

## ¿Aumenta la hemodiálisis frecuente el riesgo de complicaciones del acceso vascular?

Suri RS, Larive B, Sherer S, et al. Risk of vascular access complications with frequent hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2013;24:498-505.

Análisis crítico: Inés Aragoncillo<sup>1</sup>, Silvia Caldés<sup>2</sup>, Antonio Cirugeda<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Diálisis. Clínica Fuensanta. Madrid

<sup>2</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

\* Ver versión completa del resumen estructurado en:

<http://dx.doi.org/10.3265/NefroPlus.pre2013.Aug.12203>

Este artículo debe ser citado utilizando esta referencia bibliográfica:

**NefroPlus 2013;5(1):52-5**

doi:10.3265/NefroPlus.pre2013.Aug.12203

**Respuesta de los autores:** se objetivó un mayor número de complicaciones y reparaciones del acceso vascular (AV) a consecuencia del aumento de la frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.

**Lo que ya se sabía y lo que añade este artículo:** primer ensayo clínico que demuestra mayor riesgo de complicaciones y de reparaciones del AV en pacientes con hemodiálisis diaria comparado con hemodiálisis convencional (HDC) 3 días por semana. Los resultados contradicen los datos de estudios observacionales y abren las puertas a estudios que permitan aclarar si la punción continuada del AV empeora la inflamación y el daño endotelial.

**Diseño y ámbito:** se analizan 2 ensayos clínicos, uno (EC1) comparando HDC (3 días por semana) con hemodiálisis diaria diurna (HDD) (6 días por semana) y otro (EC2) comparando HDC (3 días por semana) con hemodiálisis diaria nocturna (HDN) (6 días por semana), realizados en 19 centros de hemodiálisis de EE. UU. y Canadá.

**Pacientes:** 332 pacientes prevalentes en tratamiento con hemodiálisis periódica.

**Criterio principal de valoración:** primer evento de AV (reparación, pérdida u hospitalización).

**Resultados principales:** en el EC1 se observó un aumento del riesgo de complicaciones del AV 76 % mayor en el grupo de HDD (*hazard ratio* [HR] 1,76, intervalo de confianza [IC] 95 % 1,11-2,79,  $p = 0,017$ ); este riesgo fue mayor en fístulas autólogas o protésicas ( $n = 198$ , HR 1,90, IC 95 % 1,11-3,25,  $p = 0,02$ ) y no se encontraron diferencias en catéteres. En el EC2, el riesgo de complica-

ciones de AV fue mayor en el grupo de HDN, pero no alcanzó diferencia estadísticamente significativa (HR 1,81, IC 95 % 0,94-3,48,  $p = 0,076$ ). Sí fue significativo en fístulas autólogas o protésicas (HR 3,23, IC 95 % 1,07-10,35,  $p = 0,038$ ).

**Daño:** es la variable principal analizada.

**Sesgos, confusión y otras limitaciones:** análisis *post-hoc* de una variable secundaria de un ensayo clínico con otro objetivo primario, bien es cierto que predefinida en el protocolo original, por lo que no se justifica si el tamaño muestral es el adecuado para detectar las diferencias esperadas. En la publicación no figuran los criterios de inclusión y/o exclusión ni la tasa de eventos por cada 100 pacientes-año desglosada en fístulas autólogas o protésicas. No se recogen los métodos de vigilancia del AV en los distintos grupos ni los motivos exactos que condujeron a las reparaciones de AV, lo que genera la duda sobre si el aumento de las reparaciones fue debido a un aumento de la vigilancia del acceso vascular en el grupo de hemodiálisis diaria. El tiempo de seguimiento fue insuficiente para detectar diferencias en la pérdida de acceso vascular.

**Generalizabilidad a otras poblaciones:** población no representativa (en edad, género, etnia y comorbilidades) de la habitual en hemodiálisis, por lo que los resultados no son extrapolables.

**Promoción:** financiado por el Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Renales y Digestivas de EE. UU., Medicare, Medicaid y la Fundación de Investigación del Instituto Nacional de Salud. Contribuyen con este instituto los laboratorios Amgen, Baxter y Fresenius Medical Care.