

# Exploración funcional del acceso vascular durante la hemodiálisis en 38 pacientes mediante la técnica de Termodilución. Estudio comparativo con el método Delta-H

R. Roca-Tey, R. Samon, O. Ibrik, I. Giménez y J. Viladoms

Servicio de Nefrología. Fundación Privada Hospital de Mollet. Barcelona.

Nefrología 2008; 28 (4) 447-452

## RESUMEN

**Introducción:** La determinación periódica del flujo sanguíneo (QA) del acceso vascular (AV) es el método de elección para su monitorización en los pacientes (pts) con IRC.

**Objetivos:** Determinar QA mediante la técnica de Termodilución (TDT) y comparar los resultados funcionales con el método Delta-H.

**Pacientes y método:** Hemos determinado no invasivamente el  $Q_A$  de 38 AV (duración media  $48,7 \pm 69,8$  meses) durante la HD en 38 pts (edad media  $63,8 \pm 15,1$  años, tiempo medio en HD  $47,6 \pm 53,9$  meses, nefropatía diabética 18,4%) con IRC mediante TDT. Catorce pts (36,8%) tenían el antecedente de algún AV previo, que fue ipsilateral al AV actual en la mayoría de los casos (11/14, 78,6%). Trece pts (34,2%) tenían el antecedente de alguna comorbilidad distinta de la diabetes (cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica). El  $Q_A$  se calculó a partir de los valores de recirculación obtenidos mediante el monitor de temperatura sanguínea (BTM), integrado en la máquina Fresenius Medical Care 4008-S, con las líneas sanguíneas de HD en configuración normal e invertida. El  $Q_A$  se determinó durante la primera hora de 2 sesiones consecutivas de HD (ambos valores se promediaron). La presión arterial media PAM y la distancia entre las agujas (DEA) se registraron simultáneamente con  $Q_A$ . Además, el flujo sanguíneo del AV se determinó nuevamente en un plazo no superior a 15 días mediante el método Delta-H utilizando el monitor Crit Line III (HemaMetrics, USA).

**Resultados:** El  $Q_A$  medio fue  $1.170,5 \pm 464,2$  ml/min (intervalo,  $289,4$ - $2.346,4$  ml/min). La mayoría de AV (44,7%) presentaban un  $Q_A$  medio comprendido entre 1.000 y 1.500 ml/min. La DEA y PAM medios fueron  $6,2 \pm 2,9$  cm y  $91,9 \pm 12,4$  mmHg, respectivamente. El  $Q_A$  fue similar tanto para los pts con PAM inferior a 100 mmHg ( $n = 26$ ) como para los pts con PAM igual o superior a 100 mmHg ( $n = 12$ ) ( $p = 0,85$ ). Los pts con nefropatía diabética presentaron un QA significativamente inferior ( $836,1 \pm 395,8$  ml/min) en relación a los restantes pts ( $1.245,9 \pm 449,9$  ml/min) ( $p = 0,62$ ). Se objetivó la tendencia a un mayor  $Q_A$  de la FAVI humeral en relación a

la FAVI radial ( $1.323,6 \pm 465,3$  versus  $1.017,4 \pm 447,3$  ml/min) ( $p = 0,052$ ). Los pts con antecedente de AV previo, presentaron un  $Q_A$  medio significativamente superior ( $1.410,6 \pm 377,7$  ml/min) en relación a los restantes pts ( $1.034,4 \pm 458,7$  ml/min) ( $p = 0,013$ ). No hemos objetivado ninguna correlación entre el  $Q_A$  medio y: edad, DEA, PAM, índice Kt/V, tiempo en HD y duración del AV. El  $Q_A$  medio obtenido mediante TDT fue similar al flujo sanguíneo medio determinado con el método Delta-H ( $1.151,3 \pm 479,0$  ml/min) ( $p = 0,89$ ). Los valores del flujo sanguíneo del AV obtenidos mediante TDT se correlacionaron significativamente con los determinados con el método Delta-H (coeficiente de correlación intraclassa =  $0,95$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La TDT permite determinar QA durante la HD. El perfil funcional del AV fue peor en los pts con nefropatía diabética o sin antecedente de AV previo. Los valores de flujo sanguíneo del AV obtenidos mediante los métodos TDT y Delta-H se correlacionaron significativamente.

