

ANEXOS AL APARTADO 5

Pregunta Clínica XIX. Ante la presencia de la estenosis en el AV (FAV e Injerto) ¿hay modificaciones en intervenir electivamente Vs post trombosis?

<p>No se ha encontrado ningún estudio prospectivo, aleatorizado o no, que compare la opción de realizar cirugía electiva para corregir la estenosis del acceso vascular frente a la opción de esperar y operar cuando se desarrolla trombosis del acceso. Se han localizado dos estudios retrospectivos que comparan resultados de cirugía de fístulas arteriovenosas con estenosis pero sin oclusión por trombosis frente a la cirugía de fístulas con trombosis ya desarrollada (Lipari 2007; Cohen 2009). No se ha encontrado ningún estudio ni prospectivo ni retrospectivo que analice resultados de esas dos opciones de cirugía en casos de injertos estenosados.</p>	
<p>El estudio retrospectivo de Lipari (2007) proporciona datos resultados de 64 pacientes con estenosis de fístula de antebrazo, tratados 32 con cirugía electiva y 32 tras la trombosis. <u>Tasa de re-estenosis del acceso:</u> 0,189 por año de fístula, igual para ambos tipos de cirugía. <u>Pérdida del acceso vascular:</u> Tasa de 0,016 por año de fístula para grupo de cirugía electiva y de 0.148 para cirugía tras trombosis. (p=0.048). Pero en el artículo muestran en una figura que hubo un caso de pérdida del acceso entre los 32 de cirugía electiva por dos casos entre los 32 de cirugía tras la trombosis, diferencia que no es estadísticamente significativa (p=0,62). El <u>éxito técnico</u> fue del 100% para cirugía electiva y del 84% para cirugía tras trombosis.</p>	<p>Calidad baja</p>
<p>El estudio retrospectivo de Cohen (2009) informa de 43 pacientes con fístulas en brazo en los que se habían realizado 48 intervenciones en fístulas estenosadas y 15 en fístulas ya trombosadas. No encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la permeabilidad del acceso a los 12 meses: <u>Permeabilidad primaria del acceso a los 12 meses:</u> 56% para FAV con estenosis y 64% para FAVs ya trombosadas (p=0,22). <u>Permeabilidad secundaria del acceso a 12 meses:</u> 64% para FAV con estenosis y 63% para FAVs ya trombosadas (p=0,75). El <u>éxito técnico</u> de la cirugía fue globalmente del 95% (60 de 63; dos fallos en la trombosis y uno en la cirugía primaria para la estenosis).</p>	<p>Calidad baja</p>
<p>Resumen de la evidencia</p>	
<p>En fístulas complicadas con estenosis, un estudio retrospectivo no encuentra diferencias relevantes significativas entre tratados con cirugía electiva o cirugía tras la trombosis en relación a re-estenosis, pero sí en la tasa de pérdida del acceso, menor para cirugía electiva; otro estudio retrospectivo no encuentra diferencias entre ambas opciones en relación a permeabilidad primaria y/o secundaria del acceso a los doce meses.</p>	<p>Calidad baja</p>

Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis

No se han identificado estudios publicado sobre este tema en injertos estenosados.	
Valores y preferencias de los pacientes <i>No se han identificado estudios relevantes relacionados con este aspecto.</i>	
Uso de recursos y costes <i>No se han identificado estudios relevantes relacionados con este aspecto.</i>	
No se ha encontrado ningún estudio publicado sobre este tema en injertos estenosados.	
Recomendaciones [Propuesta]	
<i>Débil</i>	No se puede recomendar de manera preferente una de las dos opciones, la intervención electiva o la intervención post trombosis, en los casos de estenosis del acceso vascular.
Bibliografía	
Cohen A, Korzets A, Neyman H, Ori Y, Baytner S, Belenky A, Knieznik M, Bachar GN, Atar E. Endovascular interventions of juxtaanastomotic stenoses and thromboses of hemodialysis arteriovenous fistulas. J Vasc Interv Radiol. 2009 Jan; 20(1): 66-70.	
Hsieh MY, Lin L, Tsai KC, Wu CC. Radial artery approach to salvage nonmaturing radiocephalic arteriovenous fistulas. Cardiovasc Intervent Radiol. 2013 Aug; 36(4):957-63.	
Lipari G, Tessitore N, Poli A, Bedogna V, Impedovo A, Lupo A, Baggio E. Outcomes of surgical revision of stenosed and thrombosed forearm arteriovenous fistulae for haemodialysis. Nephrol Dial Transplant. 2007 Sep; 22(9):2605-12.	
Nguyen TH, Bui TD, Gordon IL, Wilson SE. Functional patency of autogenous AV fistulas for hemodialysis. J Vasc Access. 2007 Oct-Dec; 8(4):275-80.	
Simoni E, Blitz L, Lookstein R. Outcomes of AngioJet® thrombectomy in hemodialysis vascular access grafts and fistulas: PEARL I Registry. J Vasc Access. 2013 Jan-Mar; 14(1):72-6.	

Tabla 1. ESTUDIOS EXCLUIDOS

Estudio	Causa de la exclusión
Hsieh 2013	Es sobre tratamiento de salvamento de fístulas radiocefálicas que no maduran.
Nguyen 2007	No analiza cirugía electiva de estenosis frente a cirugía tras trombosis. Compara fístulas braquiocefálicas vs radiocefálicas.
Simoni 2013	Todos los pacientes con acceso vascular trombosado.

TABLAS GRADE

Date: 2014-02-03

Question: Should Cirugia electiva vs Cirugia post trombosis be used in fistulas con estenosis?:

Bibliography: Lipari G, Tessitore N, Poli A, Bedogna V, Impedovo A, Lupo A, Baggio E. Outcomes of surgical revision of stenosed and thrombosed forearm arteriovenous fistulae for haemodialysis. Nephrol Dial Transplant. 2007 Sep; 22(9):2605-12;

Cohen A, Korzets A, Neyman H, Ori Y, Baytner S, Belenky A, Knieznic M, Bachar GN, Atar E. Endovascular interventions of juxtaanastomotic stenoses and thromboses of hemodialysis arteriovenous fistulas. J Vasc Interv Radiol. 2009 Jan; 20(1): 66-70.

Quality assessment							No of patients		Effect		Quality	Importance
No of studies	Design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	Cirugia electiva	Cirugia post trombosis	Relative (95% CI)	Absolute		
Cirugía electiva: Tasa de re-estenosis por año de fistula (Better indicated by lower values)												
1	observational studies ¹	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	32	-	-	-		CRITICAL
Cirugía tras trombosis: Tasa de re-estenosis por año de fistula (Better indicated by lower values)												
1	observational studies ¹	serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	32	-	-	-		CRITICAL
Cirugía electiva: Perdida del acceso (Tasa por año de fistula) (Better indicated by lower values)												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	32	-	-	-		CRITICAL

Cirugía tras trombosis: Pérdida del acceso (Tasa por año de fístula) (Better indicated by lower values)												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	32	-	-	-		CRITICAL
Cirugía electiva: Pérdida del acceso												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	1/32 (3.1%)	-	-	-		CRITICAL
Cirugía tras trombosis: Pérdida del acceso												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	2/32 (6.3%)	-	-	-		CRITICAL
Cirugía electiva: Permeabilidad primaria del acceso a los 12 meses												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	27/48 (56.3%)	-	-	-		CRITICAL
Cirugía tras trombosis: Permeabilidad primaria del acceso a los 12 meses												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	10/15 (66.7%)	-	-	-		CRITICAL
Cirugía electiva: Permeabilidad secundaria del acceso a los 12 meses												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	31/48 (64.6%)	-	-	-		CRITICAL
Cirugía tras trombosis: Permeabilidad secundaria del acceso a los 12 meses												
1	observational studies ¹	very serious ²	no serious inconsistency	no serious indirectness	no serious imprecision	none	9/14 (64.3%)	-	-	-		CRITICAL

¹ case series

² Alto riesgo de sesgo de selección de pacientes.