



## Editorial

# Actualización sobre el acceso vascular para hemodiálisis: la nueva guía clínica española

## Update on vascular access for hemodialysis: The new spanish clinical guideline

Ramon Roca-Tey<sup>a,c,\*</sup> y Jose Ibeas López<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Hospital de Mollet, Fundació Sanitària Mollet, Mollet del Vallès, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Nefrología, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

<sup>c</sup> Coordinador de la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis

El acceso vascular (AV) utilizado para efectuar la hemodiálisis crónica (HD) es un aspecto clave para los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y condiciona por sí solo el éxito o el fracaso de un determinado programa de HD<sup>1</sup>. De los 3 tipos de AV existentes, es decir, fistula arteriovenosa nativa (FAVn), fistula arteriovenosa protésica (FAVp) y catéter venoso central (CVC), la FAVn se considera el mejor para la mayoría de pacientes<sup>2,3</sup>. A pesar de ello, el porcentaje de pacientes incidentes y prevalentes que se dializan a través de una FAVn en España dista de ser óptimo<sup>4,5</sup>. Por ejemplo, el porcentaje de pacientes incidentes con ERC que han iniciado HD en los últimos años en Cataluña difícilmente supera el 50%<sup>5</sup>. Es decir, un aspecto tan importante como es el AV no está resuelto y continúa siendo una asignatura pendiente en nuestro país<sup>1</sup>.

El perfil clínico actual del paciente con ERC en España es distinto al de hace 20 años por su mayor edad y comorbilidad, pero este dato solo justifica en parte la excesiva proporción del CVC en relación a la FAVn de muchas unidades de HD españolas. No cabe duda que los factores organizativos modificables dependientes de diferentes niveles de la estructura sanitaria tienen un peso específico considerable<sup>1,5</sup>. Ejemplo de ello es la demostración de que se puede aumentar la tasa

de FAVn mediante la introducción de la figura del coordinador del AV y la priorización de la lista de espera quirúrgica<sup>6</sup>. En este sentido, los cambios implementados en EE. UU. por la iniciativa «Fistula First» se han traducido en un aumento del porcentaje de pacientes prevalentes dializados mediante FAVn desde el 32% en 2003 hasta el 63% en 2014<sup>7</sup>.

Han pasado más de 10 años desde la publicación de la Guía de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) de Acceso Vascular<sup>8</sup>. Esta Guía ha sido hasta ahora todo un referente para toda una generación de profesionales vinculados al campo de la HD, se ha convertido en un documento de consulta frecuente en todas las unidades de diálisis y ha sido referenciada en múltiples foros y artículos científicos. Pero el tiempo transcurre de forma inexorable y se hacía imprescindible una modernización de la misma según la evidencia actual de diversos aspectos polémicos. Por ejemplo, era necesario revisar cuál es el mejor AV para iniciar la HD en el paciente anciano, revalorar los diferentes abordajes terapéuticos de la patología del AV, actualizar los métodos de monitorización y vigilancia del AV, redefinir el concepto de estenosis significativa o reconsiderar el papel de la ecografía Doppler<sup>9,10</sup>.

El formato resultante de la presente Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis<sup>11</sup> es similar al de la Guía de la SEN de Acceso Vascular ya que se ha mantenido la estructura de 6 capítulos. El tema de «Indicadores de calidad», que era un anexo en la Guía de la SEN con solo 5 indicadores se ha convertido en el Apartado 7 de esta nueva Guía con 29

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [r.roca@fsm.cat](mailto:r.roca@fsm.cat) (R. Roca-Tey).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2017.11.020>

0211-6995/© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

indicadores. Por lo que respecta a la metodología y contenido de la Guía, se ha mantenido un enfoque mixto en cada Apartado, es decir, por una parte se han elaborado una serie de recomendaciones sobre los aspectos más novedosos y/o polémicos del AV mediante la colaboración de expertos de las distintas sociedades científicas involucradas siguiendo las directrices del sistema GRADE y, por otra parte, no se ha renunciado a la vertiente docente que ya estaba presente en la anterior Guía de la SEN.

