

PROGRAMA

8:00-8:30 h **ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN**

8:30-9:00 h **PRESENTACIÓN DE LA JORNADA**
Ramon Roca-Tey y Jordi Calls

9.00-10.00 h **GÉNERO Y ACCESO VASCULAR**

Moderadores: Dr. Jaume Tort
Dr. Joan María Ferrer

¿Las mismas oportunidades para el acceso vascular según el sexo?

Dr. Jose Luis Merino

Diferencias en el acceso vascular según género de los pacientes incidentes en hemodiálisis de Catalunya

Dr. Ramon Roca-Tey

FSM  Fundació Sanitària Mollet

**IX JORNADA SOBRE EL ACCESO VASCULAR
PARA HEMODIÁLISIS EN EL VALLÈS ORIENTAL**

**I REUNIÓ ANUAL GRUP TREBALL ACCÉS VASCULAR
SOCIETAT CATALANA DE NEFROLOGÍA**



¿Las mismas oportunidades para el acceso vascular según el género ?



Dr. Jose L Merino.
Sección Nefrología.
Hospital Univ. del Henares.
Coslada. Madrid.







MUJER

MALAS VENAS

DIÁLISIS

¿CT?

¿PREJUICIOS?



Luisa 72 años

¡¡VOTACIÓN!!!!

DM tipo 2 desde los 51 años

Obesidad.

Retinopatía.

Fibrilación auricular

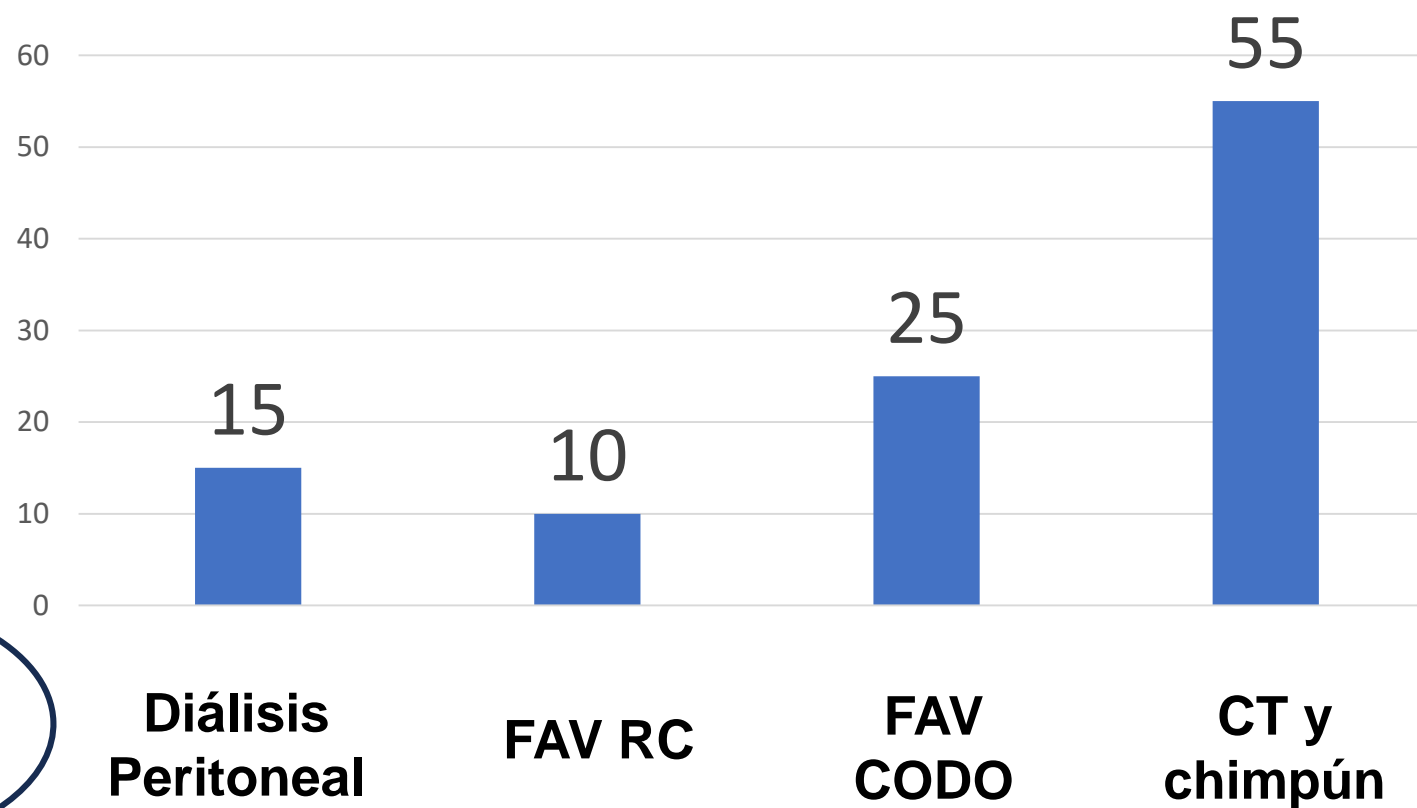
.....

Enfermedad Renal

Inicio de Diálisis

¿y una
Prótesis??

Tipo TRS



**¿Peores venas,
peores brazos?**

**¿Más tiempo
con CT, pocas
prótesis?**

**¿Mayor % de
DM, obesidad,
sedentarismo?**

**¿Más dificultad
para mantener
su AV?**

**¿Más dificultad
para conseguir
su primer AV?**





¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?



¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?



Vascular Access for HD Patients New Data Should Guide Decision Making

Table 1. Summary of myths versus facts about vascular access

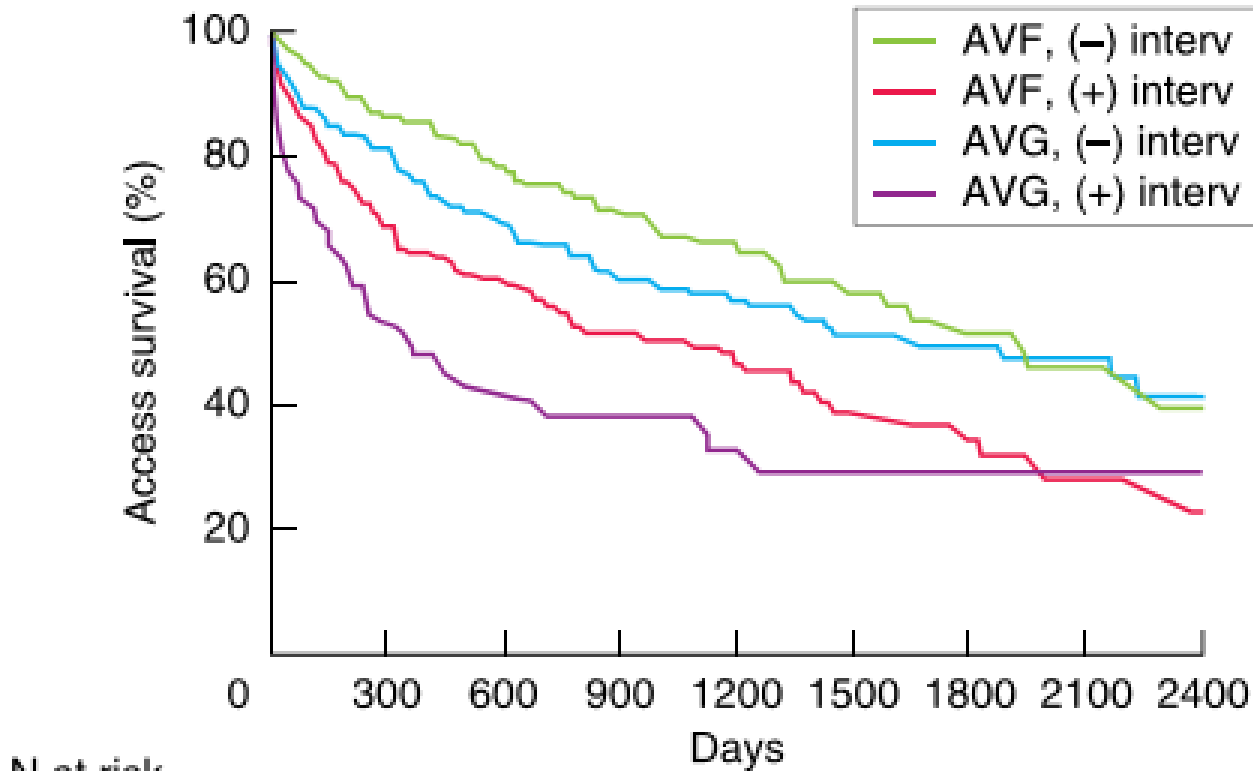
Myths	Facts
AVFs have better survival than AVGs	When you include AVFs that fail to mature, secondary survival is equivalent for AVFs and AVGs. Moreover, assisted AVF maturation is associated with shorter secondary survival and more frequent interventions after maturation
AVFs are cheaper than AVGs	If you analyze by intent to treat, AVFs are more expensive
Forearm AVFs are better than upper arm AVFs	Most patients are getting upper arm AVFs because they have superior maturation rates
AVFs fail to mature primarily because of aggressive neointimal hyperplasia (inward remodeling)	AVF maturation reflects a balance between inward and outward remodeling
CVCs are a major cause of death	CVC use is a surrogate marker of sicker patients. Very few deaths in patients with CVC are directly due to CVC complications

AVF, arteriovenous fistula; AVG, arteriovenous graft; CVC, central venous catheter.