**Palabras clave:** Acceso vascular. Flujo sanguíneo. Termodilución. Delta-H.

## SUMMARY

**Introduction:** Periodic QA measurement is the preferred way for VA surveillance in end-stage renal disease (ESRD) patients (pts). Objective: The aims of this study were to measure QA by TDT and to compare the functional results with Delta-H method.

**Patients and methods:** We measured  $Q_A$  non invasively in 38 VA (mean VA duration:  $48.7 \pm 69.8$  months) during HD in 38 stable ESRD (mean age  $63.8 \pm 15.1$  yr, mean time on HD  $47.6 \pm 53.9$  months, diabetic nephropathy 18.4%) pts by the TDT. Fourteen pts (36.8%) had history of previous VA that were ipsilateral to the VA under study in most cases (11/14, 78.6%). Thirteen pts (34.2%) had history of any comorbidity (coronary artery or cerebrovascular or peripheral vascular diseases).  $Q_A$  was calculated from the recirculation values obtained by means of the blood temperature monitor (BTM), integrated into the Fresenius Medical Care 4008-S machine, at normal and reverse configurations of the HD blood lines.  $Q_A$  was measured within the first hour of two consecutive HD sessions (the values were averaged). Mean arterial pressure MAP and distance between needles (DBN) were measured simultaneous with  $Q_A$ . In addition, the VA blood flow was also determined by Delta-H method using Crit-Line III Monitor (ABF-mode, HemaMetrics, USA).

**Correspondencia:** Ramón Roca-Tey  
Tamarit, 144-146, 3.º 3.ª  
08015 Barcelona  
18647rrt@comb.es

## originales

Results: Mean  $Q_A$  was  $1170.5 \pm 464.2$  ml/min (range, 289.4-2,346.4 ml/min). Most VA (44.7%) showed mean  $Q_A$  between 1,000 and 1,500 ml/min. The mean DBN and MAP were  $6.2 \pm 2.9$  cm,  $91.9 \pm 12.4$  mmHg, respectively. Mean  $Q_A$  was similar for pts with mean MAP < 100 mmHg ( $n = 26$ ) and for pts with mean MAP  $\geq 100$  mmHg ( $n = 12$ ) ( $p = 0.85$ ). Pts with diabetic nephropathy showed lower mean  $Q_A$  ( $836.1 \pm 395.8$  ml/min) compared to the remaining pts ( $1,245.9 \pm 449.9$  ml/min) ( $p = 0.033$ ). No differences in mean  $Q_A$  was found when pts with any comorbidity and without comorbidities were compared ( $p = 0.62$ ). Brachial AVF tended to have higher mean  $Q_A$  ( $1,323.6 \pm 465.3$  ml/min) compared to radial AVF ( $1,017.4 \pm 447.3$  ml/min) ( $p = 0.052$ ). Pts with history of previous VA showed higher mean  $Q_A$  ( $1,410.6 \pm 377.7$  ml/min) compared to the remaining pts ( $1,030.4 \pm 458.7$  ml/min) ( $p = 0.013$ ). No correlation was found between mean  $Q_A$  and: mean age, DBN, MAP, Kt/V index, time on HD and VA duration. Mean  $Q_A$  obtained by TDT was not different when compared with mean ABF determined by Delta-H method ( $1,151.3 \pm 479.0$  ml/min) ( $p = 0.89$ ). The calculated values of VA blood flow obtained by TDT were highly correlated with those determined by the Delta-H method (intraclass correlation coefficient = 0.95,  $p < 0.001$ ).

Conclusions: The TDT is an indicator of QA during HD. The functional profile of VA was worse in pts with diabetic nephropathy or without history of previous VA. The VA blood flow values obtained by TDT and Delta-H techniques correlated highly with each other.

Key words: Vascular access. Blood flow rate. Thermodilution. Delta-H.

### INTRODUCCIÓN

En la última actualización de las Guías K/DOQI sobre el acceso vascular (AV), la determinación periódica del flujo sanguíneo ( $Q_A$ ) del mismo sigue siendo el método preferido en primer lugar para la monitorización funcional del AV<sup>1</sup>. Desde 1995, se han introducido varias técnicas de *screening* para el seguimiento no invasivo del AV basados en la determinación indirecta de  $Q_A$ <sup>2-4</sup>. Una de ellas es la técnica de termodilución (TDT), método que permite calcular  $Q_A$  a partir de los valores de recirculación obtenidos mediante el sensor de temperatura sanguínea denominado BTM (*Blood Temperature Monitor*) con las líneas de hemodiálisis (HD) en posición normal e invertida<sup>5</sup>. Este método, descrito y validado por Schneditz y cols.<sup>6</sup> es de fácil aplicación ya que el sensor BTM está integrado en la máquina de HD.

