

Resultados de la encuesta multicéntrica sobre accesos vasculares. SEDYT 1996-1997

Coordinadores: A. Foraster, E. Andrés.

Centros participantes: C.D. Albacete: H. General, Albacete; C. Vistahermosa, Alicante; H. General, Alicante; H. Marina Alta, Denia, Alicante; H. Covadonga, Oviedo, Asturias; H. Avilés, Avilés, Asturias; H. Infanta Cristina, Badajoz; H. Son Dureta, P. Mallorca, Baleares; P. Miramar, P. Mallorca, Baleares; Nefdial, Mallorca, Baleares; C. D. Bonanova, Barcelona; Cetirsa, Barcelona; C. Renal, Barcelona; C. D. Verge de Montserrat, Barcelona; F. Puigvert, Barcelona; H. Clínic, Barcelona; H. Sant Gervasi, Barcelona; H. Vall d'Hebrón, Barcelona; I. Mèdic Barcelona, Barcelona; H. del Mar, Barcelona; H. G. Trias i Pujol, Badalona, Barcelona; CSU Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona; CN Baix Llobregat, L'Hospitalet, Barcelona; I. Nefrològic de L'Hospitalet, Barcelona; H. Igualada, Barcelona; C. Hospitalari de Manresa, Barcelona; C. Nefrològic de Matarò, Barcelona; C. Mollet, Barcelona; C. H. Pare Taulí, Sabadell, Barcelona; H. Terrassa, Barcelona; H. Sant Antoni Abad, Vilanova, Barcelona; Dialbilbo, Bilbao; C. D. Burgalés, Burgos; H. General Yagüe, Burgos; H. San Pedro de Alcántara, Cáceres; H. G. Castellón, Castellón; Cedicas, Castellón; H. Virgen de la Luz, Cuenca; C. Girona, Girona; H. Dr. J. Trueta, Girona; H. Figueres, Girona; H. Palamós, Girona; C. I. Concepción, Granada; H. Clínic San Cecilio, Granada; H. Arnau de Vilanova, Lleida; H. Princesa, Madrid; C. Hemodiálisis, Murcia; H. Virgen de la Arrixaca, Murcia; Nefroclub Cartago, Cartagena, Murcia; H. Santa M^a del Rosell, Cartagena, Murcia; H. Dr. R. Méndez, Lorca, Murcia; H. San Juan de Dios, Pamplona, Navarra; P. Vigo, Pontevedra; H. San Millán, Logroño, Rioja; H. Ntra. Sra. de Aránzazu, San Sebastián; H. Juan XXIII, Tarragona; H. Santa Creu, Tortosa, Tarragona; H. Alcañiz, Teruel; H. General de Valencia, Valencia; Nefroclub, Valencia; H. Francisco de Borja, Gandía, Valencia; H. Clínic, Zaragoza.

Palabras clave: Hemodiálisis, Accesos vasculares, Nefrología, Cirugía Vasculat, Angioradiología.

Resumen

La SEDYT propuso la realización de esta encuesta, ante la preocupación de muchos nefrólogos por los problemas de los accesos vasculares.

Contestaron a ella 64 unidades distribuidas entre: Centros de diálisis 16, Hospitales Comarcales 19, Hospitales de Nivel II 13, Hospitales de Nivel III 16, Pacientes 4831.

Sólo un 62% de los pacientes tenían F.A.V. al iniciar la H.D., aunque coincidían la mayoría en el momento de la indicación para realizarla (Cl.Cr.) 14,3±4,2 ml/mn. De ellos, 12 Centros no alcanzaban el 25%. Sin embargo, luego el 84% tenían una F.A.V. para efectuar las H.D. y sólo 7% llevaban cateter.

Estos tenían una permanencia prolongada 68±71 días con clara tendencia a utilizar la vena yugular 59% frente a la subclavia 21%.