M. Allon. CJASN 14: 954–961, 2019.



Outcomes of arteriovenous fistulas and grafts with or without intervention prior to successful use



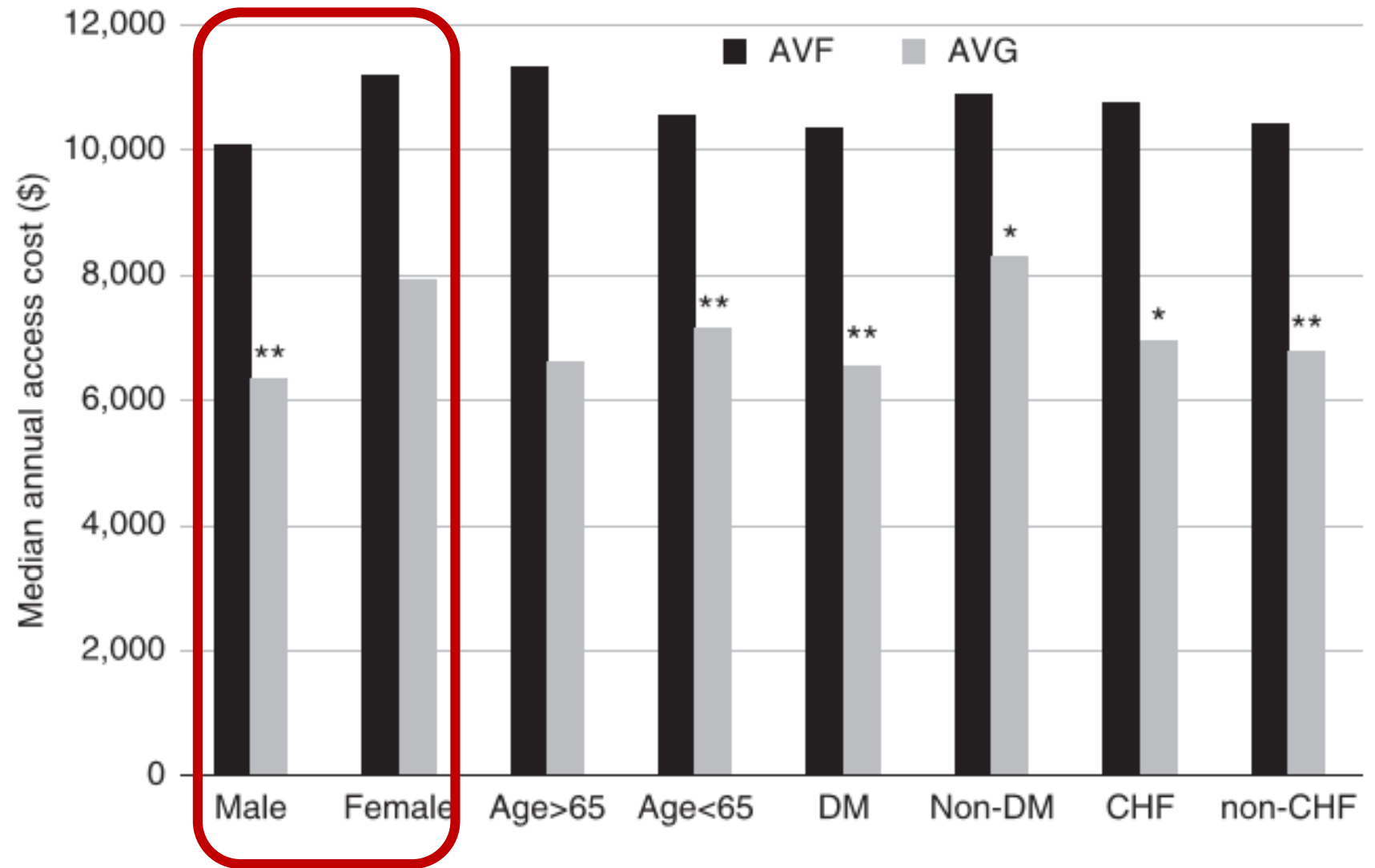
N at risk

AVF-0	143	104	86	68	49	33	22	14	5
AVG-0	255	168	120	95	63	36	29	21	9
AVF-1	146	92	71	54	39	20	16	8	5
AVG-1	55	25	19	17	12	9	7	6	4

The patency advantage of AVF over AVG is no longer evident in patients requiring an AVF intervention prior to successful cannulation, but the AVF require fewer interventions after successful use

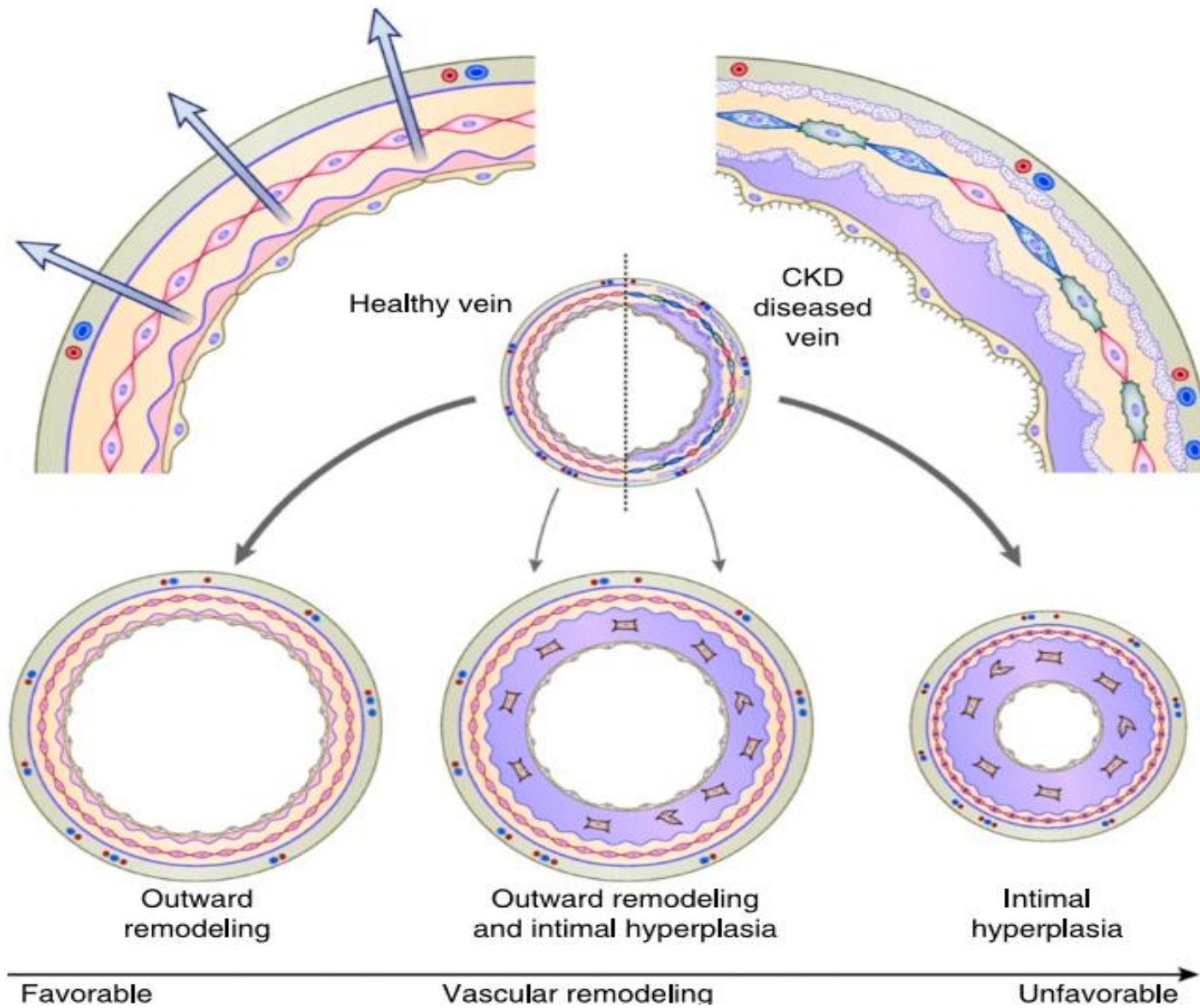


**Establishment and maintenance of vascular access in incident HD patients:
A prospective cost analysis.**



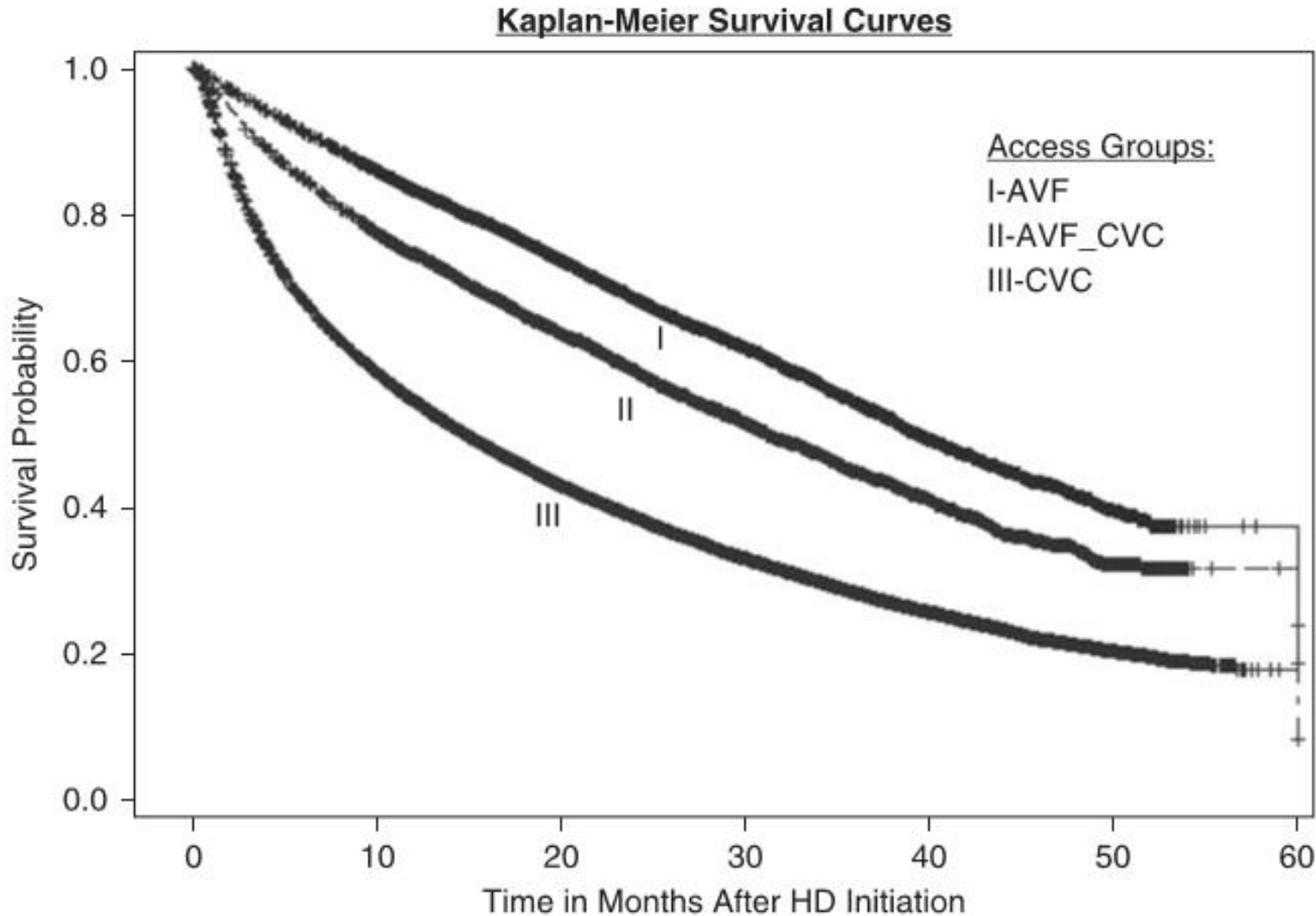
Manns B, Tonelli M, : J Am Soc Nephrol 16: 201–209, 200