Por otra parte, desde junio del año 2000 hemos implantado en nuestro Servicio un programa de monitorización del AV consistente en la determinación periódica de  $Q_A$  durante la HD mediante el método Delta-H<sup>7</sup>. El objetivo de este seguimiento es el diagnóstico precoz de la estenosis igual o superior al 50% de la luz vascular y su corrección electiva mediante angioplastia o cirugía antes de la trombosis del AV<sup>8</sup>. Durante los años de su aplicación, este programa de monitorización se ha demostrado eficaz tanto para el diagnóstico precoz de la estenosis significativa del AV (sensibilidad y especificidad del método Delta-H superiores al 80%) como para la reducción de la prevalencia de trombosis<sup>3,7</sup>. En este sentido, Wang y cols., demostraron que los valores de recirculación

obtenidos mediante el sensor BTM proporcionan una elevada sensibilidad (81,8%) y especificidad (98,6%) en la detección de fístulas arteriovenosas (FAVI) tributarias de intervención electiva<sup>9</sup>.

En el presente trabajo, hemos efectuado un estudio observacional, transversal y comparativo mediante la TDT con los objetivos de determinar el  $Q_A$  del AV durante la HD, analizar diferentes variables que puedan incidir en la función del AV y efectuar un estudio funcional comparativo entre los métodos TDT y Delta-H.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### Pacientes

El AV se monitorizó en 38 pacientes afectados de insuficiencia renal en programa de HD crónica. Todos los enfermos efectuaban HD tres veces a la semana en el Servicio de Nefrología del Hospital de Mollet mediante un AV permanente y canalizado con bipunción. No se incluyó ningún paciente con algún signo de disfunción del AV objetivado previamente. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, nefropatía primaria, tiempo en HD, antecedente de alguna comorbilidad distinta de la diabetes mellitus (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o arteriopatía periférica), índice Kt/V (según Daugirdas de segunda generación, modelo monocompartmental), tipo de AV, duración del AV, antecedente de AV previo, ratio *número AV/paciente*. La tabla I resume las características clínicas más importantes de los enfermos incluidos en el estudio.

#### Método

1) *Determinación de  $Q_A$  mediante la TDT.* El  $Q_A$  se determinó utilizando el sensor de temperatura sanguínea BTM incorporado a la máquina 4008-S de Fresenius Medical Care. Este método dilucional, descrito y validado por Schneditz y cols.<sup>6</sup>, calcula  $Q_A$  a partir de los valores de recirculación obtenidos con las líneas de HD en posición normal e invertida. El proceso de determinación se inicia a partir de la producción de un «bolus de temperatura» secundario a la disminución autolimitada (2 °C durante 2 minutos) de la temperatura del líquido de diálisis. Inicialmente, este descenso térmico es captado por el sensor de temperatura de la línea venosa y, después de viajar por la circulación cardiopulmonar del paciente, regresa ya reducido hacia el dializador y es captado por el sensor de temperatura de la línea arterial. La cuantificación del último «bolus de temperatura arterial» en relación al «bolus de temperatura venoso» generado inicialmente, permite calcular el porcentaje de recirculación existente con las líneas de HD en configuración normal; el mismo procedimiento se efectúa con las líneas de HD en configuración invertida. A partir de ambos valores de recirculación, el  $Q_A$  se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$Q_A = \frac{(Q_S - TUF) \cdot (1 - R_X - R_N + R_X \cdot R_N)}{R_X - R_X \cdot R_N - \left[ \frac{Q_S - TUF}{Q_S} \right] \cdot (R_N - R_X \cdot R_N)}$$

