

## Resposta à Carta ao Editor

### Reply to Letter to the Editor

#### Autor

Ricardo Portioli Franco<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Fundação Pró-Renal Brasil,  
Centro de Nefrologia  
Intervencionista, Curitiba, PR,  
Brasil.

Recentemente, publicamos uma atualização referente aos conceitos da *Fistula First Initiative* e às últimas evidências e diretrizes sobre as indicações de enxertos arteriovenosos (EAV) e fístulas arteriovenosas (FAV) para acesso vascular em hemodiálise (HD). O artigo foi comentado em uma carta ao editor por De Castro-Santos, que discutiu a indicação de EAV em pacientes com expectativa de permanência curta em HD. De Castro-Santos abordou dois pontos. Primeiro, ele notou uma diferença de conteúdo entre nosso manuscrito e as diretrizes do KDOQI 2019<sup>2</sup> e declarou: “No artigo do *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, o autor considera a indicação de enxerto em pacientes que provavelmente necessitarão de hemodiálise por menos de um ano. No documento original, a recomendação é para pacientes com sobrevida inferior a um ano.” Em segundo lugar, ele argumenta que a Tabela 2 em nosso artigo está sugerindo o EAV para pacientes com uma expectativa de HD superior a um ano.

Agradecemos sinceramente a De Castro-Santos por sua leitura cuidadosa e crítica de nosso artigo, visto que nos levou a encontrar um erro de diagramação na versão do artigo em português. Nesta versão, os sinais para maior que (>) e menor que (<) foram invertidos na linha de cabeçalho, fazendo com que as colunas da tabela fossem contra as diretrizes do KDOQI<sup>2</sup>. O segundo ponto é assim explicado por este erro e peço desculpas por não ter notado isto durante as revisões.

A versão em inglês está correta, e a Tabela 2 do artigo afirma que para pacientes com expectativa de HD inferior a um ano e início não urgente de HD, um EAV de antebraço ou uma FAV braquiocefálica (com alta chance de maturação não assistida) podem ser considerados como primeira escolha. A tabela é uma tentativa de resumir as Figuras 1.2 e 1.3 e a declaração 3.1 B das Diretrizes (página S45) e apresentá-las de uma forma mais visual.

A transcrição literal da declaração 3.1 B da diretriz é:

“B) O Plano de Vida na DRET de um paciente inclui uma duração limitada estimada (por exemplo, <1 ano) em HD:

- EAV de alça em antebraço ou FAV braquiocefálica (com alta chance de maturação não assistida)
- EAV proximal em braço”.

Portanto, a escolha entre EAV e FAV cabe ao cirurgião, se ambas apresentarem a mesma chance de maturação não assistida.

Concordamos com a primeira observação feita por De Castro-Santos de que existe uma importante diferença conceitual entre “tempo de sobrevida inferior a um ano” e “expectativa de HD inferior a um ano”, mas como mostrado acima, a tabela reproduziu os termos da declaração da diretriz. Também concordamos com De Castro-Santos que “tempo de sobrevida” é uma interpretação mais adequada da diretriz do que “expectativa de HD”. Em nosso artigo, tentamos deixar isso claro: “Em pacientes com **sobrevida estimada inferior a um ano**, as últimas diretrizes

Data de submissão: 02/22/2022.

Data de aprovação: 07/03/2022.

Data de publicação: 27/06/2022.

#### Correspondência para:

Ricardo Portioli Franco.  
E-mail: ricardoportiolli@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2022-0024-REP>



consideram o EAV ou FAV com uma alta chance de maturação (ou seja, braquiocefálica) como primeira escolha.”

De Castro-Santos traz à discussão em sua carta um exemplo importante e frequente: pacientes idosos com múltiplas comorbidades e contraindicações ao transplante, que provavelmente permanecerão em HD por mais de um ano. Se este paciente já estiver em HD utilizando um cateter, ele ou ela provavelmente se beneficiaria de um EAV, já que é mais provável que ocorra maturação e que ele possa ser puncionado sem intervenção. No entanto, se o caso for um paciente pré-HD, não urgente, com possibilidade de uma FAV braquiocefálica, esta pode ser uma melhor escolha, uma vez que nos daria tempo para tratar uma falência primária, caso ocorra. O conceito trazido pelas diretrizes do KDOQI 2019 é individualizar a escolha e, ao mesmo tempo, evitar a criação de acessos com alta chance de falência primária, o que leva ao uso prolongado de cateteres.

Como argumenta De Castro-Santos, o uso inadequado de EAV pode levar a um número maior de intervenções para promover e manter a perviedade, e a maiores custos relacionados à saúde. Portanto, a decisão sobre o uso de

EAV ou FAV também deve considerar a acessibilidade à angioplastia e aos procedimentos endovasculares. O uso excessivo de EAV em ambientes com poucos recursos, onde os pacientes não têm acesso à angioplastia e trombectomia, pode potencialmente levar a uma alta incidência de trombose precoce intratável do EAV, devido à alta frequência de estenoses da anastomose venosa. Assim, as diretrizes devem ser lidas à luz das diferentes realidades e infraestrutura de atendimento.

Mais uma vez, gostaria de agradecer a De Castro-Santos por apontar a terminologia questionável e por identificar o erro de diagramação na versão em português, o qual será formalmente corrigido em uma errata.

### CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses em relação à publicação deste manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Franco RP. Is the fistula first approach still valid? *Braz J Nephrol.* 2021;43(2):263-8.
2. Lok CE, Huber TS, Lee T, Shenoy S, Yevzlin AS, Abreo K, et al. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis.* 2020 Apr;75(4 Suppl 2):S1-S164.