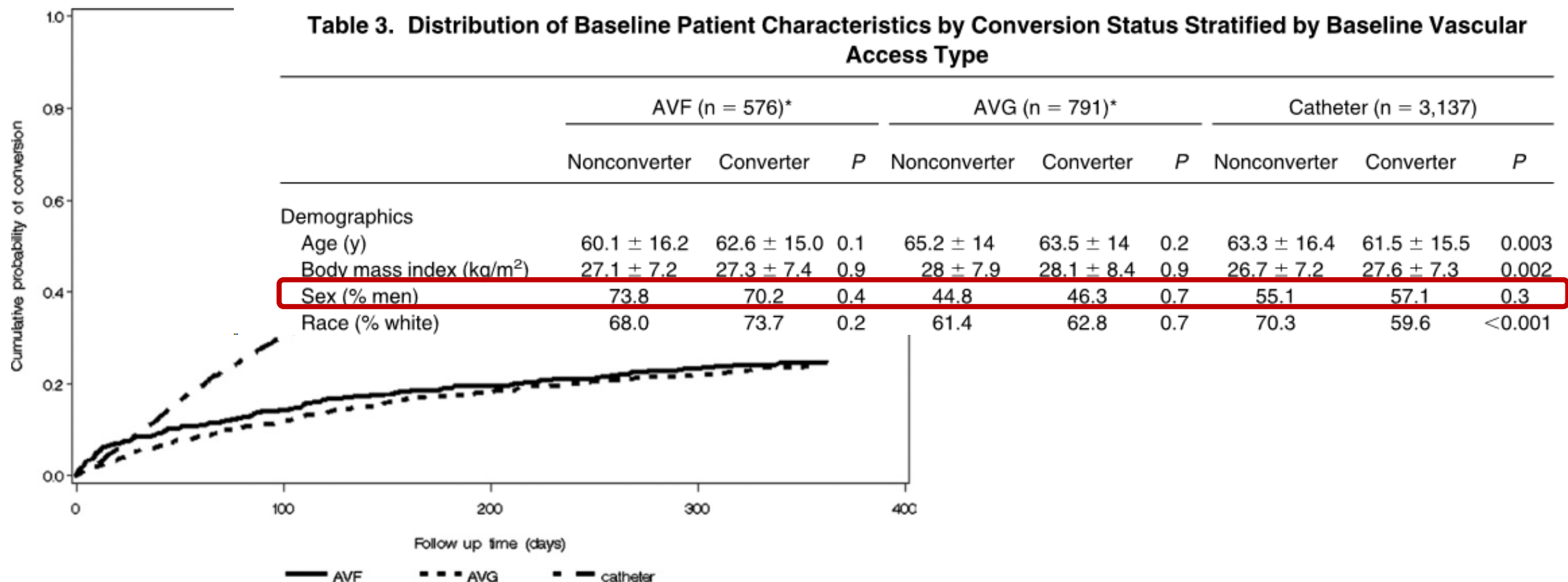
**Arteriovenous
access failure:
more than just
intimal
hyperplasia?**

The survival benefit of “Fistula First, Catheter Last” in HD is primarily due to patient factors.



Brown RS: J Am Soc
Nephrol 28: 645–652, 2017

Conversion of Vascular Access Type Among Incident Hemodialysis Patients: Description and Association With Mortality



B. Bradbury. American Journal of Kidney Diseases, Vol 53, No 5 (May), 2009: pp 804-814

¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?





International Differences in Arteriovenous Accesses for Hemodialysis

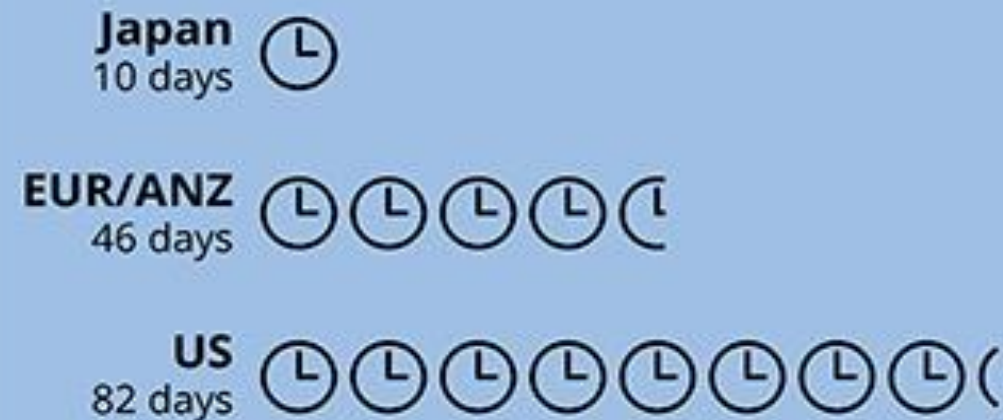


Researchers examined differences in the use of arteriovenous fistula (AVF) in Japan, Europe/Australia/New Zealand (EUR/ANZ), and the US.

% of AVFs in lower arm
2012-2015



Time to first successful AVF use
2009-2015



Conclusion: Large international differences in arteriovenous access practice raise important questions regarding what is best practice and how it is best achieved to optimize vascular access outcomes.

Pisoni RL, Zepel L, Fluck R, Lok CE, Kawanishi H, Süleymanlar G, Wasse H, Tentori F, Zee J, Li Y, Schaubel D, Burke S, Robinson B. International differences in the location and use of arteriovenous accesses created for hemodialysis: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Am J Kidney Dis*. In Press 2017.

Graphic created by
ARBOR RESEARCH
COLLABORATIVE FOR HEALTH

**International Comparisons of Native Arteriovenous
Fistula Patency and Time to Becoming Catheter-Free:
Findings From the Dialysis Outcomes and Practice
Patterns Study (DOPPS)**

Ronald L. Pisoni, Lindsay Zepel, Junhui Zhao, Steven Burke, Charmaine E. Lok, Kenneth J. Woodside,
Haimanot Wasse, Hideki Kawanishi, Douglas E. Schaubel, Jarcy Zee, and Bruce M. Robinson

Table 2. Predictors of Primary and Cumulative AVF Patency by International Region

Primary Patency	AVF Primary Patency ^a		AVF Cumulative Patency		
	EUR/ANZ (n = 586)	Japan (n = 105)	EUR/ANZ (n = 840)	Japan (n = 343)	United States (n = 1,008)
Forearm vs arm	1.23 (0.94-1.61)	0.57 (0.22-1.49)	0.98 (0.73-1.31)	0.91 (0.47-1.76)	1.43 (1.10-1.86) ^b
Male (vs female)	0.75 (0.58-0.99) ^b	3.42 (1.12-10.4) ^b	0.69 (0.53-0.91) ^b	0.91 (0.49-1.67)	0.66 (0.51-0.87) ^b
Age, per 5 y older	1.01 (0.97-1.06)	1.18 (0.95-1.47)	1.01 (0.96-1.06)	0.98 (0.86-1.11)	0.99 (0.94-1.03)
BMI, per 5 kg/m ² greater	0.91 (0.79-1.04)	0.84 (0.50-1.41)	0.89 (0.78-1.01)	0.99 (0.66-1.48)	1.01 (0.91-1.12)
Cardiovascular disease (vs no)	1.26 (0.94-1.69)	0.99 (0.51-1.92)	1.64 (1.20-2.23) ^b	2.89 (1.53-5.46) ^b	0.73 (0.54-0.99) ^b
Congestive heart failure (vs no)	0.96 (0.71-1.29)	1.28 (0.59-2.78)	1.02 (0.74-1.42)	0.92 (0.50-1.71)	1.21 (0.92-1.61)
Diabetes (vs no)	1.20 (0.90-1.60)	0.51 (0.19-1.32)	1.30 (0.96-1.75)	0.72 (0.39-1.33)	0.87 (0.65-1.16)
PVD (vs no)	1.13 (0.83-1.54)	2.30 (0.86-6.18)	1.02 (0.75-1.39)	0.80 (0.37-1.73)	1.27 (0.91-1.77)
Vintage, per 1 y longer	1.00 (0.97-1.02)	0.98 (0.93-1.04)	0.98 (0.96-1.01)	0.98 (0.94-1.02)	1.02 (0.98-1.05)

International Comparisons of Native Arteriovenous Fistula Patency and Time to Becoming Catheter-Free: Findings From the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS)