**Tabla I. Características de los pacientes y de los accesos vasculares estudiados mediante TDT**

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Género (%)  | Hombre 71,1/Mujer 28,9         |
| Edad media (años)                                 | 63,8 ± 15,1                    |
| Tiempo medio en HD (meses)                        | 47,6 ± 53,9                    |
| Nefropatía diabética (%)                          | 18,4 (7/38)                    |
| Comorbilidad (%)*                                 | 34,2 (13/38)                   |
| Índice Kt/V                                       | 1,39 ± 0,21                    |
| Tipo de AV (%)                                    | FAVI** 94,7, prótesis PTFE 5,3 |
| Duración media del AV (meses)                     | 48,7 ± 69,8                    |
| Pacientes con AV previo (%)                       | 36,8 (14/38)                   |
| Pacientes con AV previo ipsilateral al actual (%) | 78,6 (11/14)                   |
| Ratio número AV/paciente                          | 1,63                           |

\* Porcentaje de enfermos que presentaron, como mínimo, alguna de las siguientes comorbilidades: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica.

\*\* FAVI radial y humeral contribuyen al 50% (18 casos de cada).

donde  $Q_s$  es el flujo efectivo de sangre (ml/min), TUF es la tasa de ultrafiltración (ml/min),  $R_N$  es la recirculación obtenida con las líneas de HD en posición normal y  $R_x$  es la recirculación obtenida con las líneas de HD en posición invertida. Para la correcta obtención de los valores de recirculación, es preciso que se mantengan constantes durante todo el tiempo de la determinación tanto  $Q_s$  como TUF. El  $Q_A$  se determinó por duplicado durante la primera hora de 2 sesiones consecutivas de HD y los 2 valores obtenidos se promediaron; en ambas sesiones también se registraron la distancia entre las agujas y la presión arterial media PAM (presión arterial diastólica + 1/3 de la presión del pulso).

2) *Determinación de  $Q_A$  mediante el método Delta-H.* El  $Q_A$  se determinó nuevamente en un plazo no superior a 15 días mediante el método optodilucional Delta-H utilizando el monitor Crit-Line III (ABF-mode, HemaMetrics, USA) en la mayoría de los enfermos (36/38, 94,7%). No pudo aplicarse el método Delta-H en 2 casos por trasplante renal y por síndrome coronario agudo que requirió traslado a Unidad coronaria, respectivamente. Este método, descrito y validado por Yarar y cols.<sup>10</sup>, es una técnica fotométrica que se fundamenta en la relación inversa existente entre la volemia y el hematocrito arterial (Hto). El  $Q_A$  también se determinó durante la primera hora de la sesión de HD a partir de los cambios del Hto en relación a cambios bruscos de la UF (desde 0,1 hasta 1,8 L/h) con las líneas de HD en configuración normal e invertida. Los cambios de Hto son registrados continuamente por un sensor óptico que se acopla a una cámara sanguínea insertada entre el dializador y la línea arterial. El  $Q_A$  se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$Q_A = (UF \text{ máx} - UF \text{ mín}) \cdot Hto \text{ máx inv} / \Delta Hto \text{ inv} - \Delta Hto \text{ nor}$$

donde *UF máx* es la ultrafiltración máxima, *UF mín* es la ultrafiltración mínima, *Hto máx inv* es el Hto máximo obtenido con las líneas de HD en posición invertida,  $\Delta Hto \text{ inv}$  es el cambio en el Hto arterial con las líneas invertidas, y  $\Delta Hto \text{ nor}$  es el cambio en el Hto arterial con las líneas de HD en situación normal.

Todas las determinaciones mediante ambos métodos fueron realizadas por el mismo investigador.

### Estudio estadístico

El análisis estadístico de los datos se efectuó con el programa SPSS versión 12.0 para Windows. Los valores se expresaron como porcentajes o media ± desviación estándar. El estudio comparativo de  $Q_A$  medio del AV entre ciertos subgrupos de enfermos comparados de dos en dos, se ha efectuado mediante un T-test para dos muestras independientes y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para el análisis de correlación entre el  $Q_A$  medio del AV y las distintas variables cuantitativas estudiadas se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Se ha efectuado el análisis de concordancia diagnóstica mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclass entre los valores de flujo sanguíneo del AV obtenido por los métodos Delta-H y TDT (factor fijo) sobre la misma muestra de individuos (factor aleatorio). Se ha considerado estadísticamente significativo una  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

El  $Q_A$  medio obtenido mediante TDT fue de  $1.170,5 \pm 464,2$  ml/min (intervalo, 289,4-2.346,4 ml/min). La mayoría de AV (44,7%) presentaban un  $Q_A$  medio comprendido entre 1.000 y 1.500 ml/min (tabla II). La distancia entre las agujas y PAM medios fueron  $6,2 \pm 2,9$  cm y  $91,9 \pm 12,4$  mmHg, respectivamente.

