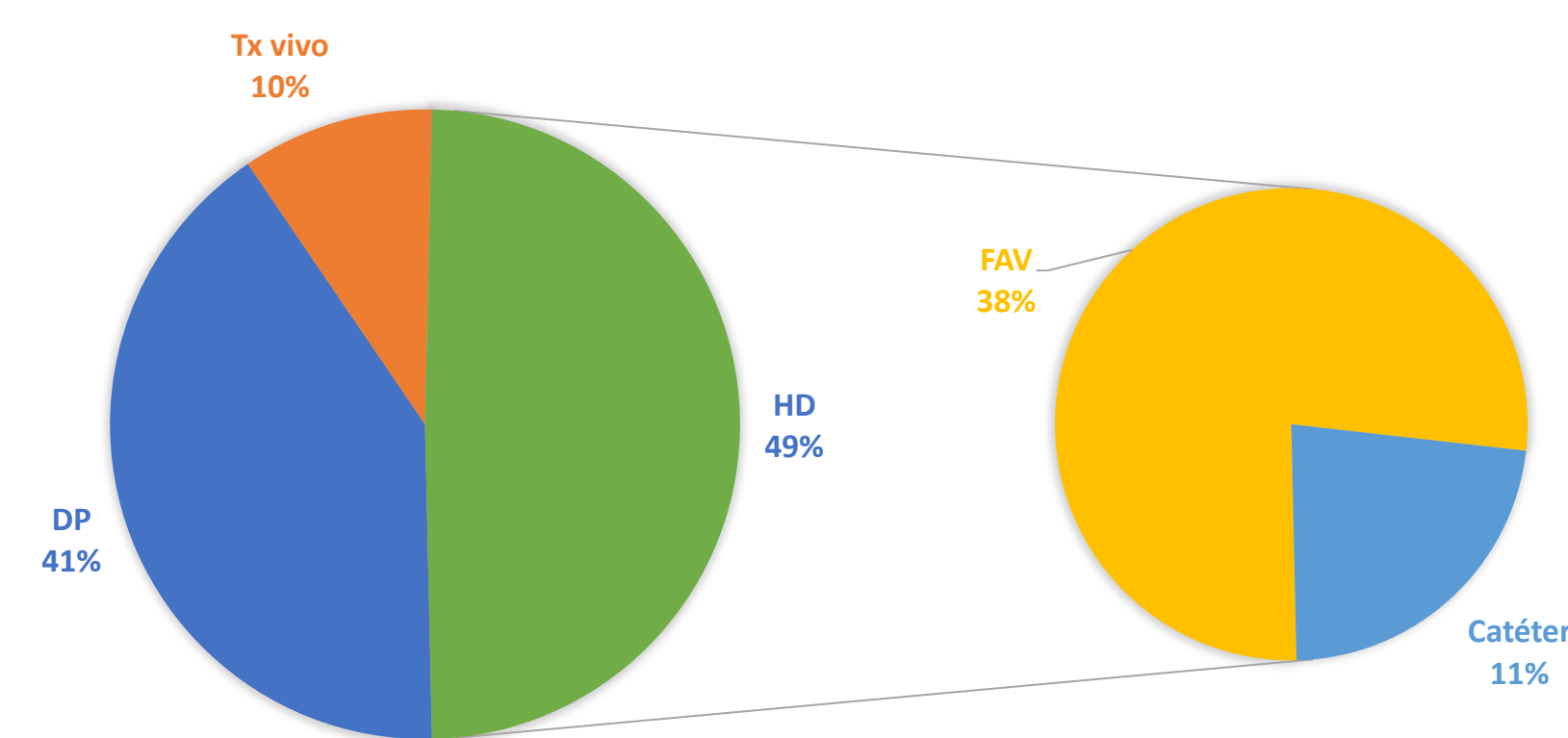
Aunque la mayoría de las FAVs se trombosan espontáneamente o se ligan, deberíamos revisar aquellas FAVs funcionantes, sobre todo en pacientes con ICC con FEVlr por riesgo de descompensación o progresión para valorar su ligadura, o en pacientes con disfunción del injerto para preservar el acceso de cara a la reentrada en diálisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Chang RS, et al. High Output Heart Failure Associated With Arteriovenous Fistula in the Setting of Kidney Transplantation. Kidney Int Rep. 2020 Nov 10;6(2):
- Stoumpos S, et al. Should We Ligate Arteriovenous Fistulas in Asymptomatic Patients After Kidney Transplantation? Circulation. 2019 Jun 18;139(25):2819-2821.
- Rao NN, et al. Effects of Arteriovenous Fistula Ligation on Cardiac Structure and Function in Kidney Transplant Recipients. Circulation. 2019 Jun 18;139(25):2809-2818.