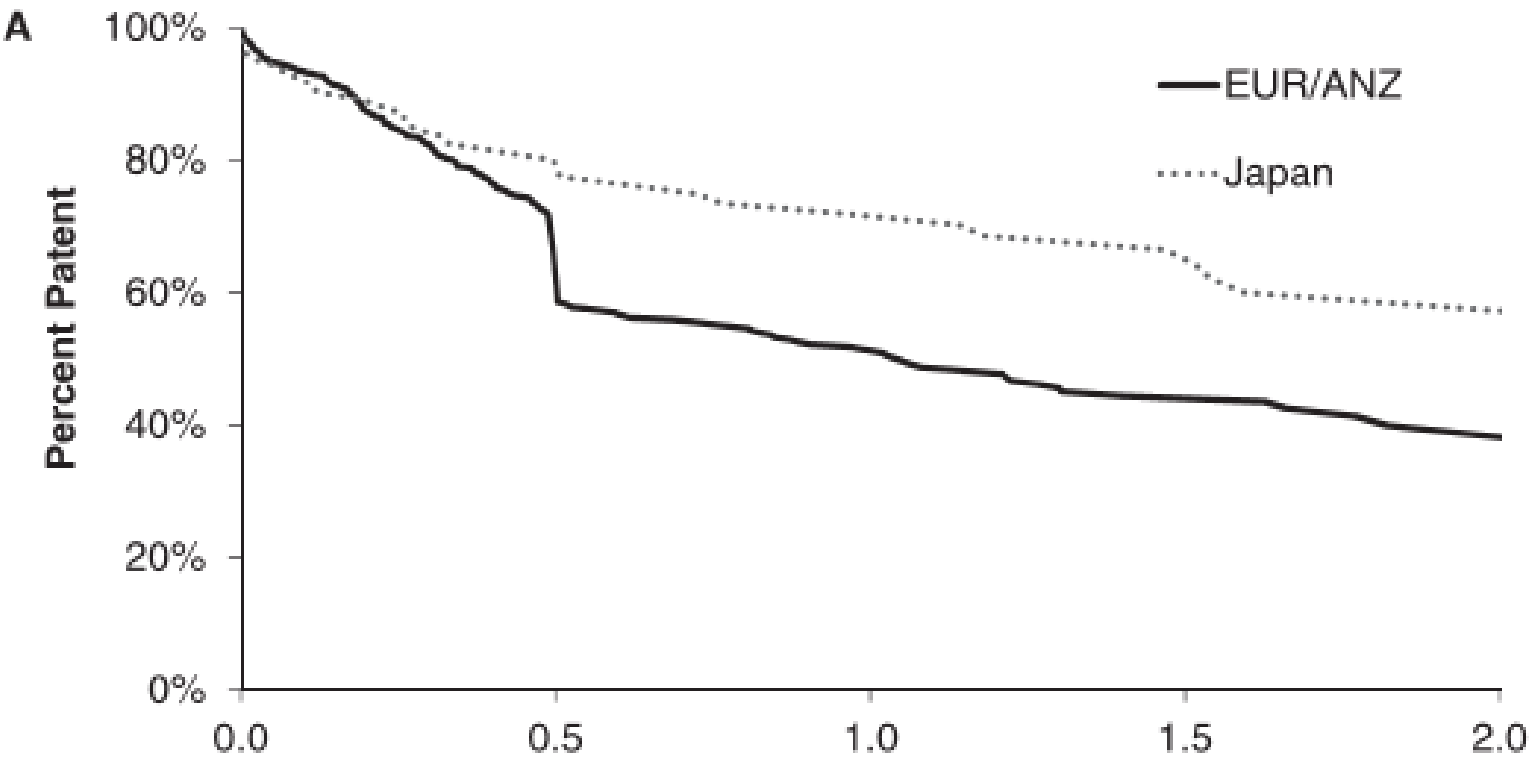
Ronald L. Pisoni, Lindsay Zepel, Junhui Zhao, Steven Burke, Charmaine E. Lok, Kenneth J. Woodside, Haimanot Wasse, Hideki Kawanishi, Douglas E. Schaubel, Jarcy Zee, and Bruce M. Robinson

Table 3. Predictors of Primary and Cumulative Functional AVF Patency by International Region

	AVF Primary Functional Patency			AVF Cumulative Functional Patency		
	EUR/ANZ (n = 378)	Japan (n = 95)	United States (n = 178)	EUR/ANZ (n = 591)	Japan (n = 314)	United States (n = 635)
Forearm vs arm	1.04 (0.52-2.00)	0.96 (0.10-1.00)	0.42 (0.11-1.50)	0.68 (0.30-1.20)	0.86 (0.30-1.80)	0.60 (0.32-1.24)
Male (vs female)	0.78 (0.39-1.58)	1.43 (0.29-7.22)	0.79 (0.22-2.77)	0.84 (0.50-1.41)	0.81 (0.39-1.70)	0.82 (0.45-1.49)
Age, per 5 y older	1.05 (0.93-1.18)	1.16 (0.81-1.67)	1.06 (0.86-1.31)	1.00 (0.91-1.10)	1.02 (0.85-1.22)	1.01 (0.92-1.11)
BMI, per 5 kg/m ² greater	0.64 (0.44-0.93) ^a	0.74 (0.37-1.48)	1.08 (0.81-1.42)	0.78 (0.58-1.04)	0.93 (0.59-1.47)	1.15 (0.94-1.40)
CVD (vs no)	2.46 (0.98-6.18)	1.16 (0.38-3.56)	0.44 (0.13-1.43)	1.92 (1.03-3.58) ^a	2.91 (1.36-6.23) ^a	0.56 (0.29-1.10)
CHF (vs no)	1.15 (0.56-2.37)	2.09 (0.61-7.17)	2.17 (0.86-5.46)	1.12 (0.62-2.00)	0.77 (0.36-1.67)	1.32 (0.76-2.30)
DM (vs no)	1.86 (0.94-3.65)	0.38 (0.11-1.29)	0.58 (0.19-1.82)	1.35 (0.78-2.35)	0.83 (0.39-1.76)	0.54 (0.29-1.01)
PVD (vs no)	1.80 (0.81-4.01)	1.16 (0.20-6.57)	3.16 (0.79-12.60)	1.55 (0.90-2.68)	0.46 (0.15-1.45)	1.86 (0.88-3.93)
Vintage, per 1 y longer	1.00 (0.96-1.05)	0.91 (0.81-1.02)	1.10 (0.93-1.29)	1.00 (0.96-1.04)	0.98 (0.93-1.04)	1.02 (0.94-1.11)

International Comparisons of Native Arteriovenous
Fistula Patency and Time to Becoming Catheter-Free:
Findings From the Dialysis Outcomes and Practice
Patterns Study (DOPPS)

Ronald L. Pisoni, Lindsay Zepel, Junhui Zhao, Steven J.
Haimanot Wasse, Hideki Kawanishi, Douglas E. Schaer



No. at risk					
	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0
EUR/ANZ	586	244	120	59	20
Japan	105	64	47	31	19

Venous Access: Women Are Equal

Nina Caplin, MD, Martin Sedlacek, MD, Victoria Teodorescu, MD, Abiga Jaime Uribarri, MD

The current data show **no differences** in men and women in terms of **vein size** and the theoretic ability to place AVFs

Table 2. Comparison of Selected Arterial Diameters Between Women and Men

Location	Diameter (mm)		P
	Women	Men	
Right proximal radial	2.9 ± 0.73	3.1 ± 0.5	0.12
Right midradial	2.6 ± 0.53	2.8 ± 0.44	0.1
Right distal radial	2.5 ± 0.5	2.7 ± 0.47	0.1
Right proximal ulnar	2.9 ± 0.75	3.0 ± 0.79	0.73
Right midulnar	2.5 ± 0.66	2.5 ± 0.47	0.97
Right distal ulnar	2.3 ± 0.5	2.4 ± 0.5	0.51
Left proximal radial	2.9 ± 0.7	3.3 ± 0.78	0.03*
Left midradial	2.7 ± 0.67	2.9 ± 0.67	0.41
Left distal radial	2.5 ± 0.54	2.9 ± 0.77	0.02*
Left proximal ulnar	2.7 ± 0.7	3.2 ± 0.73	0.02*
Left midulnar	2.3 ± 0.6	2.5 ± 0.5	0.26
Left distal ulnar	2.3 ± 0.56	2.4 ± 0.5	0.65

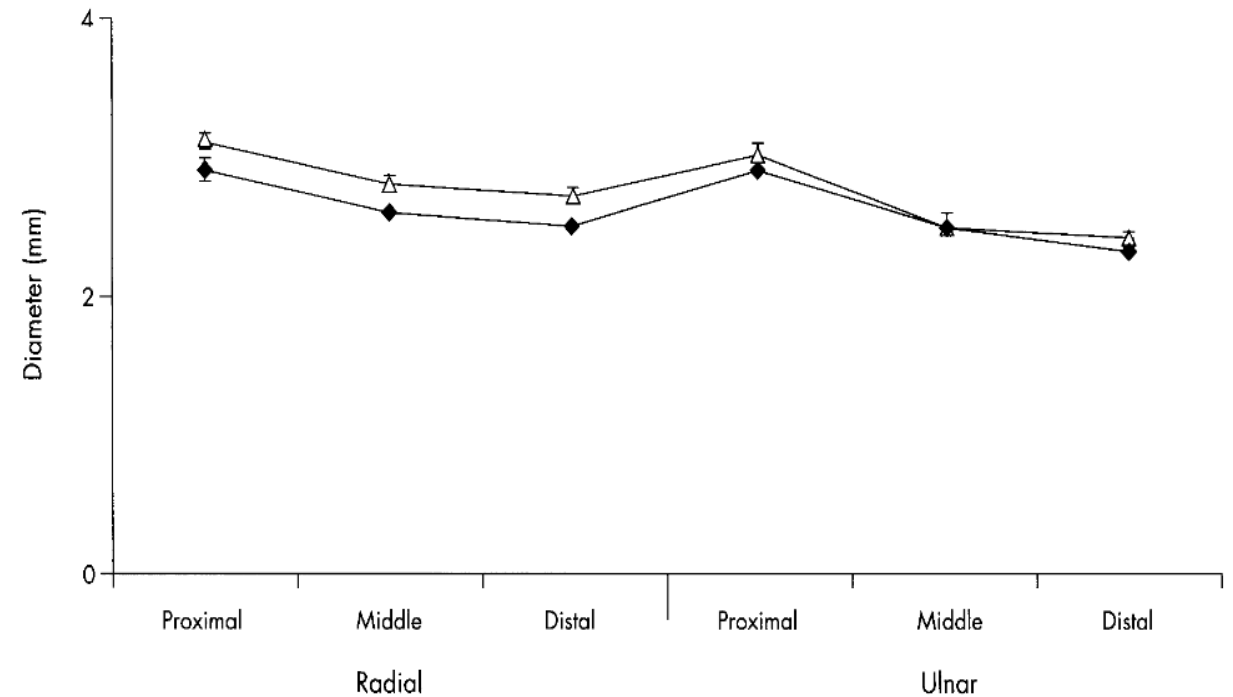
Table 1. Comparison of Selected Venous Diameters in Upper Extremities Between Men and Women

