

# Introducción

J.M. Gutiérrez-Julián

La enfermedad renal crónica (ERC) representa un problema de salud pública en todo el mundo. Recientemente, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) [1] ha publicado que un 13% de la población de nuestro país padece alguna afección renal evolutiva, que en un porcentaje significativo acabará precisando una modalidad de tratamiento sustitutivo renal (TSR). La hemodiálisis es la modalidad utilizada con mayor frecuencia, en el 89% de los casos, frente a un 10 % que comienza recibiendo diálisis peritoneal, y sólo un 1%, un trasplante renal preventivo [2].

En la actualidad, la incidencia de pacientes que comienzan TSR sigue creciendo anualmente en los países desarrollados. Entre 110 y 145 pacientes por millón de población (pmp) inician TSR permanente mediante hemodiálisis cada año (según los registros de la SEN, de Cataluña y del Principado de Asturias de los años 2002 y 2003) en España, sin que existan grandes desviaciones territoriales. La prevalencia de pacientes que reciben TSR por hemodiálisis se cifra en unos 25.000 individuos, con tasas que oscilan entre 820 y 950 pacientes pmp [2-5].

La aplicación de programas de atención y seguimiento de la ERC avanzada mejoran la evolución y la calidad de vida de los pacientes, y logran además una

reducción importante del coste final del proceso. En este análisis cobra una importancia determinante la disposición de un acceso vascular adecuado. Por otra parte, los problemas derivados de la disfunción o trombosis del acceso vascular ocasionan el mayor consumo de recursos en la población con ERC. El Grupo de Acceso Vascular de la SEN señala que un 20% de los ingresos hospitalarios que reciben los servicios de Nefrología de los hospitales terciarios en España se deben a esta problemática, con un coste aproximado de 1.000 euros por paciente y año de tratamiento [6], cifra nada despreciable si tenemos en cuenta los 25.000 pacientes referidos. Además, este elevado consumo de recursos guarda relación directa con el tipo de acceso vascular que se utiliza en la primera hemodiálisis.

¿De qué realidad partimos en España?:

- Como sucede en Europa occidental, la mayor parte de los pacientes en hemodiálisis se dializan utilizando un acceso vascular autólogo o fístula arteriovenosa (FAV) autóloga (80-85%), mientras que el 15-20 % restante lo hacen mediante un acceso protésico o catéter permanente [3-7], con mucho menor porcentaje de accesos vasculares protésicos que en Estados Unidos [8].
- En el Principado de Asturias, con una población ligeramente superior al millón de habitantes, en el año 2003 [5] recibieron hemodiálisis 339 pacientes, de los cuales 303 utilizaron como acceso vascular una FAV, 35 un catéter central, otros 3 una prótesis de PTFE, y finalmente, en un caso no se especificó la modalidad. Llama la atención tanto el

*Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.*

*Correspondencia: Dr. José M. Gutiérrez Julián. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Universitario Central de Asturias. Julián Clavería, s/n. E-33006 Oviedo (Asturias). E-mail: josemagj@telefonica.net*

© 2005, ANGIOLOGÍA

alto número de FAV como el hecho de que se utilizan diez veces más catéteres que prótesis.

- Sin embargo, desde la propia SEN se insiste en que alrededor del 40% de los pacientes comienzan la primera hemodiálisis mediante un catéter endovenoso [9], y esta situación no ha cambiado prácticamente en los diez últimos años [6].

Estas pinceladas epidemiológicas constatan que aún estamos lejos de la situación ideal y que debe realizarse un esfuerzo para ofrecer a cada paciente el acceso vascular ideal en cada momento de su evolución, incidiendo en:

- La detección o diagnóstico temprano de los pacientes con ERC, iniciándose entonces la educación y preservación de su red venosa.
- La evaluación preoperatoria adecuada (incluidas las oportunas pruebas de imagen) por cirujanos vasculares expertos.
- El ‘diseño’ de la adecuada estrategia e implantación del acceso vascular más oportuno, racionalizando el uso de catéteres.
- La vigilancia y monitorización a largo plazo del acceso vascular.
- La pronta resolución de las posibles complicaciones (disfunción, trombosis, infección...).
- El establecimiento de criterios de calidad y plazos para cada uno de los apartados anteriores.

Para lograr estos objetivos se ha publicado recientemente la ‘Guía de accesos vasculares en hemodiálisis’ [10] –inicialmente en la revista *Nefrología*, y más tarde, en *Angiología*–, en la que ha colaborado la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular conjuntamente con las Sociedades Españolas de Nefrología, Angiorradiología, Enfermedades Infecciosas y Enfermería Nefrológica. Teniendo en cuenta que la guía pretende actualizarse periódicamente, representa un foro abierto al cual se pueden realizar aportaciones y correcciones para mejorarla.

Y hay que considerar una afortunada coincidencia que el Comité Científico, en su momento, hubiera elegido como tema de la Mesa Redonda del Congreso Nacional ‘Accesos vasculares para hemodiálisis: estrategia, control y complicaciones’, que ha constituido la base de este suplemento monográfico de *Angiología*. En él se pretenden revisar exhaustivamente todos los aspectos relacionados con los accesos vasculares, para lo cual ha sido necesaria la colaboración de diversos grupos de la geografía nacional. Quiero agradecer a todos ellos su contribución a esta tarea, su esfuerzo, su excelente disposición y diálogo, y también su disciplina para completar la monografía. A través de esta revisión se realizan algunas propuestas que, sin duda, van a facilitar el camino del futuro.

## Bibliografía

1. López-Revuelta K, Saracho R, García-López F, Gentil MA, Castro P, Castilla J, et al. Informe de diálisis y trasplante del año 2001 de la Sociedad Española de Nefrología y registros autonómicos. *Nefrología* 2004; 24: 21-33.
2. Martín de Francisco AL, Otero A. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. *Nefrología* 2003; 28: 475-7.
3. Comité de Registro de la SEN. Informe provisional de diálisis y trasplante de la Sociedad Española de Nefrología y registros autonómicos correspondientes al año 2002. Palma de Mallorca: XXXIII Congreso de la SEN; 2003.
4. Registre de Malalts Renals de Catalunya. Informe estadístic 2001. URL: <http://www.ocatt.net>.
5. Las insuficiencias renales en tratamiento sustitutivo en Asturias. Informe de situación 2003. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2004.
6. Rodríguez JA, López-Pedret J, Píera L. El acceso vascular en España: análisis de su distribución, morbilidad y sistemas de monitorización. *Nefrología* 2001; 21: 45-51.
7. European best practice guidelines for hemodialysis. Section 1. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17 (Suppl 7): 7-15.
8. NKF-K/DOQI clinical practice guidelines. Updated 2000. *Am J Kidney Dis* 2001; 37: S137-81.
9. Pérez-Bañasco V, Borrego FJ. De la excelencia al caos [editorial]. *Nefrología* 1995; 15: 6.
10. Sociedad Española de Nefrología. Guías de acceso vascular en hemodiálisis (<http://www.senefro.org>). *Nefrología* 2005; 25 (Supl 1): 1-97.