Los factores clave para elaborar esta Guía han sido los siguientes:

1. *El factor humano.* Se trata de los miembros del grupo de trabajo compuesto por 25 especialistas del AV. Aunque este grupo estaba únicamente centrado en la comunidad nefrológica en sus inicios, posteriormente se ha desarrollado en un formato multidisciplinar con profesionales de diversas especialidades encargados del manejo de diferentes aspectos del AV. Han participado especialistas en nefrología, cirugía vascular, radiología intervencionista, enfermedades infecciosas y enfermería nefrológica procedentes de las respectivas sociedades científicas españolas. De este modo, esta Guía se ha llevado a cabo mediante el trabajo en equipo de diversos profesionales comprometidos en el campo del AV. Este compromiso ha servido para involucrar a las correspondientes sociedades científicas dando lugar a la creación del Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV)<sup>12</sup>.
2. *Las sociedades científicas.* Ha existido un apoyo incondicional de las 5 sociedades científicas involucrados en la elaboración de esta Guía, es decir, Sociedad Española de Nefrología (SEN), Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y su Sección de Radiología Vascular e Intervencionista (SERAM-SERVEI), Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) con el Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria ahora denominado Grupo de Estudio de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria (SEIMC-GEIH/GEIRAS) y, finalmente, Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).
3. *El soporte metodológico.* El apoyo metodológico del Centro Cochrane Iberoamericano<sup>13,14</sup> ha sido imprescindible para la elaboración de preguntas clínicas estructuradas, la revisión sistemática de la literatura, la síntesis de la evidencia y la formulación de recomendaciones de acuerdo con las directrices del sistema GRADE<sup>15,16</sup>.

En resumen, nuestro objetivo es que esta Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis sea un instrumento de utilidad en la toma de decisiones durante la práctica clínica diaria para todos los profesionales involucrados en el manejo del AV, es decir, en uno de los aspectos fundamentales para desarrollar un programa de HD de calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Roca-Tey R. El acceso vascular para hemodiálisis: la asignatura pendiente. *Nefrología*. 2010;30:280-7.
2. Tordoir J, Canaud B, Haage P, Konner K, Basci A, Fouque D, et al. EBPG on Vascular Access. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;22 Suppl 2:ii88-117.
3. 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 Suppl 1:S1-322.
4. Gruss E, Portolés J, Caro P, Merino JL, López Sánchez P, Tato A, et al. Los modelos de atención al acceso vascular condicionan resultados heterogéneos en los centros de una misma comunidad. *Nefrología*. 2010;30:310-6.
5. Roca-Tey R, Arcos E, Comas J, Cao H, Tort J, Catalan Renal Registry Committee. Vascular access for incident hemodialysis patients in Catalonia: Analysis of data from the Catalan Renal Registry (2000-2011). *J Vasc Access*. 2015;16:472-9.
6. Polkinghorne KR, Seneviratne M, Kerr PG. Effect of a vascular access nurse coordinator to reduce central venous catheter in incident hemodialysis patients: A quality improvement report. *Am J Kidney Dis*. 2009;53:99-106.
7. United States Renal Data System. 2016 USRDS annual data report: Epidemiology of kidney disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2016.
8. Rodríguez JA, González E, Julián JM, Segarra A, Almirante B, Martínez MT, et al. Sociedad Española de Nefrología. Vascular access guidelines for hemodialysis. *Nefrología*. 2005;25 Suppl 1:3-97.
9. Ibeas J. Monitorización del acceso vascular: ¿Quo vadis? *NefroPlus*. 2011;4:11-20.
10. Ibeas J, Vallespin J. Ecografía del acceso vascular para hemodiálisis: conceptos teóricos y prácticos. *Criterios. Nefrología Sup Ext*. 2012;3:21-35.
11. Ibeas J, Roca-Tey R, Vallespin J, Moreno T, Moñux G, Martí-Monrós A, et al. por el Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular (GEMAV). Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis. *Nefrología*. 2017;37 Supl 1:1-177.
12. Actualización del GEMAV (15-02-2015). Grupo Español Multidisciplinar del Acceso Vascular. Grupos de trabajo de la SEN. Disponible en: <http://senefro.org/>
13. Centro Cochrane Iberoamericano. Disponible en: <http://www.cochrane.es>
14. Palmer SC, Craig JC, Jones A, Higgins G, Willis N, Strippoli GF. Celebrating 20 years of evidence from the Cochrane Collaboration what has been the impact of systematic reviews on nephrology? *Nephrol Dial Transplant*. 2015;30:871-7.
15. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al., GRADE Working Group. An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336:924-6.
16. Guyatt GH, Oxman AD, Schünemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: A new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:380-2.