Location	Mean Diameter (mm)		
	Women	Men	P
Left basilic proximal upper	9.3 ± 1.7	4.5 ± 1.4	0.2
Left cephalic wrist	2.6 ± 1.7	2.3 ± 0.9	0.3
Left cephalic forearm	2.9 ± 4.1	2.4 ± 1.0	0.3
Left antecubital	4.3 ± 4.8	3.5 ± 1.6	0.3
Left cephalic upper arm	3.6 ± 5.3	2.9 ± 1.1	0.3
Left cephalic axilla	4.3 ± 6.2	3.4 ± 1.3	0.3
Left basilic mid-upper arm	4.8 ± 7.3	4.0 ± 1.2	0.5
Left basilic distal upper arm	4.7 ± 1.2	3.8 ± 1.3	0.4
Left basilic elbow	3.9 ± 6.2	3.1 ± 1.3	0.5
Right cephalic wrist	2.5 ± 2.2	2.3 ± 1.0	0.7
Right cephalic forearm	2.9 ± 3.4	2.4 ± 1.0	0.3
Right cephalic antecubital	4.6 ± 7.5	3.5 ± 1.6	0.3
Right cephalic upper arm	3.6 ± 5.9	3.0 ± 1.3	0.4
Right cephalic axilla	4.1 ± 6.5	3.3 ± 1.3	0.3
Right basilic mid-upper arm	4.6 ± 6.7	4.0 ± 1.5	0.6
Right basilic distal upper arm	4.4 ± 6.5	3.8 ± 1.5	0.5
Right basilic elbow	3.7 ± 3.7	2.9 ± 1.1	0.2
Right basilic proximal upper	6.2 ± 3.3	4.9 ± 1.6	0.5

Am J Kidney Dis 2003. 41:429-432.

1. Pacientes, nefrólogos y cirujanos vasculares deben ser educados sobre los méritos de la FAV en mujeres
2. Las mujeres deben recibir tratamientos y pruebas no invasivos adicionales antes de la creación de AVF
3. El ejercicio preoperatorio podría aumentar el diámetro vascular
4. Bloqueos operativos del ganglio estrellado y absorbibles
5. Monitorización postoperatoria para ayudar a identificar pacientes de alto riesgo y aquellos con estenosis subclínica que podrían beneficiarse de intervención preventiva
6. Ejercicio postoperatorio pueden resultar en aumentos modestos en la fístula.
7. HiperPTH.

Gender Differences in Vascular Access in HD Patients in the United States: Developing Strategies for Improving Access Outcome



RJ. Marcus. Gender Medicine Vol 4, No. 3, 2007



Predictive Parameters of Arteriovenous Fistula Functional Maturation in a Population of Patients with End-Stage Renal Disease

Female gender
History kidney
transplant
Calcium
channel-blocker
agents
Low
haemoglobin
levels

Table 3. Categorical variables association with functional maturation.

Variable	Functional maturation	N	%	P value
Female gender	Yes	9	34.6	0.004
	No	17	65.4	
Male gender	Yes	40	67.8	0.473
	No	19	32.2	
Diabetes	Yes	18	52.9	0.193
	No	16	47.1	
Smoking	Yes	13	48.7	0.128
	No	14	51.9	
Hypertension	Yes	44	61.1	0.980
	No	28	38.9	
Hyperlipidaemia	Yes	38	57.6	
	No	28	42.4	

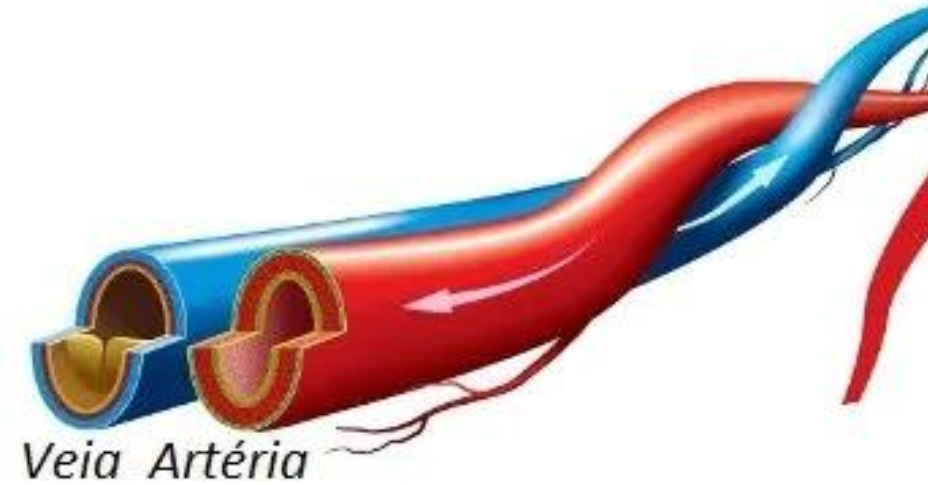
Bashar K. (2015). PLoS ONE 10(3): e0119958



Arteriovenous fistula in dialysis patients: Factors implicated in early and late AVF maturation failure

Vein diameter is a hugely important factor, arguably, the single most important predictor of maturation as fistulae created using **veins < 2 mm** are more likely to fail.

Female gender, diabetes mellitus, age, arterial diameter, surgical technique and whether fistulae were created preemptively or after the start of HD can be considered additional predictors of AVF maturation



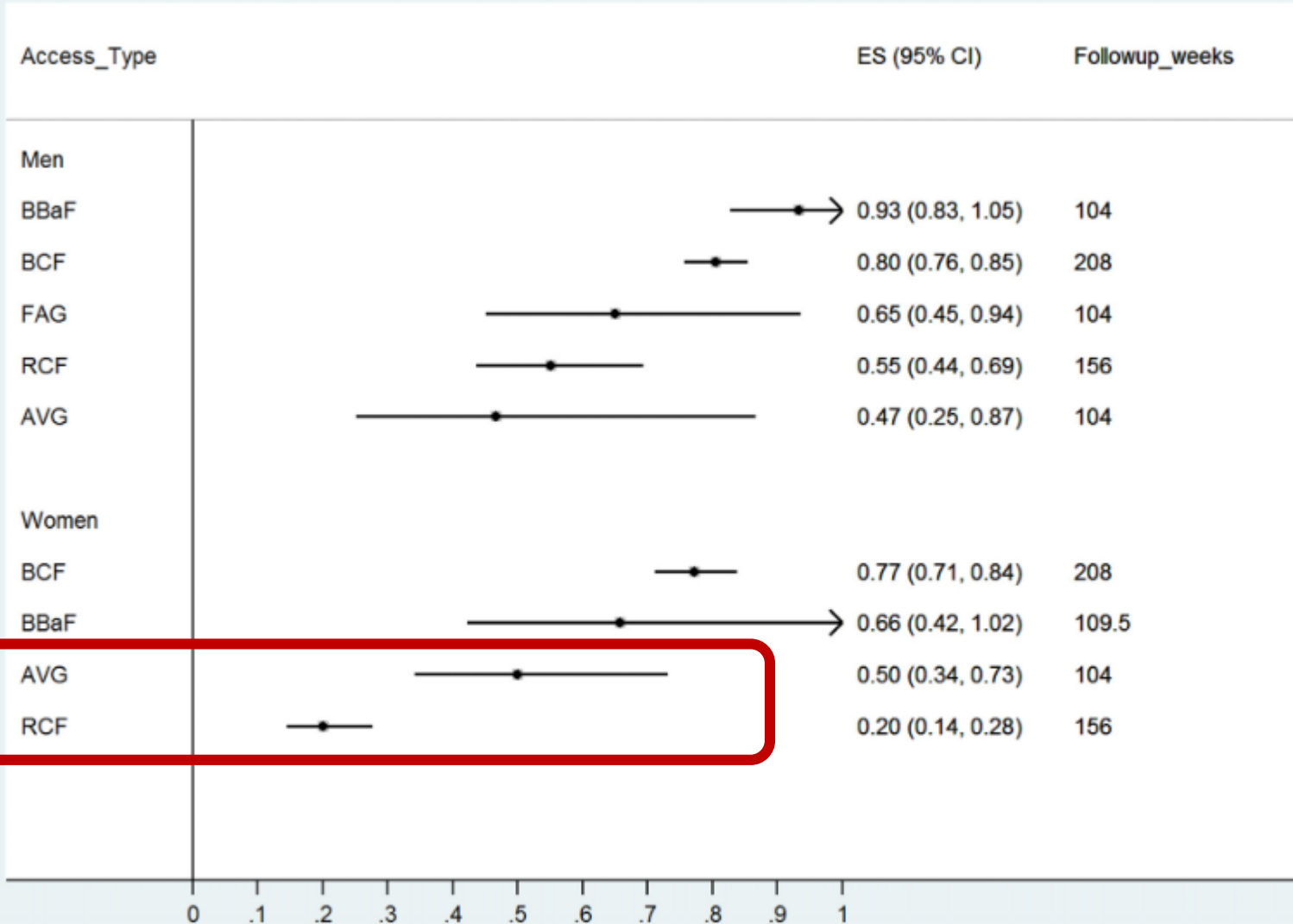
Bashar. Surgeon. 2016 Oct;14(5):294-300.