Las unidades, no disponen en general de soluciones rápidas para los problemas de fístulas, ni para la cateterización guiada por ECO, ni un adiestramiento específico para la colocación de vías centrales.

Algunos Hospitales de nivel II, no disponen de Cirugía Vasculat ó de Angioradiología.

Las complicaciones de los troncos venosos superiores fue variable en función de la política de catéteres de la unidad.

La valoración de los nefrólogos respecto a la colaboración de los angioradiólogos es mejor que la de los cirujanos vasculares (50 Sí, frente a 24).

Existe una clara deficiencia, para que la mayoría de pacientes puedan empezar su tratamiento sustitutivo con el

acceso permanente realizado con el tiempo suficiente, ya que según las encuestas un 40% de centros no consiguen alcanzar el 50% de F.A.V. adecuadas para el inicio de la terapéutica con H. D.

Este problema lleva a que muchos pacientes presenten complicaciones importantes, hipotecando en algunos casos futuros accesos.

Es preciso conseguir un elevado interés por este tema, para que las diferentes especialidades implicadas, busquen de forma multidisciplinaria las mejores soluciones.

Results of the multicentral survey on vascular access, SEDYT (Sociedad Española de Diálisis y Transplante) 1996-1997.

Abstract

SEDYT proposed the fulfilment of this investigation because of the nephrologists' concern about vascular access problems.

The survey was answered by 64 units distributed as follows: Dialysis Centres (16), Regional Hospitals (19), Level II Hospitals (13), Level III Hospitals (16), Patients (4.831).

Only 62% of the patients had FAV when the H.D. started; however, the most coincided in the indication moment to carry it out (Cl.Cr.) 14,3 ± 4,2 ml/mn. Among them, 12 centres were below the 25%. Nevertheless, 84% had a FAV to carry out the HD and only 7% had catheter.

The latest had a lengthy permanence of 68 ± 71 days with a clear trend in using the jugular vein (59%) in front of the subclavia (21%).

Usually, the units do not have neither quick solutions available to the fistule problems, nor to the catheterisation led by ECO, and they do not provide them with a specific training to place the catheters into central veins.

Some Level II Hospitals have no Vascular Surgery nor Angioradiology services.

Upper venous trunks complications were variable depending on the catheters policy of each unit.

In general, nephrologists' appraisal about angioradiologists' collaboration is better than the opinion they have about vascular surgeons (50 Yes, against 24).

There is evidence of a clear shortcoming in the moment when most of the patients are ready to start their substitutive treatment with the permanent access put into effect; the survey shows that 40% of the units do not reach the 50% of patients with proper fistules at the beginning of the therapy with Hemodialysis.

This problem leads to important complications in most of the patients, bringing with it in some cases future accesses problems.

It is essential to achieve a great interest on this issue among the concerned specialities, in order to get the best solutions by working all together in an interdisciplinary way.

Introducción

El acceso vascular es un elemento primordial para la práctica de la hemodiálisis. En este sentido, frecuentemente se le califica como "el tendón de Aquiles" de la técnica; significando su atributo crítico.

En los últimos años existe, en diversos foros, un renovado interés en este tema; sin duda motivado por los problemas que plantea. Puede servir como ejemplo, la publicación de las guías DOQI por parte de la National Kidney Foundation (1) o la creación reciente de la multidisciplinaria Vascular Acces Society al mismo tiempo que la celebración del 3º Congreso Internacional sobre Accesos Vasculares (2).

Las complicaciones de los accesos vasculares comportan una morbilidad importante en la población de pacientes hemodializados. Algunas de ellas guardan relación con factores del propio paciente, como el creciente número de pacientes de riesgo, diabéticos y de edad geriátrica admitidos en los programas de diálisis. No es menos cierto que subyacen otros factores de carácter logístico. En este contexto, en el Congreso de la SEDYT de Tarragona en 1996 se decidió efectuar una encuesta multicéntrica sobre accesos vasculares para conocer la situación actual en nuestro medio.

