

Primer acceso vascular para hemodiálisis en el anciano

F. J. Gómez Campderá, J. R. Polo *, J. Sanabia * y A. Tejedor

Servicios de Nefrología y * Cirugía General III. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Sr. Director:

Los cambios demográficos que se están produciendo en las sociedades occidentales las están conduciendo hacia sociedades ancianas. Para el año 2025, aproximadamente el 25 % de la población de estos países tendrá más de 65 años¹. Este envejecimiento lo estamos observando igualmente en las poblaciones en diálisis.

Según los datos del United States Renal Data System (USRDS) en 1990, un 43,5 % de la población que iniciaba tratamiento con diálisis en USA era mayor de 65 años, de los que el 16,3 % eran mayores de 75 años, y la proyección para el año 2000 estima que esta población supondrá el 60 % de la que inicie diálisis aunque represente sólo el 13 % de la población general².

La misma tendencia se observa en otros registros^{3,4} y así en el de la EDTA esta población representaba en 1992 el 38 % de los nuevos pacientes³. En nuestro centro, la incidencia de entrada de pacientes mayores de 65 años en diálisis se ha incrementado a lo largo de los años, pasando de un 23 % en 1987 a un 37 % en 1993.

Este incremento de la población anciana en diálisis lo es a expensas especialmente de pacientes cuya enfermedad renal primaria es la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad vascular renal, lo que se traduce en una importante comorbilidad vascular. Por este motivo, la consecución de un acceso vascular permanente en estos pacientes puede ser problemática, en especial si se desea conseguir flujos sanguíneos superiores a 300 ml/min para lograr HD de alta eficacia.

La elección del tipo de acceso vascular para hemodiálisis (HD) depende de la urgencia para iniciar el tratamiento, la expectativa de duración del mismo (corto o más largo plazo), la anatomía vascular y preferencia del paciente y, finalmente, la experiencia del equipo quirúrgico⁵. En la práctica, el tipo de acceso vascular está condicionado por la premura en iniciar la diálisis y el grado de planificación previa. Todavía en nuestra área sanitaria casi un 16 % de los pacientes que iniciaron HD en 1993 requirieron un acceso vascular agudo⁶.

Aunque el planteamiento en el anciano debe ser el mismo que para pacientes más jóvenes, los resultados publicados son muy variables y las complicaciones detectadas a veces importantes. Si bien todo el mundo está de acuerdo en que la realización de una FAV autóloga es preferible a una prótesis (mayor facilidad de realización, menor incidencia de complicaciones y coste económico, preservación de territorios vasculares proximales para futuros accesos, etc.), la realización de FAV autólogas en esta población, como «acceso vascular de primera elección», empieza a ser cuestionado cuando trabajos como los de Sommer⁷, con un 45 % de diabéticos, y Windus⁸ presentan cifras de un 94 y 83 % de prótesis como FAV de primera elección en la población anciana estudiada.

Hemos revisado nuestra experiencia en la creación del «primer acceso vascular» para HD en los pacientes mayores de 65 años que iniciaron programa de HD en nuestro centro desde enero de 1987 hasta diciembre de 1994.

En total, hemos analizado el acceso vascular de 125 pacientes (74 varones y 51 hembras), cinco transferidos desde DPCA y el resto incluidos directamente en HD. El 10 % eran mayores de 75 años; la etiología de la insuficiencia renal era: intersticial (24 %), vascular (21 %), nefropatía diabética (16 %), GN (8 %), enfermedad renal poliquística (6 %), vasculitis (5 %) y otras (6 %); no pudo filiarse en un 14 %.

Fue posible realizar una FAV autóloga en 93 pacientes (74,5 %), siendo necesaria una prótesis en los 32 restantes (25,5 %) (fig. 1). Tres FAV radiocefálicas no pudieron utilizarse por falta de desarrollo (3,5 %), siendo necesario recurrir a una prótesis. Todas las demás autólogas y la totalidad de las prótesis eran funcionantes a los tres meses del inicio del programa. Ningún paciente falleció durante este período inicial. Las prótesis fueron más frecuentes en el sexo femenino (37 % vs 17,5 %, $p < 0,05$) y en los pacientes diabéticos (47 % vs 21,5 %, $p < 0,05$).