Outcomes of vascular access for HD: A systematic review and meta-analysis

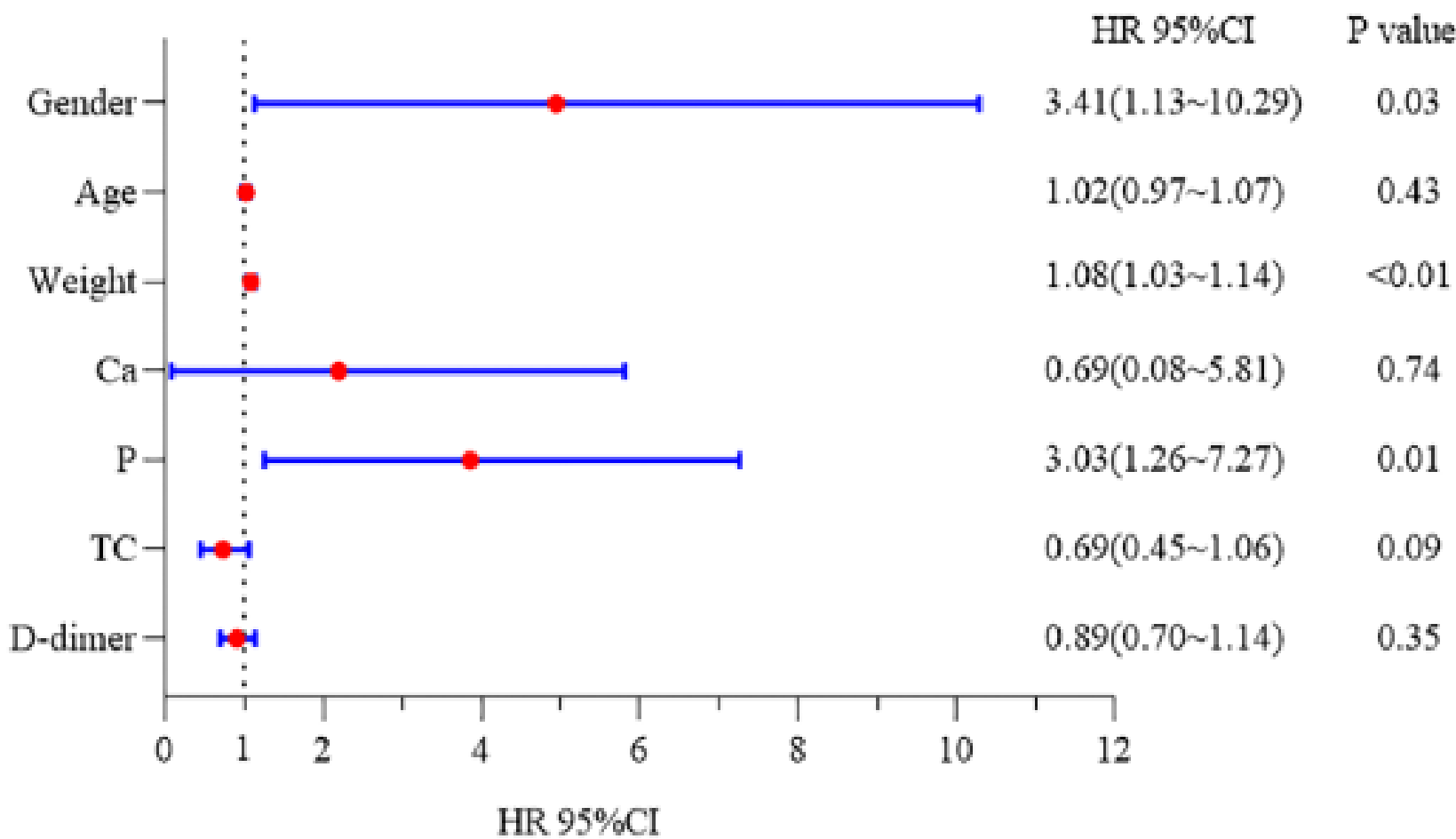
875,269 vascular accesses

Patency may be lower in women, the elderly, and those with diabetes.



Almasri, J. *et al.* *J. Vasc. Surg.* **64**(1), 236–243 (2016).

Risk factors for arteriovenous fistula dysfunction in HD patients: a retrospective study



AVF dysfunction is strongly associated with a number of risk factors including weight, phosphorus level, and sex.

Tus, intervention strategies targeting these potential factors such as weight loss, or oral phosphate binders may improve the long-term success of AVF

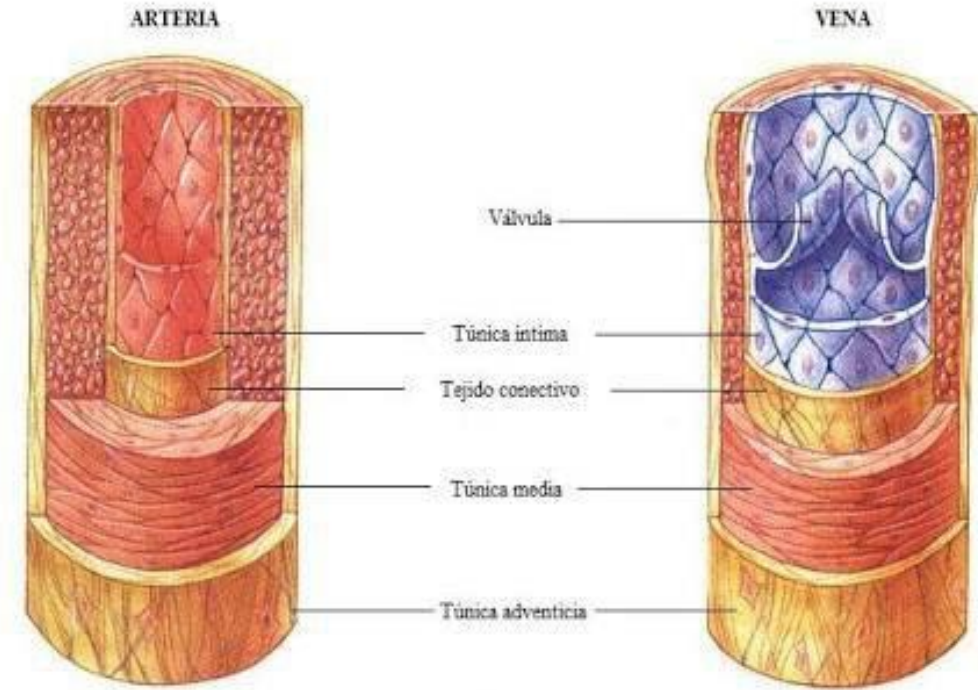


Risk factors for arteriovenous fistula dysfunction in HD patients: a retrospective study

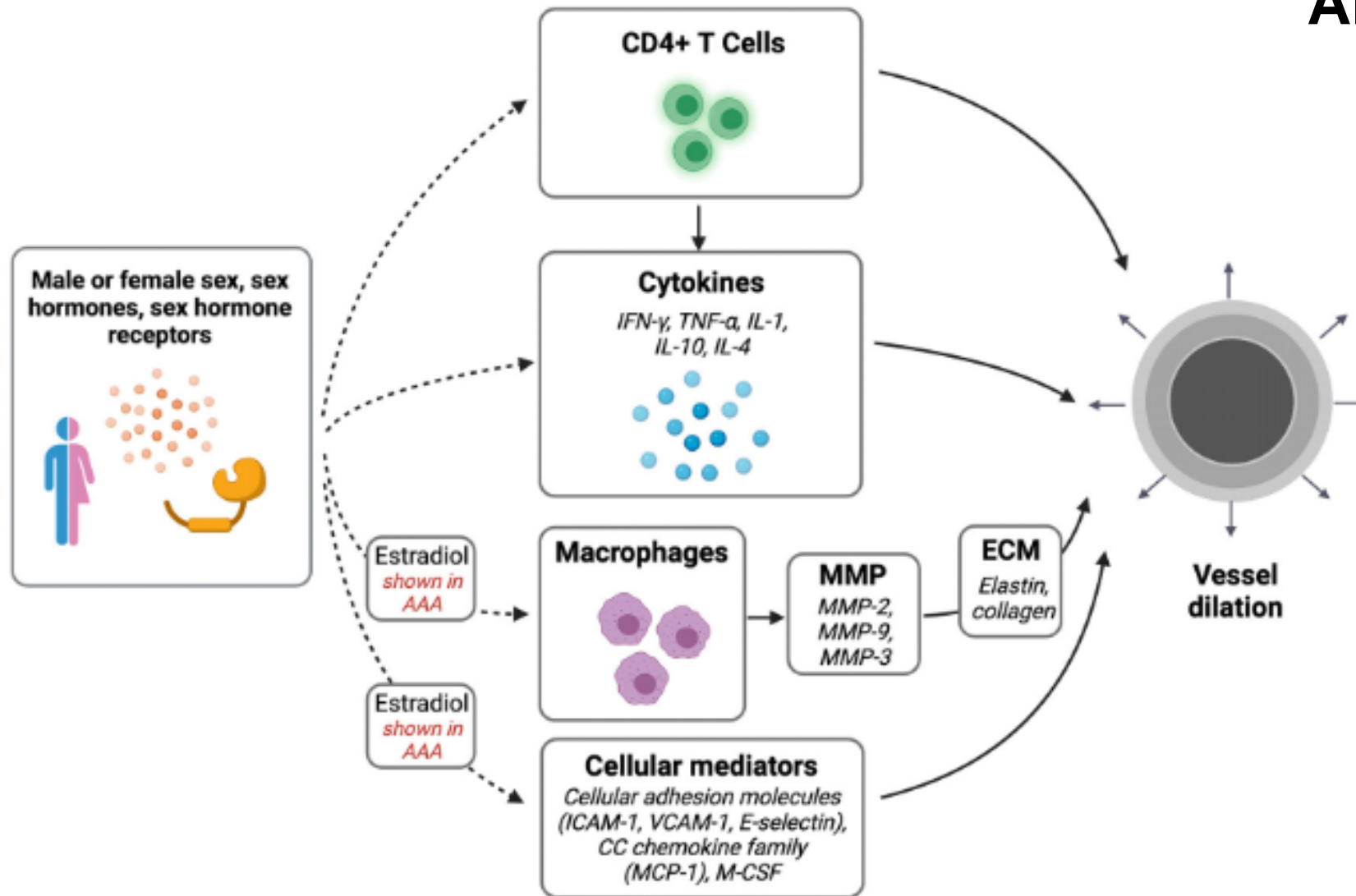
Diámetros medios de vasos más pequeños en mujeres

Disminución de la capacidad de vasodilatación

Remodelación externa insuficiente



Sex Differences in Inflammation During Venous Remodeling of Arteriovenous Fistulae



Sex differences in vascular dilation.

Potential pathways of interest in vessel wall dilation that may be affected by sex, sex hormones, and sex hormone receptors.

SM Chan. Front Cardiovasc Med.
2021 Jul 21;8:715114.