Material y método

Se remitió una encuesta de centro a cada uno de las unidades de hemodiálisis participantes, distribuidas en hospitales de nivel III, II y comarcales, así como unidades extrahospitalarias. La encuesta comprendía 40 preguntas que abarcaban aspectos clínicos, logísticos y económicos, referidos a la práctica habitual en el manejo de accesos vasculares.

Durante los años 1996 y 1997 se obtuvieron respuestas de 64 centros, relacionados en el encabezamiento de este artículo.

En los Congresos de la SEDYT de los años 1997 y 1998 se presentaron parte de los datos de la encuesta (3 - 4).

Encuesta multicéntrica sobre accesos vasculares 1996-1997

Resultados

Se han recogido las encuestas contestadas por un total de 64 Unidades de Diálisis ubicadas entre Hospitales de diferente nivel y centros de diálisis ambulatorios cuya distribución queda descrita en el (Gráfico 1)

La suma de pacientes recogidos fue de 4.831 que representa aproximadamente el 45% de la población en Hemodiálisis de España, según datos de 1997.

GRÁFICO 1

	Unidades de Diálisis
Centros de Diálisis	16
Hospitales Comarcales	19
Hospitales Nivel II	13
Hospitales Nivel III	16
Total Centros	64

Las primeras preguntas de la encuesta solicitaban el porcentaje de pacientes que iniciaban tratamiento sustitutivo con el acceso vascular realizado (F.A.V.) y aunque a tenor de las respuestas el 86% procedían de patologías con Insuficiencia Renal Crónica (I.R.C.) de progresión lenta hacia la fase terminal, sólo el $62 \pm 28\%$ tenían una fístula realizada para su inclusión en programa, ya que sólo un 14% procedían de una Insuficiencia Renal Aguda o de una agudización de su enfermedad crónica y por tanto imposible de prever su precipitación hacia los requerimientos dialíticos. (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

	% Pacientes
I.R.A.	2%
I.R.C.	86%
I.R.C. agudizada	12%

Indicación de F.A.V.: F.G. = $14,3 \pm 4,2$ ml/min

Sin embargo, había plena coincidencia en qué momento se deben orientar a los pacientes con I.R.C. para que les sea practicada una F.A.V. con perspectivas a su futura inclusión en H.D. y es al alcanzar un filtrado glomerular de $14,3 \pm 4,2$ ml/min.

En las respuestas a estas preguntas se observaba una distribución con acusadas diferencias que oscilaban desde algunos centros de diálisis y hospitales que no llegaban al 25% de pacientes que disponían de una F.A.V. al iniciar su tratamiento sustitutivo, hasta otros que se hallaban en el extremo opuesto. (Gráfico 3)

GRÁFICO 3

62±28% de los pacientes, indican H.D. con F.A.V.

% Pacientes	Centros
0-25%	12
26-50%	13
51-75%	14
76-100%	25

Cabe remarcar que en 25 unidades no se llega al 50% de pacientes con una vena útil para ser puncionada al inicio de H.D. lo cual equivale al 40% de las encuestas recibidas.

Si estos datos los distribuimos entre centros de diálisis y hospitales de diferente nivel, nos permite ver según el (Gráfico 4) que existe una respuesta homogénea entre hospitales comarcales, hospitales de nivel-III y centros de diálisis, siendo los hospitales de nivel-II los que ofrecen una menor expectativa de acceso vascular, 55% frente al 63% de los anteriores.

GRÁFICO 4

62±28% de los pacientes, indican H.D. con F.A.V.