En la tabla III se estudian 10 variables distintas en función del  $Q_A$  medio obtenido. El  $Q_A$  fue similar tanto para los pacientes con PAM inferior o superior a 100 mmHg ( $p = \text{NS}$ ). Los pacientes afectados de nefropatía diabética, presentaron un  $Q_A$  significativamente inferior ( $836,1 \pm 395,8$  ml/min) en relación al resto de enfermos ( $1.245,9 \pm 449,9$  ml/min) ( $p = 0,033$ ). No se apreciaron diferencias en el  $Q_A$  medio al comparar los pacientes con alguna comorbilidad distinta a la diabetes y sin ninguna comorbilidad ( $p = \text{NS}$ ). Hemos objetivado una tendencia a mayor  $Q_A$  en la FAVI humeral en relación a la FAVI radial ( $1.323,6 \pm 465,3$  versus  $1.017,4 \pm 447,3$  ml/min) ( $p = 0,052$ ). Los enfermos con antecedente de AV previo, presentaron un  $Q_A$  medio significativamente superior ( $1.410,6 \pm 377,7$  ml/min) en relación a los restantes pacientes ( $1.030,4 \pm 458,7$  ml/min) ( $p = 0,013$ ).

No hemos constatado ninguna correlación entre el  $Q_A$  medio y las siguientes variables: edad ( $r = -0,25$ ,  $p = 0,13$ ), distancia entre las agujas ( $r = -0,08$ ,  $p = 0,61$ ), PAM ( $r = -0,021$ ,  $p = 0,90$ ), índice Kt/V ( $r = 0,078$ ,  $p = 0,64$ ), tiempo en HD ( $r = 0,29$ ,  $p = 0,07$ ) y duración del AV ( $r = -0,023$ ,  $p = 0,89$ ).

El  $Q_A$  medio obtenido mediante TDT fue similar al flujo sanguíneo medio determinado con el método Delta-H ( $1.151,3 \pm 479,0$  ml/min) en 36 enfermos ( $p = 0,89$ ). Los valores del flujo sanguíneo del AV obtenidos mediante TDT se correlacionaron significativamente con los determinados con

**Tabla II. Distribución de los AV según los diferentes segmentos de  $Q_A$  considerados**

| $Q_A$ Medio (ml/min) | Porcentaje de AV (%) |
|----------------------|----------------------|
| < 700                | 15,8 (n = 6)         |
| 700-1.000            | 21,1 (n = 8)         |
| 1.001-1.500          | 44,7 (n = 17)        |
| > 1.500              | 18,4 (n = 7)         |

**Tabla III. Q<sub>A</sub> medio obtenido según las diversas variables consideradas**

| Variable                      | N  | Q <sub>A</sub> medio por TDT (ml/min) | p     |
|-------------------------------|----|---------------------------------------|-------|
| Edad < 65 años                | 19 | 1.268,8 ± 484,7                       | 0,19  |
| Edad ≥ 65 años                | 19 | 1.072,2 ± 433,2                       |       |
| Género masculino              | 27 | 1.099,5 ± 414,7                       | 0,14  |
| Género femenino               | 11 | 1.344,8 ± 550,6                       |       |
| Nefropatía diabética          | 7  | 836,1 ± 395,8                         | 0,033 |
| Restantes causas de IRC       | 31 | 1.245,9 ± 449,9                       |       |
| Como mínimo 1 comorbilidad    | 13 | 1.116,9 ± 483,0                       | 0,62  |
| Sin comorbilidad              | 25 | 1.198,3 ± 461,7                       |       |
| FAVI radial                   | 18 | 1.017,4 ± 447,3                       | 0,052 |
| FAVI humeral                  | 18 | 1.323,6 ± 465,3                       |       |
| Duración AV < 24 meses        | 20 | 1.093,7 ± 522,8                       | 0,29  |
| Duración AV ≥ 24 meses        | 18 | 1.255,8 ± 385,9                       |       |
| No AV previo                  | 24 | 1.030,4 ± 458,7                       | 0,013 |
| Sí AV previo                  | 14 | 1.410,6 ± 377,7                       |       |
| Distancia entre agujas < 6 cm | 19 | 1.226,9 ± 470,3                       | 0,46  |
| Distancia entre agujas ≥ 6 cm | 19 | 1.114,0 ± 463,8                       |       |
| PAM < 100 mmHg                | 26 | 1.180,6 ± 402,8                       | 0,85  |
| PAM ≥ 100 mmHg                | 12 | 1.148,5 ± 596,1                       |       |
| Índice KtV < 1,30             | 13 | 1.094,5 ± 562,3                       | 0,47  |
| Índice KtV ≥ 1,30             | 25 | 1.210,0 ± 411,5                       |       |

