

- Dryden M, Samson A, Ludlam H. Infective complications associated with the use of Quinton permcath for long term central vascular access in haemodialysis. *J Hosp Infect* 1991;19(4):257-62.
- Beathard GA. Management of bacteraemia associated with tunnelled-cuffed haemodialysis catheters. *J Am Soc Nephrol* 1999;10(5):1045-9.
- Danese MD, Griffiths RI, Dylan M. Mortality differences among organisms causing septicemia in haemodialysis patients. *Hemodial Int* 2006;10(1):56-62.
- Marr KA, Sexton DJ, Conlon PJ, Schwab SJ, Kirkland KB. Catheter-related bacteremia and outcome off attempted catheter salvage in patients undergoing haemodialysis. *Ann Intern Med* 1997;127(4):275-80.

M. Frutuoso, R. Castro, L. Oliveira, C. Prata, T. Morgado

Serviço de Nefrologia. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE. Oporto.

Correspondencia:

Mónica Raquel Rodrigues Frutuoso
Serviço de Nefrologia. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE. Oporto.
monicafrutuoso@portugalmail.pt

Importancia de iniciar hemodiálisis periódica a través de una fístula arteriovenosa interna

Nefrología 2009;29(2):177-178.

Sr. Director:

El acceso vascular es algo muy importante para los pacientes que inician Hemodiálisis Periódica (HDP) y, sin embargo, pese a los avances logrados en muchos campos, aún sigue siendo un tema deficiente y un número muy importante de pacientes no llega a diálisis con un acceso vascular adecuado. Datos recientes demuestran que, pese a las recomendaciones de las guías, el uso de Fístulas Arteriovenosas (FAV) está incluso disminuyendo.^{1,2} Por tanto, es un tema en el que es preciso seguir insistiendo.

En nuestro hospital realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes que iniciaron programa de HDP entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2003. Se recogieron, entre otros datos, el tipo de acceso vascular por el que iniciaron diálisis, el que se utilizaba al finalizar el estudio, las dosis de eritropoyetina administradas durante todo el período del estudio a cada paciente (se calculó la dosis anual que habría recibido cada uno), los ingresos hospitalarios, en números absolutos y contabilizados en días totales, y la patología asociada con el índice de comorbilidad de Charlson,³ calculándose para el inicio y el final del estudio.

Durante el período del estudio iniciaron HDP 63 pacientes. De ellos, 41 (65%) eran hombres. La edad media era de 60 ± 16 años sin diferencias por sexo. El 51% de los pacientes tenía 65 o más años. La media de permanencia en el estudio fue de $9,3 \pm 6,3$ meses. De los 63 pacientes, completaron el estudio 40, siendo las causas de salida del estudio: *exitus* (cuatro pacientes), traslado de centro (cuatro pacientes) y trasplante (15 pacientes). Los pacientes diabéticos (19%) eran mayores (66 ± 10 vs. 59 ± 17 años), más obesos (IMC 28 ± 7 vs. 25 ± 3) y tenían un índice de comorbilidad mayor que el resto de los enfermos.

Comenzaron diálisis a través de FAV 39 pacientes (62%) y con catéter 24 pacientes (38%). Al final del estudio, seis pacientes se dializaban mediante catéter. No hubo diferencias en el acceso vascular por edad, separando diabéticos frente al resto, ni en el índice de comorbilidad. Sin embargo, sí hubo diferencias, estadísticamente significativas, en la albúmina, en la eritropoyetina recibida y en los ingresos hospitalarios (tabla 1). Las dosis anuales medias de eritropoyetina fueron prácticamente el doble en aquellos pacientes que iniciaron diálisis con catéter que aquellos que lo hicieron con FAV. No hubo diferencias si se consideraba el acceso vascular al final del estudio. No hubo diferencias en el Kt/V al final del estudio entre los pacientes que se dializaban a través de un catéter o a través de una FAV. Diecisiete pacientes (27% de los pacientes) no ingresaron ninguna vez, 22 (35%) lo hicieron una vez, y el resto, 24 pacientes (38%), más de una. Sólo el 8% de los que empezaron con catéter no ingresaron ninguna vez.

Tener una FAV a tiempo no sólo supone mejoría en la calidad de vida percibida por los pacientes,⁴ sino que también se vincula con menores morbimortalidad y gasto sanitario.⁵⁻⁷ Nuestro estudio confirma que los

Tabla 1. Características de los pacientes según el acceso vascular con el que empezaron hemodiálisis

| | Catéter | Fistula | p |
|-----------------|---------------------|-------------------|--------------|
| Edad | 56 ± 20 | 63 ± 13 | 0,188 |
| Diabéticos | 21% | 18% | 0,512 |
| Hb 1 (g/dl) | 10,3 ± 1,0 | 10,6 ± 1,6 | 0,370 |
| Alb 1 (mg/dl) | 3,0 ± 0,7 | 3,6 ± 0,6 | 0,001 |
| lCh 1 | 2,3 ± 1,2 | 2,6 ± 1,6 | 0,584 |
| Epo/año | 572.314 ± 1.244.220 | 224.873 ± 144.870 | 0,009 |
| Días de ingreso | 29 ± 34 | 18 ± 31 | 0,031 |
| Ingresos | 92% | 62% | 0,022 |

1==> al inicio del estudio; Hb: Hemoglobina; Alb: Albúmina; lCh: Índice de comorbilidad de Charlson; Epo: Eritropoyetina, expresada en UI. Ingresos: % de pacientes que ingresaron alguna vez.