	% Pacientes
Centros de Diálisis	62±33%
Hospitales Comarcales	63±24%
Hospitales Nivel II	55±29%
Hospitales Nivel III	64±28%

Si luego recogemos las respuestas de cómo realizan habitualmente las sesiones de tratamiento los enfermos una vez incluidos y estabilizados y resuelta su fase de inclusión, los porcentajes respecto a su entrada son claramente diferentes ya que el 84% disponen de una F.A.V. como acceso permanente, el 9% son portadores de un injerto, habitualmente de Goretex, y sólo un 7% tienen su acceso a través de un catéter. (Gráfico 5)

GRÁFICO 5

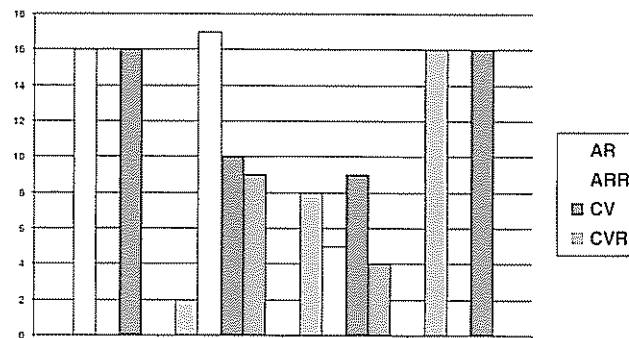
	% Pacientes
F.A.V.	84%
Catéter	7%
Prótesis	9%

En las preguntas que iban dirigidas a conocer si todas las unidades tenían a su alcance servicios de Cirugía Vascular y Angioradiología, vimos que los centros de diálisis las tienen a su alcance a través de su hospital de referencia. Así mismo, los hospitales comarcales disponen de estos servicios o bien tienen acceso a ellos a través de los hospitales de nivel-3 aunque tienen más dificultades para la cirugía vascular. No es así en los hospitales de nivel-II de los cuales 1/3 no disponen en

el propio hospital ni de cirugía vascular, ni de angioradiología con la consiguiente obligación de tener que evacuar a los enfermos a otro centro de referencia debiendo realizar un importante kilometraje en transporte sanitario. (Gráfico 6)

GRÁFICO 6

Disponibilidad c. vascular y angioradiología

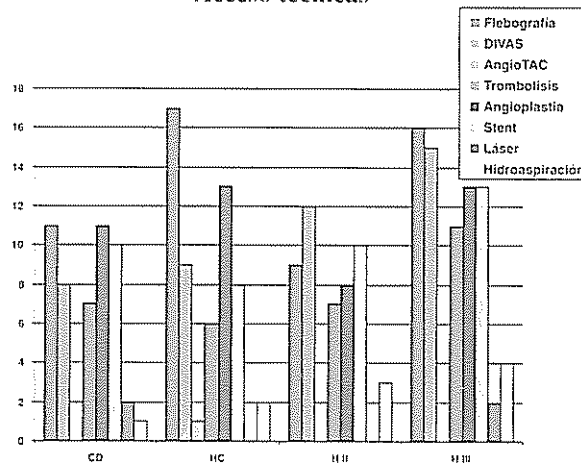


CD: Centro Diálisis 16 HC: Hospital Comarcal 19
HII: Hospital Nivel II 13 HIII: Hospital Nivel III 16

Este nivel de respuestas las hallamos prácticamente superponibles al evaluar las preguntas que versaban sobre el acceso a las técnicas que permiten diagnosticar y tratar los problemas inherentes a las F.A.V. Los centros de diálisis y los hospitales comarcales a través de sus hospitales de referencia tiene acceso a más opciones terapéuticas que los hospitales de nivel-II, con buena disponibilidad de Flebografía y Angioplastia aunque tienen dificultad para acceder a otras tecnologías más nuevas. (Gráfico 7)

GRÁFICO 7

Acceso técnicas



CD: Centro Diálisis 16 HC: Hospital Comarcal 19
HII: Hospital Nivel II 13 HIII: Hospital Nivel III 16

Uso de Catéteres: Si bien la elección de todos los nefrólogos es de poder disponer como acceso permanente una F.A.V. en los casos en que de forma temporal se utilizan catéteres la vía elegida es la vena Yugular 59%, la vena Subclavia 21%, la vena Femoral 18% y sólo un 2% utilizan diálisis Peritoneal ante la falta de un acceso arterio-venoso. (Gráfico 8).