el método Delta-H (coeficiente de correlación intraclass = 0,95, p < 0,001). La gráfica de Bland-Altman de la figura 1 demuestra la concordancia entre ambas técnicas.

**DISCUSIÓN**

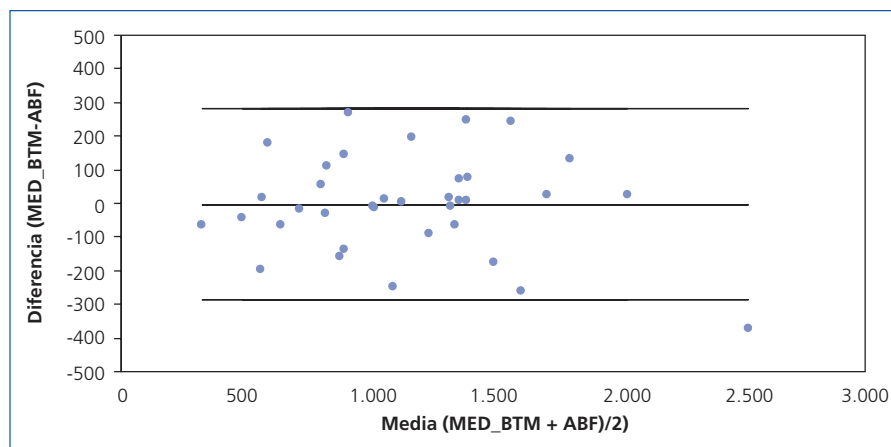
El Q<sub>A</sub> obtenido mediante la TDT es muy similar al comunicado en otras series por diferentes autores y distintos métodos no invasivos para calcular Q<sub>A</sub>. En la tabla IV se reflejan algunas de ellas, que se han seleccionado atendiendo a la mayor prevalencia de FAVI, que es el tipo de AV más prevalente en nuestro medio<sup>16</sup>.

En el presente estudio, hemos objetivado una diferencia significativa de la función del AV al comparar los pacientes afectos de nefropatía diabética y los restantes enfermos. Los pacientes diabéticos presentaron un Q<sub>A</sub> inferior (< 1.000 ml/min) respecto al resto de enfermos, aunque suficiente para asegurar la diálisis adecuada. Esta diferencia funcional puede explicarse por la mayor prevalencia de calcificaciones vasculares del paciente diabético<sup>17,18</sup>. En este sentido, en el estudio multivariante de Tonelli y cols, referido a 4.084 determinaciones de Q<sub>A</sub> mediante el método de dilución ultrasónica efectuadas en 294 enfermos con FAVI, la diabetes mellitus, junto con el sobrepeso y la presión arterial sistólica, fue una variable

**Tabla IV. Q<sub>A</sub> medio obtenido en otras series por diferentes autores y distintos métodos no invasivos de monitorización**

| Autor                          | Número AV | % FAVI | Método                      | Q <sub>A</sub> (ml/min) |
|--------------------------------|-----------|--------|-----------------------------|-------------------------|
| Lindsay y cols. <sup>11</sup>  | 41        | 61     | Diferencia de conductividad | 1.140 ± 680             |
| Begin y cols. <sup>12</sup>    | 45        | 100    | Dilución por ultrasonidos   | 1.132 ± 681             |
| Roca-Tey y cols. <sup>13</sup> | 32        | 100    | TQA                         | 1.038 ± 513             |
| Yarar y cols. <sup>10</sup>    | 65        | 60     | Delta-H                     | 1.050 ± 460             |
| Roca-Tey y cols. <sup>7</sup>  | 145       | 84     | Delta-H                     | 1.167 ± 473             |
| Wijnen y cols. <sup>14</sup>   | 40        | 65     | TDT                         | 1.034 ± 527             |
| Giorgi y cols. <sup>15</sup>   | 29        | 86     | TDT                         | 942 ± 361               |
| Roca-Tey y cols.*              | 38        | 95     | TDT                         | 1.170 ± 464             |

\*Estudio actual.