Sexo femenino

Frente a la opinión generalizada, y de lo publicado por algunos autores⁶⁵, la mejor evidencia disponible no demuestra que el **sexo** femenino sea un factor de riesgo en el pronóstico

de la FAV⁶⁶; se atribuye al menor calibre de los vasos los peores resultados hallados en las pacientes de **sexo** femenino.

→ **Pregunta clínica III** ¿Qué criterios se requieren para planificar la fístula arteriovenosa (en función de diferentes tipos de fístula)?

NEFROLOGIA 2017; 37(Supl 1):1-192



¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?

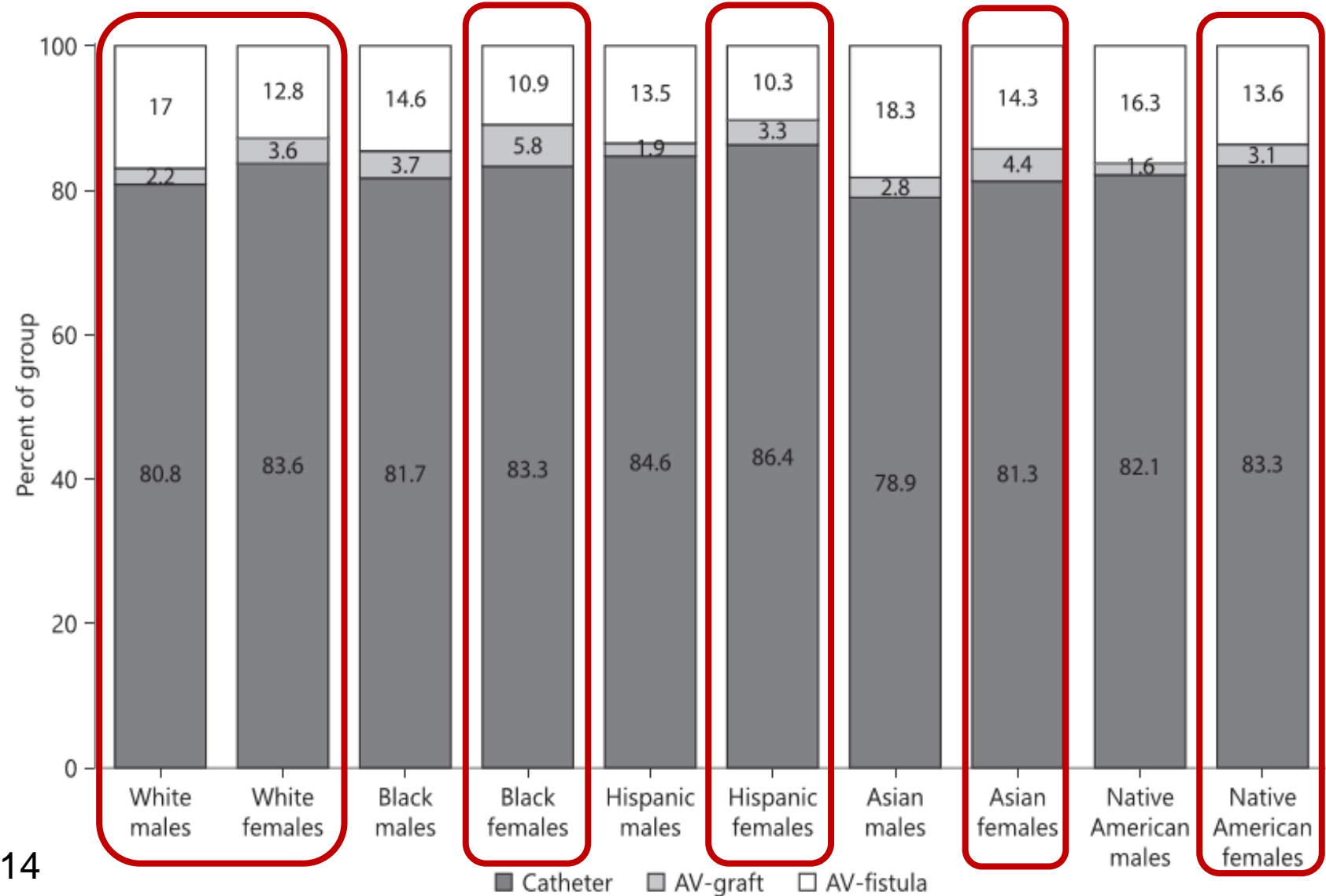




Gender and Racial Disparities in Initial HD Access and Outcomes in Incident End-Stage Renal Disease Patients

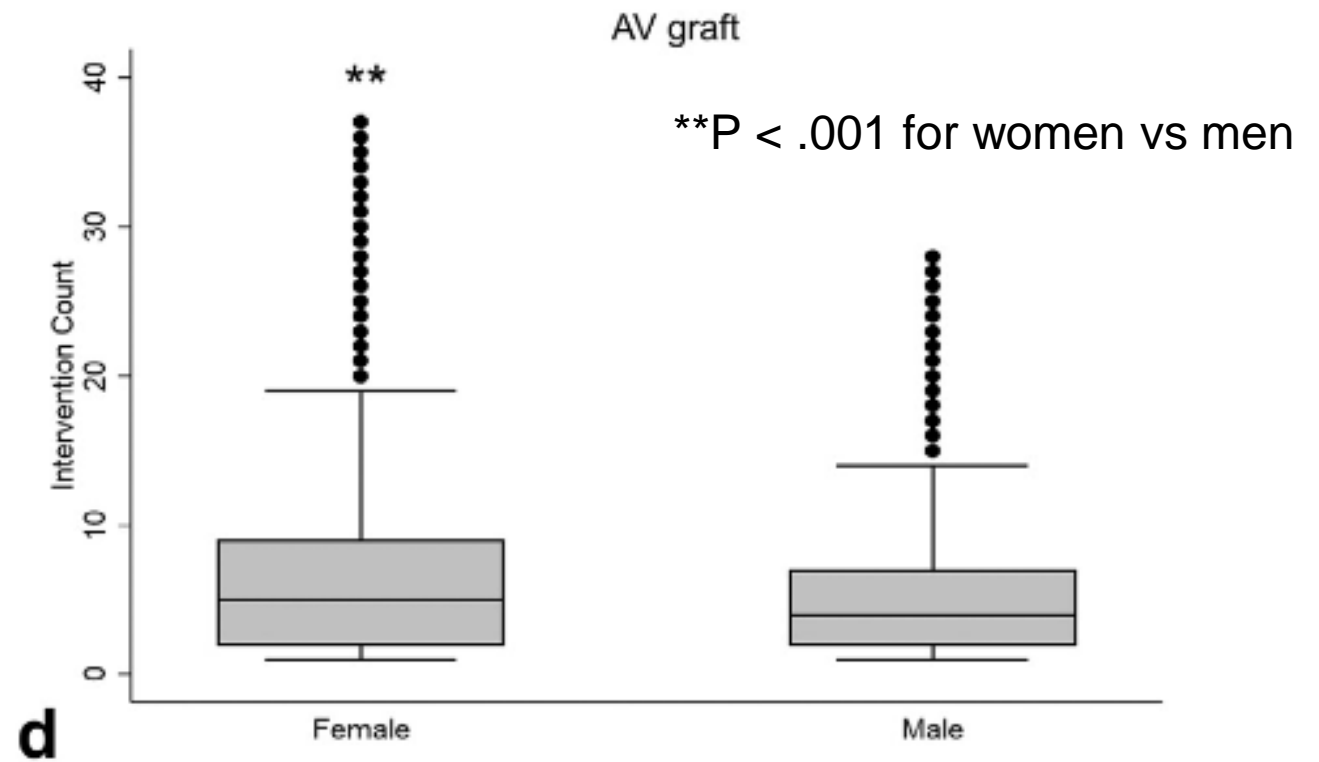
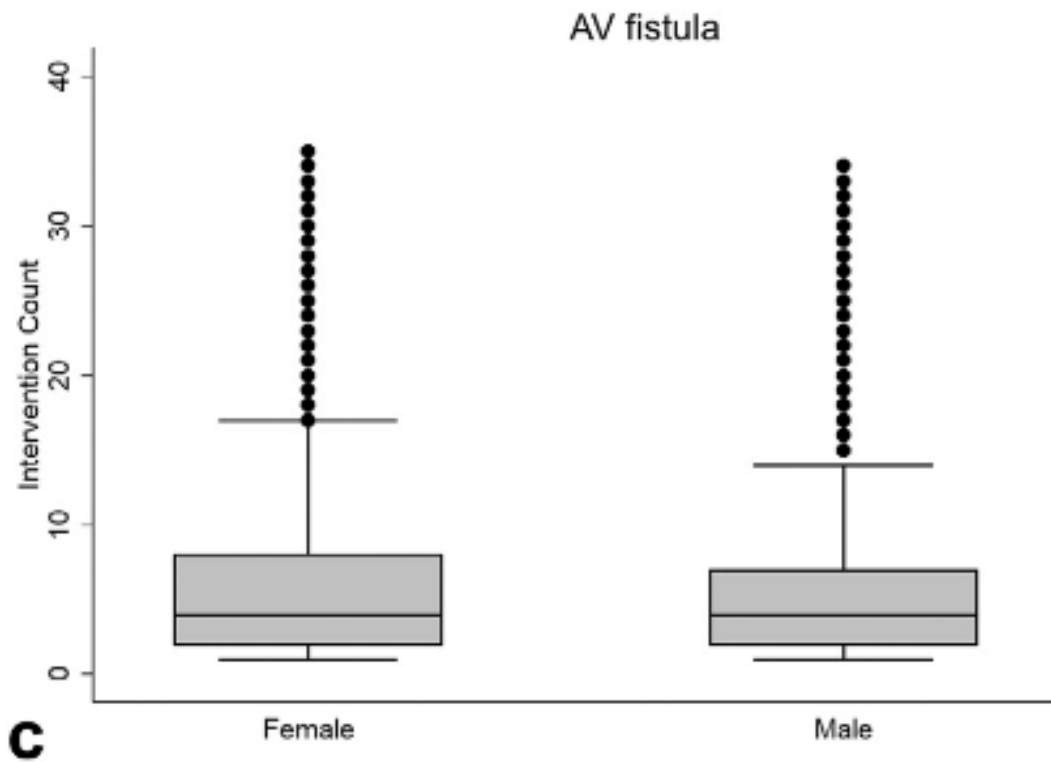
885,699 patients with ESR disease who initiated HD between January 1, 2004 and December 31, 2014.
US Renal Data System.