GRÁFICO 8

	% Catéteres
V. Yugular	59%
V. Subclavia	21%
V. Femoral	18%
Peritoneal	2%

La preferencia en qué vía de caterización es la más utilizada o cuál de ellas no se utiliza nunca, queda referida en el Gráfico 9.

GRÁFICO 9

	Nº Centros
V. Yugular de elección	41 (nunca 3)
V. Subclavia de elección	11 (nunca 21)
V. Femoral de elección	4 (nunca 15)
Sólo V. Femoral	1
Sólo Peritoneal	1

Preguntados en aquellos casos determinados que existe la necesidad de utilizar un catéter permanente, fue contestado de forma casi unánime que su indicación preferente era para la falta de otro acceso respondiendo así 59 de las 64 encuestas. Luego, en menor número, para enfermos deteriorados n.23, en los que era poco útil el esfuerzo de buscar otra vía de acceso. En 7 la indicación era por cardiopatía y una miscelánea para el resto. (Gráfico.10)

GRÁFICO 10

Indicación de catéter permanente

	Nº Centros
Falta de otro acceso	59
Pacientes deteriorados	23
Cardiopatía	7
Otros motivos	6

Las preguntas siguientes pedían quién efectuaba la caterización. En la mayoría de casos el operador era frecuentemente distinto n. 5-3, frente a los que era siempre el mismo n.10, algunos no respondieron. Si esta actuación se guiaba por Ecografía sólo en 5 unidades lo hacían así, mientras que en 56 su respuesta fue negativa salvo algún caso aislado que se utilizaba la eco en pacientes concretos.

La titulación del facultativo que efectuaba la caterización era diversa aunque con mayoría del nefrólogo n.50, frente a n. 31, del residente de Nefrología y luego Anestesia, Angioradiología y Cirugía Vasculare en proporción mucho menor. (n. 5-3 y 2) respectivamente.

Una pregunta más sobre este tema de la caterización, interrogaba sobre si estos actos realizados por alguno de los especialistas habían recibido para ello una formación específica sobre la técnica, y si bien en 35 casos era así, en otros 22 casos la formación era totalmente autodidáctica (Gráfico 11)

GRÁFICO 11

	Nº Especialistas
Caterización: Nefrólogo	50
Residente nefrología	31
Anestesiista	5
Angioradiólogo	3
C. Vasculare	2
Caterización mismo operador:	Sí: 10 No: 53
Caterización con Eco:	Sí: 5 No: 56
Formación:	Autodidáctica: 22 Específica: 35

Relación con las especialidades de Cirugía Vasculare y Angioradiología

Las preguntas del cuestionario intentaban conocer la relación existente con ambas especialidades planteándose : si el cirujano vasculare entendía la problemática que implica el poder disponer de un buen acceso para hemodiálisis. En opinión de los nefrólogos sólo 24 contestaron afirmativamente mientras que 28 dijeron que la comprensión era parcial y 12 taxativamente que no lo era.

Si el especialista en Cirugía Vasculare efectuaba una valoración previa 29 dijeron SI, 13 NO, y 22 sólo a veces.

Ello llevaba a la siguiente pregunta para poder conocer si existían problemas para conseguir programar la intervención de una fístula, a lo que 35 contestaron que sí tenían problemas y 27 dijeron que no. Osea, casi el 60% de centros tienen importantes dificultades para conseguir hacer una fístula. La causa de ello parece ser la lista de espera excesiva o bien la prioridad de otras intervenciones.