Como conclusión podemos afirmar que la FAV autóloga es técnicamente posible en esta población y debe ser considerada siempre como acceso vascular de primera elección, especialmente si se dispone de

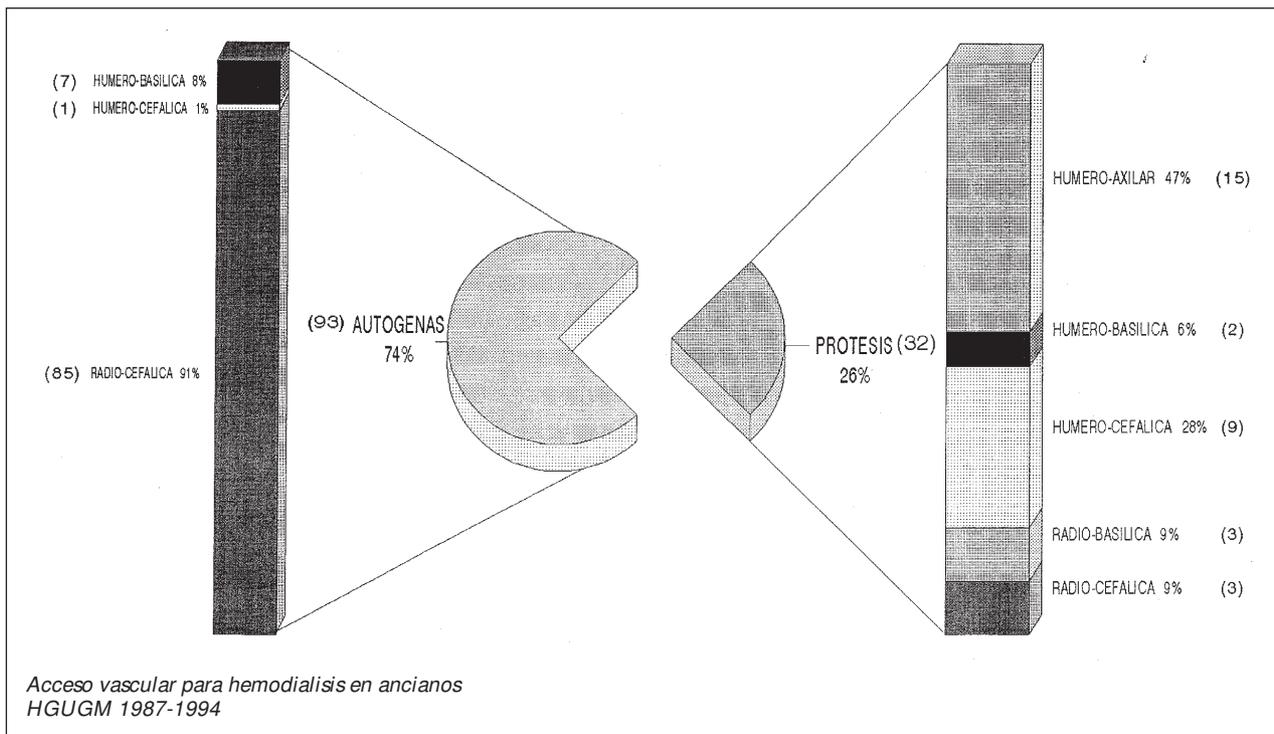


Fig. 1.

tiempo para permitir su maduración. Se requiere una valoración adecuada de los pacientes, especialmente mujeres y diabéticos, para disminuir la incidencia de fallos primarios.

Bibliografía

1. *World population projections, 1992-93 edition: Estimates and projections with related demographic statistics.* Bos E, Vu MT, Levin A and Bulatao RA (edits). Johns Hopkins University Press, 1992.
2. Incidence and causes of treated ESRD. Excerpts from United States Renal Data System. 1993 Annual data report. *Am J Kidney Dis* 22 (suppl 2):30-37, 1993.
3. *Annual report on management of renal failure in Europe, XXIV, 1993.* Presented by F Valderrábano at XXXI Congress of EDTA. Viena, 1994.
4. Gómez Campderá FJ, Tejedor A y Orte L: Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal terminal en el anciano en España. *Nefrología* 14:136-144, 1994.
5. Polo JR y Romero A: Accesos vasculares para hemodiálisis. En *Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal.* Llach F y Valderrábano F (edit). Edic. Norma. Madrid, 990, pp. 581-610.
6. Gómez Campderá FJ, Jofre R, Tejedor A, López Gómez JM y Polo JR: La primera diálisis en el paciente con insuficiencia renal crónica. ¿Control de calidad de nuestra atención primaria? *Nefrología* 14:244, 1994.
7. Sommer BG, Miles AM, Sumrani N, Friedman Eli A y Hong JH: Angioaccess for hemodialysis in patients 65 years and older. En *Nephrology and Urology in the aged patient.* Oreopoulos DG, Michelis MF and Herschorn S (edits.). Kluwer Academic Publishers. Dordrecht. The Netherlands, pp. 241-249, 1993.
8. Windus DW: Permanent vascular access: A nephrologist's view. *Am J Kidney Dis* 21:457-471, 1993.