**Figura 1.** Gráfica de Bland-Altman que demuestra la concordancia de los métodos de *screening* Delta-H y TDT para determinar  $Q_A$ .

asociada de forma independiente con el  $Q_A$ , de forma que la función de la FAVI siempre era significativamente menor en los pacientes diabéticos ( $788 \pm 580$  versus  $1.054 \pm 681$  ml/min)<sup>19</sup>. Esta alteración funcional puede traducirse en una menor supervivencia del AV en el enfermo diabético<sup>16,20,21</sup>. En nuestro país, según datos del Registre de Malalts Renals de Catalunya, además de la edad del paciente y el tiempo en diálisis, la diabetes mellitus es uno de los factores que influye negativamente en la duración del AV<sup>16</sup>.

En la mayoría de los casos, la maduración de una FAVI secundaria de localización más proximal se ve favorecido por los cambios venosos resultantes de un AV ipsilateral previamente funcional<sup>22,23</sup>. En el presente estudio, la función del AV fue mejor en los enfermos con antecedente de AV previo. La existencia de una arterialización venosa previa en la mayoría de estos pacientes (78,6%) puede explicar esta diferencia funcional. Es decir, el antecedente de un AV funcional de localización más distal en la misma extremidad puede condicionar la función de una nueva FAVI secundaria de localización proximal. En este sentido, en la serie de Begin y cols., referida a 45 enfermos portadores de FAVI, el  $Q_A$  obtenido en los pacientes con FAVI humerocefálica fue superior en caso de antecedente de FAVI radiocefálica previamente funcional en el mismo brazo en relación a enfermos sin este antecedente ( $1.800 \pm 919$  versus  $1.167 \pm 528$  ml/min)<sup>12</sup>.

En nuestro estudio, se ha puesto de manifiesto la concordancia funcional entre los métodos TDT y Delta-H. No hemos hallado diferencias significativas al comparar los valores de flujo sanguíneo del AV obtenidos por ambos métodos. Otros autores han presentado resultados similares tras comparar los valores de flujo sanguíneo del AV obtenidos mediante la TDT y el método de dilución ultrasónica<sup>6,14</sup>. En efecto, en la serie inicial de Schneditz y cols., referida a 18 AV (sólo 33,3% de FAVI), el  $Q_A$  obtenido mediante la TDT fue de  $1.328 \pm 627$  ml/min y muy similar al obtenido mediante dilución ultrasónica de  $1.390 \pm 657$  ml/min<sup>6</sup>. En la serie más reciente de Wijnen y cols., referida a 40 AV (65% de FAVI), no se objetivó diferencia en el  $Q_A$  obtenido por los métodos dilución ultrasónica y TDT ( $1.053 \pm 495$  y  $1.034 \pm 527$  ml/min, respectivamente)<sup>14</sup>.