Sin embargo las mismas cuestiones ofrecen respuestas radicalmente diferentes al referirnos a los angioradiólogos ya que 50 unidades responden afirmativamente respecto a que estos especialistas están familiarizados con el problema y sólo 9 contestan negativamente.(Gráfico 12)

GRÁFICO 12

El cirujano vasculare entiende la problemática:	SÍ	24
	NO	12
	PARCIALMENTE	28
Efectúa una valoración previa:	SÍ	29
	NO	13
	A VECES	22
Problemas en conseguir programar una F.A.V.:	SÍ	35
	NO	27
	NO CONTESTAN	2
Causas de los problemas:	Lista de espera excesiva	20
	Prioridad otra actividad	8
	Otras causas	3
El angioradiólogo entiende la problemática:	SÍ	50
	NO	9
	NO CONTESTAN	5

Complicaciones con las FAV

Cuando se presentan dificultades con las fístulas: trombosis, estenosis o stop se interrogaba si las unidades podían disponer de una solución rápida.

En las respuestas algunos sí disponían de una resolución efectiva, pero otros les era imposible saber cuánto tiempo podían tardar en hallar soluciones. De tal manera que 25 centros sí tenían buena respuesta a su problema, mientras que otros 35, no la tenían. (60%).

Para muchos pacientes bien al inicio de su tratamiento sustitutivo como más adelante si surgen problemas con la fístula se hace necesaria la utilización temporal de catéteres con un tiempo medio de permanencia de 68 días, pero con una desviación considerable de ± 71 días, lo que hace que un catéter temporal deba prolongarse durante varios meses.

Si estos presentan problemas de obstrucción 37 unidades tienen mecanismos en sus hospitales de referencia para desobstruirlos, pero otros 27 no tienen ninguno. (Gráfico 13).

GRÁFICO 13

Solución rápida a complicaciones FAV:	Sí: 25	No: 35
<i>Tiempo desde 24 horas a indefinido</i>		
Solución a desobstrucción catéteres:	Sí: 37	No: 27
Permanencia de catéteres temporales:	68 \pm 71 días	
Nº de catéteres por paciente:	2	

Las preguntas en las que se cuestionaban las complicaciones de las fístulas indicaron que por lo general las infecciones las resuelven habitualmente los nefrólogos. Siendo las trombosis y las estenosis actuaciones que corren a cargo de cirugía vascular o angioradiología en función de la disponibilidad de cada hospital o centro de referencia, siendo más exclusivas de angioradiología las complicaciones de los troncos venosos superiores.

En opinión de los encuestados el 25% de los pacientes que han sido portadores de catéteres en los troncos venosos superiores presentan problemas que en su mayoría pueden ser resueltos por dilatación transluminal en 28.5% o bien mediante la colocación de una prótesis autoexpandible de Stent en un 36.5%. Pero de estos valorados en conjunto, para un 23% de pacientes ya no es viable la realización de una fístula en la extremidad afectada. Como se ve, el porcentaje de soluciones para los troncos venosos superiores cuando se presentan problemas en ellos, es mucho menor, ya que para las complicaciones de las F.A.V. se consiguen resolver el 55% de los casos, bien sean infecciones, trombosis o estenosis. A pesar de ello sólo 8 centros indican el fallecimiento de algún paciente a causa de la falta de acceso vascular.

Finalmente el último grupo de preguntas pretendía conocer las hospitalizaciones provocadas por problemas de los accesos vasculares y la cuantificación económica no sólo de ellos, sino del conjunto de actuaciones hospitalarias alrededor de los mismos. Aunque debemos mencionar que diversas encuestas llegaron sin haber rellenado estas

casillas, porque en muchos casos desconocían los datos para responderlas adecuadamente.

De todos los ingresos en pacientes con tratamiento renal sustitutivo recogidos en un año, el 42% de los mismos eran debidos a complicaciones del acceso vascular con una estancia media de 10.36 días/año cuando la media por otros motivos era de 13.46 días/año. Si aplicamos el precio de tarifa por día de hospitalización, y por el total de pacientes que la necesitaron, resulta un montante económico de más de 181 millones de pesetas, entendiéndose que este precio es global y no cuantifica adecuadamente el detalle del gasto que comporta cada ingreso.

