



El acceso vascular pre-diálisis ¿la evidencia lo justifica?

F. J. Gómez Campderá, J. Luño, S. García de Vinuesa y F. Valderrábano

Servicio de Nefrología. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Sr. Director:

El momento de referencia al nefrólogo de un paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) y la calidad de los cuidados pre-diálisis son factores clave en el pronóstico de estos pacientes¹⁻². Detectada la IRC y puestas en marcha las medidas necesarias para: retrasar su progresión, prevenir las complicaciones urémicas y modificar los potenciales factores de comorbilidad, la consulta pre-diálisis permite además, preparar el tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal terminal (TSIRT) más apropiado para cada paciente. Este último apartado implica no sólo información sobre medidas higiénico-dietéticas y opciones terapéuticas sino además programar el momento de realización del acceso vascular o peritoneal y el inicio de la diálisis.

La política de nuestro servicio es considerar pre-diálisis a los pacientes con IRC avanzada (CCr < 30 ml/min), candidatos a TSIRT y, a partir de este punto iniciar unas charlas informativas, impartidas por la enfermería y dirigidas a los pacientes y familiares cercanos. Ponemos en marcha un protocolo para descartar contraindicaciones para el TSIRT o alguna de las técnicas y, decidida consensuadamente la opción terapéutica, preparar la misma. En los pacientes en los que optamos por hemodiálisis (HD), realizamos el acceso vascular con CCr < 20 ml/min. El tiempo permite al cirujano valorar el acceso más idóneo a realizar en función de la anatomía vascular y sin urgencia³. En los pacientes que optan por diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la implantación del catéter se realiza con CCr entre 15 y 10 ml/min, especialmente si son diabéticos, actualmente no realizamos fístula arterio-venosa (FAV) en estos pacientes. Los objetivos de esta política son: reducir las diálisis agudas (catéter temporal) y la hospitalización que conllevan, sin que el precio (fallos precoces o trombosis del acceso vascular y la

necesidad de realizar uno nuevo), supongan un condicionante intolerable. Si este planteamiento funciona, la mayoría de los pacientes iniciarían TSIRT de forma programada, ambulatoria o directamente en un centro periférico, sin necesidad de ingreso hospitalario.

Revisamos nuestra experiencia en los últimos 4 años (1997-2000), con el objetivo de analizar los resultados y nuevos problemas y, valorar la eficiencia de este planteamiento. Para ello revisamos los pacientes que iniciaron TSIRT en esos años, procedentes exclusivamente de nuestra consulta externa hospitalaria. Nuestro servicio es centro de referencia nefrológica del Área 1 de la Comunidad de Madrid que asiste a una población de unos 630.000 habitantes. Entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 2000, inician TSIRT 287 pacientes, 190 (66%) procedían de nuestra consulta hospitalaria y el resto procedían de la hospitalización 74 (26%) o fueron remitidos de otras áreas para iniciar diálisis 23 (8%). Se incluyeron en programa de DPCA 22 pacientes (8%), incluyéndose el resto, 265 (92%) en programa de HD. Se requirió un catéter temporal en 66 de los 287 pacientes (23%), frente a 16 (8%) de los 190 procedentes de nuestra consulta.

Se produjo un fallo precoz, siempre en las tres primeras semanas de la creación, del acceso vascular en 5 (2,6%); salvo en una prótesis el resto eran fístulas radioencefálicas, en dos de los casos el fallo coincidió con una intervención quirúrgica y condicionó el paso a DPCA, en ninguno de estos casos se requirió catéter temporal pudiéndose realizar un nuevo acceso o resolver el problema antes de iniciar diálisis. En 72 pacientes (38%) la FAV se realizó en el mes previo a su inclusión en diálisis, en el resto el tiempo medio entre la creación de la FAV y el inicio de diálisis fue de 7 meses (rango 2-39 m).

En un libro de reciente aparición y abordando el tema del acceso vascular en hemodiálisis⁴, se afirma que cerca del 50% de los pacientes en nuestro país, realizan su primera HD con la necesidad de un catéter temporal⁵. En los pacientes que iniciaban diálisis en nuestro centro, que era en 1993 para la población global del 16%, y planteábamos que ese

Correspondencia: Dr. F. J. Gómez Campderá
Servicio de Nefrología
HGU Gregorio Marañón
Dr. Esquerdo, 46
28007 Madrid

debía ser un marcador de la calidad de nuestra atención primaria⁶. Teniendo en cuenta que en la actualidad, casi el 30% de los pacientes que inician TSIRT proceden de la urgencia o de otros servicios, sin que hayan sido vistos previamente por un nefrólogo y que cada vez se nos requiere más, por otras especialidades, para incluir en TSIRT a pacientes con importantes factores de comorbilidad (diabéticos, trasplantados de otros órganos, HIV, ancianos, etc.), es evidente que mejorar estos índices es un reto.

Aunque la nefrología extrahospitalaria podría canalizar ese 60-70% de los candidatos a diálisis, si asumiera hipotéticamente las consultas hospitalarias de la especialidad y si estas pudieran desaparecer, un 30% de estos pacientes van a seguir procediendo del hospital. Sin analizar los costos económicos que la diálisis aguda supone, nuestra política: «realización de acceso vascular o peritoneal precoz», parece justificada en función de nuestros resultados, tiene importantes consecuencias en la mejor manera y menos cruenta para el paciente de iniciar diá-

lisis y seguro que importantes consecuencias económicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ifudo O, Dawood M, Homel P, Friedman EA: Excess morbidity in patients starting uremia therapy without prior care by a nephrologists. *Am J Kidney Dis* 28: 841-845, 1996.
2. Brian JG Pereira: Optimization of pre-ESRD care: the key to improved dialysis outcomes. *Kidney Int* 57: 351-365, 2000.
3. Polo JR, Echenagusia A: Accesos vasculares para hemodiálisis. En: *Tratado de hemodiálisis*. Valderrábano F (ed). Barcelona: Editorial Médica JIMS. Cap 9. p. 125-140, 1999.
4. Olmos A, López Pedret J, Piera L: Acceso vascular en hemodiálisis. En: *Insuficiencia renal progresiva*. Aljama P, Arias M, Valderrábano F (eds.). Entheos: Janssen-Cilag. p. 171-184, 2000.
5. Rodríguez JA, López J, Cléries M, Vela E and renal registry committee: Vascular access for haemodialysis. An study of the catalan registry. *Nephrol Dial Transplant* 14: 1651-1657, 1999.
6. Gómez Campderá FJ, Jofré R, Tejedor A, López Gómez JM: La primera diálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica. ¿Control de calidad de nuestra atención primaria? *Nefrología* 14: 244, 1994.