Efectuar la comparación funcional entre los métodos Delta-H y TDT podría considerarse una limitación de este estudio ya que la mayoría de estudios funcionales comparativos efectuados utilizan al método de dilución ultrasónica como el de referencia. Sin embargo, la eficacia del método Delta-H en el seguimiento del AV ya ha sido debidamente contrastada<sup>3,7</sup>. Además, según las recientes Guías Europeas sobre el acceso vascular, no existe una clara preferencia por ninguna de las técnicas descritas para la determinación de  $Q_A$ <sup>24</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access. *Am J Kidney Dis* 2006; 48 (Supl. 1): S1-S322.
2. Barril G, Andriano T, Selgas R. Utilidad del monitor Transonic HD01 en el seguimiento del acceso vascular de PTFE en un paciente en hemodiálisis. *Nefrología* 2001; XXI: 416-417.
3. Roca-Tey R, Samon R, Ibrik O y cols. Monitorización del acceso vascular mediante la determinación del flujo sanguíneo durante la hemodiálisis por el método de ultrafiltración. Estudio prospectivo de 65 pacientes. *Nefrología* 2004; XXIV: 246-52.
4. Merino JL, Teruel JL, Galeano G, Fernández Lucas M, Ocaña J, Rivera M y cols. Medición del flujo del acceso vascular con dialiancia iónica. *Nefrología* 2006; 26: 481-485.
5. Schneditz D, Kaufman AM, Levin N. Surveillance of access function by the Blood Temperature Monitor. *Seminars in Dialysis* 2003; 16: 483-487.
6. Schneditz D, Wang E, Levin NW. Validation of hemodialysis recirculation and access blood flow measured by thermodilution. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 376-383.
7. Roca-Tey R, Ibrik O, Samon R, Martínez-Cercós R, Viladoms J. Cinco años de monitorización del acceso vascular (AV) mediante la determinación del flujo sanguíneo ( $Q_A$ ) durante la hemodiálisis (HD) por el método Delta-H. *Nefrología* 2007; 27 (Supl. 4): 63 (Abstract).
8. Roca-Tey R, Samon R, Ibrik O, Martínez-Cercós R, Viladoms J. Functional vascular access evaluation after elective intervention for stenosis. *The Journal of Vascular Access* 2006; 7: 29-34.
9. Wang E, Schneditz D, Ronco C, Levin NW. Surveillance of fistula function by frequent recirculation measurements during high efficiency dialysis. *ASAIO Journal* 2002; 48: 394-297.
10. Yazar D, Cheung AK, Sakiewicz P y cols. Ultrafiltration method for measuring vascular access flow rates during hemodialysis. *Kidney Int* 1999; 56: 1129-1135.



11. Lindsay RM, Blake PG, Malek P, Posen G, Martin B, Bradfield E. Hemodialysis access blood flow rates can be measured by a differential conductivity technique and are predictive of access clotting. *Am J Kidney Dis* 1997; 30: 475-482.
12. Begin V, Ethier J, Dumont M, Leblanc M. Prospective evaluation of the intra-access flow of recently created native arteriovenous fistulae. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 1277-1282.
13. Roca-Tey R, Ibrik O, Samon S, Viladoms J. Estudio del flujo sanguíneo (Q) del acceso vascular (AV) antes de la hemodiálisis (HD) mediante el método óptico transcutáneo (TQA) en 32 pacientes con fístula arteriovenosa (FAVI). *Nefrología* 2002; XXII (Supl. 6): 46 (Abstract).
14. Wijnen E, Essers, Van Meijel G y cols. Comparison between two on-line reversed line position hemodialysis vascular access flow measurement techniques: saline dilution and thermodilution. *ASAIO Journal* 2006; 52: 410-415.
15. Giorgi M, Herrero JA, Ramos F y cols. Medición del flujo del acceso vascular mediante monitor de temperatura sanguínea y dialisancia iónica. *Nefrología* 2007; 27 (Supl. 4): 65 (Abstract).
16. Rodríguez JA, López J, Clèries M, Vela E & Renal Registry Committee. Vascular access for haemodialysis-an epidemiological study of the Catalan Renal Registry. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 1651-1657.
17. Quintans A, Hernández P, Mora A, Naranjo J, Díez JC. Fístulas radiocefálicas proximales en pacientes diabéticos. *Cirugía Española* 1992; 52: 278-20.
18. Sedlacek M, Teodorescu V, Falk A, Vassalotti JA, Uribarri J. Hemodialysis access placement with preoperative noninvasive vascular mapping: comparison between patients with and without diabetes. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 560-564.
19. Tonelli M, Hirsch DJ, Chan CT y cols. Factors associated with access blood flow in native vessel arteriovenous fistulae. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 2559-256.
20. Kalman PG, Pope M, Bhola C, Richardson R, Sniderman KW. A practical approach to vascular access for hemodialysis and predictors of success. *J Vasc Surg* 1999; 30: 727-733.
21. Garrancho JM, Kirchgessner J, Arranz M y cols. Haemoglobin level and vascular access survival in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 2453-2457.
22. Beathard GA. Interventionalist's role in identifying candidates for secondary fistulas. *Seminars in Dialysis* 2004; 17: 233-236.
23. Asif A, Unger SW, Briones P y cols. Creation of secondary arteriovenous fistulas: maximizing fistulas in prevalent hemodialysis patients. *Seminars in Dialysis* 2005; 18: 420-424.
24. Tordoir J, Canaud B, Haage P y cols. EBPG on Vascular Access. *Nephrol Dial Transplant*, 2007; 22 (Supl. 2): ii88-ii117.