Sin embargo algunos servicios sí que habían recogido sus datos económicos aunque en parcelas concretas por ejemplo: si un enfermo empezaba la hemodiálisis sin fístula el gasto añadido que ocasionaba oscilaba entre las 30.000 y las 120.000 pesetas. Las complicaciones de las fístulas ofrecían una media de costo de 300.000 pesetas / paciente. Las complicaciones por culpa de los catéteres se valoraban entre las 150.000 y el millón de pesetas.

En dos unidades de tipo medio, sabían que la falta de una F.A.V. para empezar la diálisis les ocasionaba un gasto al año de cuatro millones de pesetas y en otra unidad, habían consumido en Urokinasa 2.100.000 pesetas/año por las complicaciones de los catéteres

Discusión

El motivo para la realización de la encuesta se planteó en el seno del Congreso Anual de la Sociedad (SEDYT - 1996) celebrado en Tarragona, ante la inquietud y la preocupación que manifestaron la gran mayoría de nefrólogos al abordar los problemas de los accesos vasculares para hemodiálisis.

Así pues con el fin de conocer las opiniones sobre todos los diferentes aspectos relacionados con este tema se confeccionó una batería extensa de preguntas que fue distribuida a todos los centros de diálisis y hospitales de España, obteniendo 64 respuestas que abarcaron a 4.831 pacientes.

Con las respuestas obtenidas nos ha permitido comprobar diferentes realidades que pasamos a comentar.

Todos los nefrólogos coinciden sobre el momento adecuado para indicar la realización de una fístula, pero sin embargo son bastante diferentes los resultados conseguidos puesto que si bien una vez estabilizados el 84% de los pacientes siguen su tratamiento a través de una F.A.V., la media de los que pueden iniciar con ella la hemodiálisis es sólo de 62 \pm 28%. Estos datos tendrían explicación si la procedencia de los enfermos para el tratamiento sustitutivo fuera mayoritariamente a causa de un proceso agudo, que precipitara los acontecimientos y por tanto hiciera imprevisible el cálculo de su llegada a la fase terminal renal, pero según hemos indicado en los resultados sólo un 14% de pacientes tienen esta justificación. Esto explica, que en sólo 25 unidades de las 64 analizadas se logre alcanzar un nivel entre el 76% y el 100% de insuficientes renales que poseen una F.A.V. viable para el inicio de la hemodiálisis.

Ello comporta infinidad de problemas y complicaciones, primero directas con infecciones, recambios de catéteres, nuevas cateterizaciones con una permanencia de los mismos muy larga 68 ± 7 días y repetidos traumatismos sobre los grandes vasos: subclavias, yugulares y femorales, que hipotecan más adelante la viabilidad de nuevos accesos en las extremidades y ante el agotamiento de las venas impiden incluso la colocación de prótesis heterólogas tipo P.T.F.E. u otras. En segundo lugar desencadena ingresos y hospitalizaciones aumentando de esta manera el gasto sanitario y favoreciendo el riesgo del paciente a contraer patologías intrahospitalarias ya que su nivel inmunitario se encuentra disminuido.

Hace años, cuando se inició el uso de catéteres para salvar los problemas urgentes de acceso a las hemodiálisis, nadie imaginaba las complicaciones posteriores que han ido apareciendo por el uso excesivo de los grandes vasos venosos y la permanencia durante meses que lesionan la capa íntima de las venas obteniendo una respuesta proliferativa exagerada.

Cabe pues preguntarse el motivo de estos contrasentidos, pues bien en su mayoría los nefrólogos hallan importantes obstáculos cuando deben enfocar a estos enfermos a los equipos de Cirugía Vasculare y opinan que una parte de ellos entienden sólo parcialmente el problema, no siempre realizan una valoración previa exhaustiva y las listas de espera hacen que la programación de la intervención quirúrgica se demore durante meses, teniendo que buscar los nefrólogos diversas salidas para solucionar el problema.

