

## CARTA AL DIRECTOR

### La realización de accesos vasculares para hemodiálisis es segura en régimen ambulatorio

*Sr. Director:*

Presentamos 34 pacientes que fueron intervenidos entre mayo y diciembre de 2005 a los que se realizó una fístula húmero-cefálica o radio-cefálica (según las condiciones de sus venas y arterias valoradas por el cirujano vascular). Los pacientes tenían edades valoradas entre los 25 y 84 años (media 64,6 años) y se dividieron en 11 ASA III (32,4%) y 23 ASA IV (67,6%) según la clasificación del estado físico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos. Dada la múltiple patología concurrente que presentan estos pacientes, sólo se desestimaron para cirugía sin ingreso los que padecían cardiopatía o bronconeumopatía no controlada en el momento de la selección realizada en la consulta preanestésica de la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). Por supuesto, los pacientes debían cumplir los criterios psicosociales de selección establecidos (aceptación y comprensión del proceso completo, compañía de un adulto al menos 24 horas, adecuadas condiciones higiénicas de la vivienda, teléfono disponible). Al llegar a la UCSI el día de la intervención, se realizó a todos los pacientes una extracción de sangre venosa para valorar glucemia, iones y gasometría mediante autoanalizador (GEM Premier 3000, Instrumentation Laboratory).

Las intervenciones se llevaron a cabo bajo anestesia local (mepivacaína al 2%) administrada por el cirujano vascular y con o sin sedación con 1 mg de midazolam vía intravenosa a demanda del paciente. Se monitorizaron los parámetros estandarizados (electrocardiograma, pulsioximetría y presión arterial no invasiva).

Al finalizar la intervención, los pacientes permanecieron unos 60 minutos en observación en la sala de readaptación al medio, tras lo que fueron dados de alta a domicilio con un informe médico y un folleto con instrucciones postoperatorias.

De todas las intervenciones programadas, sólo una (3%) hubo de ser aplazada, ya que el paciente presentaba una kalie-mia de 8 mEq/ml en el análisis preoperatorio, por lo que fue ingresado a cargo de nefrología para tratamiento inmediato.

A pesar de la compleja patología concomitante, los pacientes no tuvieron complicaciones durante su estancia en la UCSI. Las cifras de presión arterial se mantuvieron dentro de los valores medidos en cada enfermo en la consulta de preanestesia. Una paciente presentó signos de isquemia en la mano tras realizársele una fístula húmero-cefálica en el brazo derecho, por lo que se le aplicó un vendaje compresivo para reducir el robo de sangre arterial desde la circulación venosa y fue dada de alta dos horas después sin aparecer más complicaciones. Por precaución se la citó en consulta de cirugía vascular al día siguiente y la paciente refirió no haber tenido más problemas.

No hubo casos de ingreso no programado, ningún paciente consultó al servicio de urgencias y no hubo reingresos.

El dolor postoperatorio fue adecuadamente controlado con paracetamol oral.

A pesar de que la insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad grave que suele asociarse a otras muchas patologías, la realización de fístulas arteriovenosas para hemodiálisis en régimen ambulatorio en estos pacientes es segura si se seleccionan bien los casos, descartando los que presentan patología grave descompensada. Comprobar y tratar, en su caso, antes de la intervención los posibles desajustes del equilibrio ácido-base o de los iones plasmáticos aumenta la seguridad del procedimiento. Como en todas las intervenciones sin ingreso, el paciente debe recibir información detallada del proceso con el objetivo de conseguir su aceptación.

En conclusión, la cirugía de los accesos vasculares para hemodiálisis puede ser incluida en los programas de cirugía ambulatoria, seleccionando cuidadosamente a los pacientes, ya que el ingreso no aporta ventajas adicionales, aumenta el coste del proceso y predispone a pacientes delicados a infecciones hospitalarias.

M. R. Casado Donés, A. M. Rodríguez López, J. Abades  
Álvarez, F. Pérez-Cerdá Silvestre

*Servicio de Anestesiología y Reanimación.  
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid*

*Recibido:* enero de 2007.  
*Aceptado:* febrero de 2007.

*Correspondencia:* María Rosa Casado Donés. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario 12 de Octubre. Avda. de Andalucía, km 5,400. 28041 Madrid. e-mail: mrcasado.hdoc@salud.madrid.org