En negrita, diferencias con significación estadística.

pacientes que empiezan HDP a través de un catéter tienen un mayor número de ingresos, están más días ingresados y precisan unas dosis más altas de eritropoyetina para unos niveles similares de hemoglobina. Por ello, aunque la situación en España afortunadamente es mejor^{5,6,8} que en otros países,⁴ se debe seguir insistiendo en que el acceso vascular para hemodiálisis sea la FAV tal y como recogen las guías de práctica clínica.^{9,10}

Agradecimiento

Ourens M.J. ha sido becaria del Proyecto de Investigación del Instituto de Salud Carlos III, expediente número 03/10069.

1. Moist LM, Chang SH, Polkinghorne KR, McDonald SP; Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry (ANZDATA). Trends in hemodialysis vascular access from the Australia and New Zealand Dialysis and Transplant Registry (ANZDATA) 2000 to 2005. *Am J Kidney Dis* 2007;50(4):612-21.
2. Yeates KE, Mendelssohn DC, Ethier J, Trpeski L, Na J, Bragg-Gresham JL, et al. Optimizing hemodialysis practices in Canada could improve patient survival. *CANNT J* 2007;17(2):22-34.
3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
4. Wasse H, Kutner N, Zhang R, Huang Y. Association of initial hemodialysis vascular access with patient-reported health status and quality of life. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2(4):708-14.
5. Ortega T, Ortega F, Díaz-Corte C, Rebollo P, Ma Baltar J, Álvarez-Grande J. The timely construction of arteriovenous fistulae: a key to reducing morbidity and mortality and to improving cost management. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:598-603.
6. López Pedret J, Rodríguez Hernández JA, Piera L. El acceso vascular en España: análisis de su distribución, morbilidad y sistemas de monitorización. *Nefrología* 2001;21:45-51.
7. Schon D, Blume SW, Niebauer K, Hollenbeak CS, de Lissovoy G. Increasing the use of arteriovenous fistula in

hemodialysis: economic benefits and economic barriers. *Clin J Am Soc Nephrol* 2007;2:268-76.

8. Pisoni R, Young E, Dykstra D, Greenwood R, Hecking E, Gillespie B, et al. Vascular access use in Europe and the United States: Results from the DOPPS. *Kidney Int* 2002;61:305-16.
9. III-NKF-K/DOQI Clinical practice guidelines for vascular access: Update 2000. *Am J Kidney Dis* 2001;37:S137-S181.
10. Rodríguez Hernández JA, González Parra E, Julián Gutiérrez JM, Segarra Medrano A, Almirante B, et al. Guías de acceso vascular en hemodiálisis. *Nefrología* 2005;25(1):3-97.

C. Díaz Corte, E. Gago González, M.J. Ourens, T. Ortega

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias.

Correspondencia: Carmen Díaz Corte

Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Asturias.
carmen@hca.es

Situación actual del acceso vascular en la provincia de Cáceres

Nefrología 2009;29(2):179-180.

Sr. Director:

La Hemodiálisis (HD) constituye la primera opción de Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS) en pacientes incidentes y la segunda en prevalentes, según el registro de la SEN de 2006.¹ Según el Registro de enfermos renales en TRS en Extremadura de 2006,² la

HD supuso el 87,07% de pacientes incidentes y el 52,55% de prevalentes. En la provincia de Cáceres, la HD es la primera alternativa de TRS en pacientes incidentes (85,7%) y en pacientes prevalentes (51,8%). Puesto que el Acceso Vascular (AV) condiciona la efectividad de la HD, la morbimortalidad de los pacientes (primera causa de ingreso hospitalario) y su calidad de vida, es imprescindible disponer de un AV adecuado.

Con el objetivo de revisar la situación actual del AV en nuestra provincia y compararla con la existente a nivel de España, Europa y EE. UU. y valorar el grado de cumplimiento de los objetivos recomendados en las Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis de la SEN³ y Guías K/DOQI,⁴ realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo de la situación de los AV de los pacientes incidentes y prevalentes en HD en 2007.

Respecto a la realidad del AV a nivel nacional, se utiliza un estudio multicéntrico publicado en 2001 por el Grupo de Trabajo del Acceso Vascular.⁵ A nivel internacional, el estudio de referencia es el DOPPS,⁶ en el que una parte valoraba el uso del AV en Europa y EE. UU.

AV en población incidente: durante 2007 comenzaron HD 45 pacientes, 28 (62,2%) disponían de AV permanente (53% FAVI antológica, 7% prótesis AV y 2% catéter permanente) y 17 (37,8%) carecían del mismo (tabla 1).

Comparación con los referentes a nivel nacional, europeo y norteamericano: el informe del acceso vascular de 2001 re-

Tabla 1. Tipos de acceso vascular en pacientes incidentes y prevalentes

| Tipo de AV | Pacientes incidentes | Pacientes prevalentes |
|------------------------|----------------------|-----------------------|
| | n = 45 (%) | n = 185 (100%) |
| FAVI radiocefálica | 10 (22,2%) | 45 (24,3%) |
| FAVI humerocefálica | 7 (15,6%) | 75 (40,6%) |
| FAVI humerocefálica | 5 (11,1%) | 16 (8,7%) |
| FAVI humeromediana | 2 (4,4%) | 3 (1,6%) |
| Prótesis arteriovenosa | 3 (6,7%) | 13 (7%) |
| Catéter tunelizado | 1 (2,2%) | 23 (12,4%) |
| Catéter transitorio | 17 (37,8%) | 10 (5,4%) |