Sin embargo según los datos recogidos cuando el nefrólogo debe recurrir al angiadorólogo, la opinión es mejor y la colaboración parece más eficaz y así lo demuestran los resultados.

Otro aspecto ante el que existe un considerable nivel de deficiencia es la falta de soluciones rápidas ante los problemas de las fístulas, con lo que se obliga a la colocación de catéteres que podrían ahorrarse si a tiempo, un equipo especializado consiguiera salvar el acceso vascular en 24 horas.

Cabe decir que en nuestra opinión cuando hay la estricta necesidad de utilizar un catéter, el poco adiestramiento del operador y la diversidad de los mismos hace más probable la aparición de complicaciones, por el propio mecanismo de punción o fallo de la misma y por el escaso uso de una introducción guiada por ecografía. Nos remitimos en este comentario a los resultados de la encuesta mencionados en el apartado anterior.

Afortunadamente con el paso de los últimos años se va reduciendo el número de vías venosas colocadas a través de la vena subclavia, optándose preferentemente por la vena yugular que a largo plazo parece dar menos complicaciones.

Podemos decir también que la falta de algunas especialidades en hospitales de nivel II, hace que los insuficientes renales que allí acuden tengan peores expectativas de que le sea realizado el acceso vascular a tiempo para iniciar el tratamiento de hemodiálisis.

Económicamente, sin poder ofrecer datos concretos de todos los apartados cuestionados, a nadie se le escapa que es mucho más económico realizar una fístula arterio-venosa a tiempo que permita al enfermo renal disponer de un acceso adecuado en el momento de iniciar su tratamiento sustitutivo que empezar con cateterizaciones por las diferentes áreas venosas que son siempre un costo añadido, pues al final siempre se intenta conseguir una fístula. Si posteriormente estas alternativas provisionales sufren complicaciones el valor económico de ellas es enorme y esto adquiere mayor importancia en unos momentos en que constantemente se habla del control del gasto sanitario.

Por los resultados existe un desfase del 22% de fístulas por realizar al inicio del tratamiento que consideramos excesivo, máxime cuando cada vez hay más pacientes diabéticos de edad avanzada y con factores de riesgo asociados en las unidades de diálisis con mala red venosa, pluriutilizada en sus diferentes ingresos, lo que dificulta la labor de los cirujanos vasculares y en los que una diálisis deficiente o el uso de catéteres les aboca a múltiples complicaciones que les acorta no sólo la calidad de vida, sino la propia vida.

Las respuestas de la encuesta recogieron de forma totalmente voluntaria la opinión de los nefrólogos, mostrando con ideas claras que saben lo que hay que hacer, otra cosa es que lo puedan llevar a cabo en función de los obstáculos que deban superar.

Es urgente encontrar soluciones a esta problemática. Por una parte, racionalizar las indicaciones de cada técnica en la práctica diaria, así como el cuidadoso manejo de cada acceso, fístula o catéter.

No obstante, las indicaciones y prácticas clínicas no deben ser fruto de la oportunidad del momento, de la presión asistencial u otras circunstancias logísticas.

Por ello es preciso conseguir un elevado interés por el tema, en el que deben implicarse nefrólogos, cirujanos vasculares y angiadorólogos, probablemente con un enfoque multidisciplinario sin olvidar la necesidad de abordar las disfunciones de los distintos niveles asistenciales, con la implicación de sus gestores sanitarios.

Bibliografía

1. NKF – DOQI: Clinical practice guidelines for vascular access. National Kidney Foundation, 1997.
2. 3rd International Congress on dialysis access, 29-31 October, Maastricht.
3. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante, 23-25 abril 1997, Badajoz.
4. XX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante, 22-24 abril 1998, Alicante.

Agradecimientos

Los coordinadores agradecen la colaboración de todos los centros participantes en la encuesta.