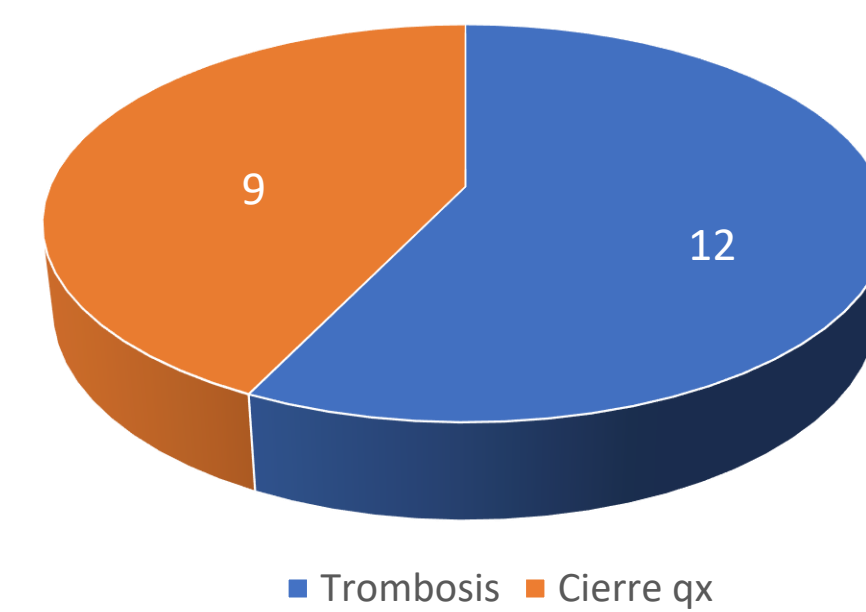
RESULTADOS

De los 71 pacientes, 35 proceden de HD (49%), 29 de diálisis peritoneal (41%) y 7 son trasplantes anticipados (10%). De los pacientes que proceden de HD, 8 tenían catéter tunelizado (23%) y 27 tenían FAV (77%).



Entre las FAVs, en el momento del estudio, 21 no son funcionantes (78%) y 6 son funcionantes (22%).

FAVs no funcionantes: En 12 pacientes (57%) se debía a una trombosis espontánea, y en 9 pacientes (43%) a un cierre quirúrgico realizado de media a los 6 años del trasplante, la mayoría por aneurismas (6, 67%).



FAVs funcionantes: Todas nativas radio-cefálicas, la media de flujo arterial (Qa) fue de 1634 ml/min. En 3 casos (50%) el Qa era mayor de 1500 ml/min, uno de ellos con un Qa de 3000 ml/min, siendo el único paciente que ha ingresado por insuficiencia cardíaca (IC) tras el trasplante.

	Qa (ml/min)	Estenosis	Nº aneurismas	FEVlr	HVI	CKD-EPI (ml/min/m2)	Años Tx
1	1757	No	2	No	No	31	9
2	3000	No	4	No	No	74	9
3	1692	No	1	No	Leve	23	2
4	1500	No	1	No	No	22	23
5	789	No	1	No	Leve	52	8
6	1069	No	2	No	No	50	3