

196.34

### Valoración del acceso vascular ideal para el paciente en hemodiálisis mayor de 65 años



Jhonny Moreno<sup>a,\*</sup>, Laura Martínez<sup>a</sup>,  
Núria Montero<sup>a</sup>, Jordi Carreras<sup>b</sup>, Miguel Hueso<sup>a</sup>,  
Amparo Fernández-Robles<sup>c</sup>, Andreu Foraster<sup>b</sup>,  
Josep Maria Cruzado<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>b</sup> DIAVERUM Baix Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup> Fresenius Medical-Care, L'Hospitalet, Barcelona, España  
E-mail: [jgaleno22@hotmail.com](mailto:jgaleno22@hotmail.com) (J. Moreno).

**Introducción:** Más del 70% de los pacientes mayores de 65 años comienzan hemodiálisis (HD) por catéter (datos de RMC2012). El inicio de HD por catéter se asocia a una mortalidad en el primer año del 23%, mientras que si se empieza con FAV es de un 9%. A los 5 años esta mortalidad ha aumentado hasta el 68% en los pacientes con catéter y a un 51% en los pacientes con FAV. Sin embargo, los pacientes mayores de 65 años con alta morbilidad, reducida expectativa de vida o riesgo de complicaciones derivadas de la confección de una FAV presentan dudas sobre cuál debe ser el acceso ideal para iniciar HD.

**Objetivo.** Evaluar la mortalidad y las complicaciones derivadas del acceso vascular en 3 cohortes de pacientes según la edad de inicio de HD.

**Material y métodos:** Pacientes en HD con una supervivencia mayor de 3 meses. Estudio de cohortes (cohorte I: pacientes >60 y <70 años; cohorte II: pacientes >70 y <80 años; cohorte III: pacientes >80 años). Se define enfermedad cardiovascular (ECV) si el paciente tiene antecedente de cardiopatía, accidente vascular cerebral o enfermedad vascular periférica. Análisis univariante.

**Resultados:** Se ha incluido a 200 pacientes (123 hombres) con una edad media de 75 ± 8 años y 124 ± 472 meses

de seguimiento. Cohorte I: n = 62 pacientes, 64,5% hombres, 29% diabéticos, 40,3% con antecedentes de ECV. Acceso vascular con el que inician HD: 26,7% por FAV; 35% por catéter tunelizado; 38,3% por catéter temporal. El 24,1% de los pacientes portadores de FAV iniciaron HD por un catéter tunelizado y un 24,1% por un catéter temporal. El 81,3% de las FAV disfuncionaron. El 3,2% de los pacientes fallecieron (un paciente por retirada de programa y otro por TCE). Cohorte II: n = 75 pacientes, 58,7% hombres, 36% diabéticos, 40% ECV. Acceso vascular con el que inician HD: 27,6% FAV; 27,6% catéter tunelizado; 44,8% catéter temporal. El 22,2% de los pacientes portadores de FAV tuvieron que iniciar HD por catéter tunelizado y un 22,2% por un catéter temporal. El 56,3% de las FAV disfuncionaron. El 5,3% de los pacientes fallecieron (2,7% por ECV; 1,3% de infección y 1,3% de cáncer). Cohorte III: n = 63 pacientes, 62% hombres, 14,3% diabéticos, 27% con antecedentes de ECV. Acceso vascular con el que inician HD: 28% por FAV; 22% por catéter tunelizado y 50% por catéter temporal. El 5,9% de los pacientes portadores de FAV inician HD por un catéter tunelizado y un 17,6% por un catéter temporal. El 50% de las FAV disfuncionaron. La mortalidad fue de un 31,7% (9,5% por ECV; 11,1% por infección; 1,6% por retirada de programa; 1,6% de cáncer y 7,9% por otras causas).

Analizando las causas de disfunción de las FAV se ha encontrado que depende de la presencia de ECV previa (40% en pacientes sin antecedentes vs. 90,5% en pacientes con ECV;  $p < 0,0001$ ) pero no de la diabetes (72% en no diabéticos vs. 78,6% en diabéticos,  $p = ns$ ) ni la edad.

**Conclusiones:** Una alta proporción de pacientes inician HD por catéteres. Los pacientes ancianos no tienen mayor proporción de fracaso de las FAV. Los pacientes ancianos se beneficiarían de la planificación del acceso vascular para confeccionar una FAV nativa o protésica. Encontramos una fuerte asociación entre ECV y disfunción del injerto, no presente en otras variables como diabetes mellitus, género o edad.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.036>