Females had lower odds of using AV access than males for HD initiation



Race and Sex Disparities in Outcomes of Dialysis Access Maintenance Interventions

Retrospective cohort study of first-time arteriovenous (AV) access recipients were drawn from a 5% sample of Medicare beneficiaries, containing claims from all clinical settings (**2009–2014**) in **2,693 patients** who received their first AV fistula/graft in 2009.



Gender-Based Utilization and Outcomes of Autogenous Fistulas and Prosthetic Grafts for Hemodialysis Access

Retrospective analysis of all patients in the United States Renal Data System who had an AVF or AVG placed for HD access (January 2007 to December 2014).

Female gender:

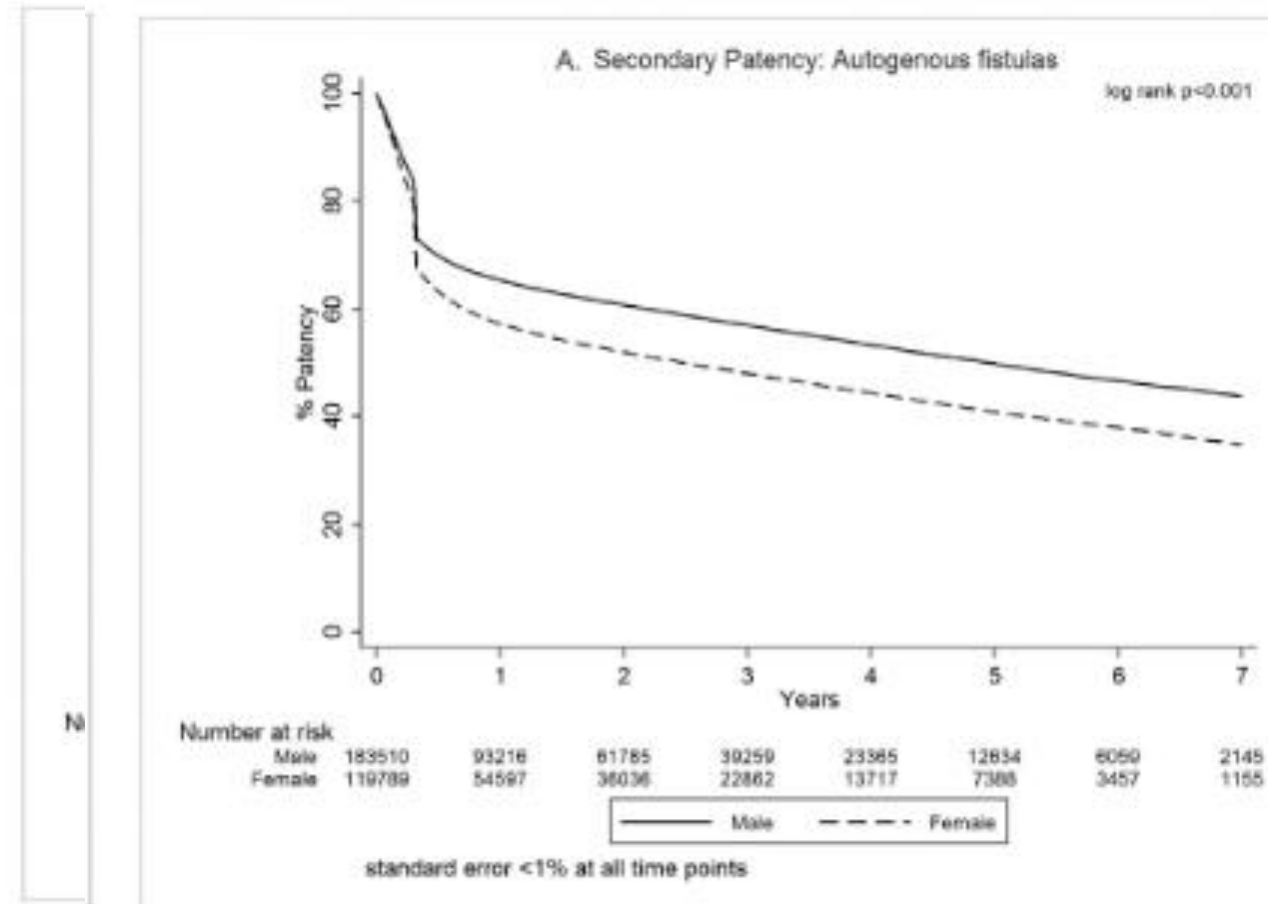
Associated with a lower prevalence of preemptive AVF's

Higher utilization of catheters as a bridge to AVF

Lower patency compared with males.

No difference in access maturation

Patient survival was higher for females compared with males.



Isibor J. Arhuidese. Ann Vasc Surg 2020; 65: 196–205

Gender-Based Utilization and Outcomes of Autogenous Fistulas and Prosthetic Grafts for Hemodialysis Access

Female gender:

Table IV. Long-term outcome comparing females with males who received autogenous fistulas and prosthetic grafts: multivariable Cox regression analysis

Outcome	Autogenous fistula		Prosthetic graft	
	HR (95% CI)	P value	HR (95% CI)	P value
Primary patency	0.87 (0.86–0.88)	<0.001	0.96 (0.95–0.98)	<0.001
Primary-assisted patency	0.84 (0.83–0.84)	<0.001	0.97 (0.95–0.98)	<0.001
Secondary patency	0.85 (0.84–0.86)	<0.001	0.98 (0.96–0.99)	0.028
Patient survival	1.08 (1.07–1.09)	<0.001	1.13 (1.11–1.15)	<0.001

Variables included in the multivariable analyses: age, race, BMI, hypertension, coronary artery disease, congestive heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, functional dependence, cancer, and active smoking.



Gender Disparities in Vascular Access Surgical Outcomes in Elderly HD Patients

9,458 elderly patients
(≥67 years)
(4,927 males and 4,531
females) initiating

Mujeres:

< FAV

< uso y

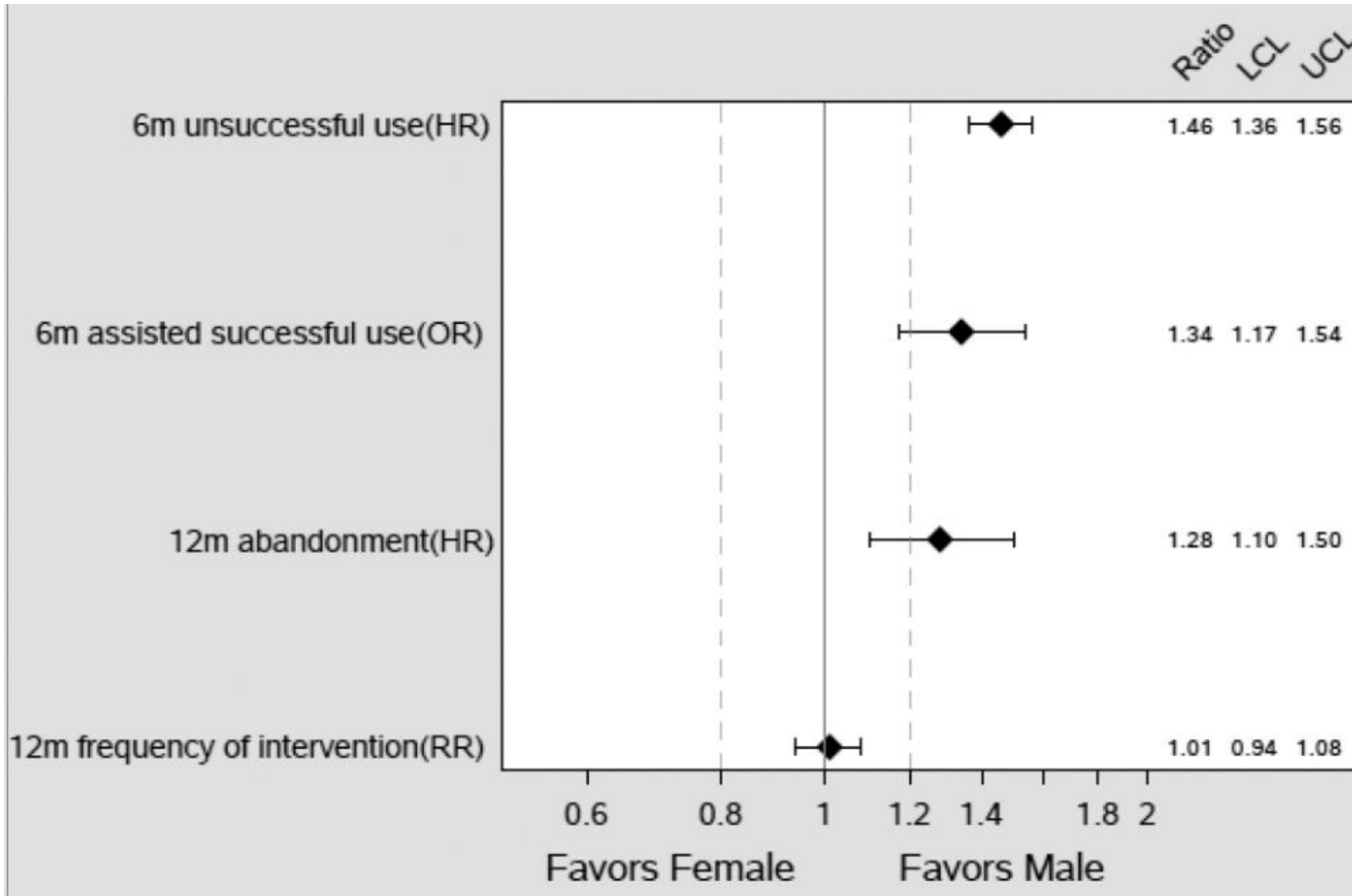
> abandono AV

< Prótesis,

> abandono y

> intervenciones

Timy Lee. Am J Nephrol.
2019 ; 49(1): 11–19.



Racial and Sex Disparities in Catheter Use and Dialysis Access in the United States Medicare Population

METHODS

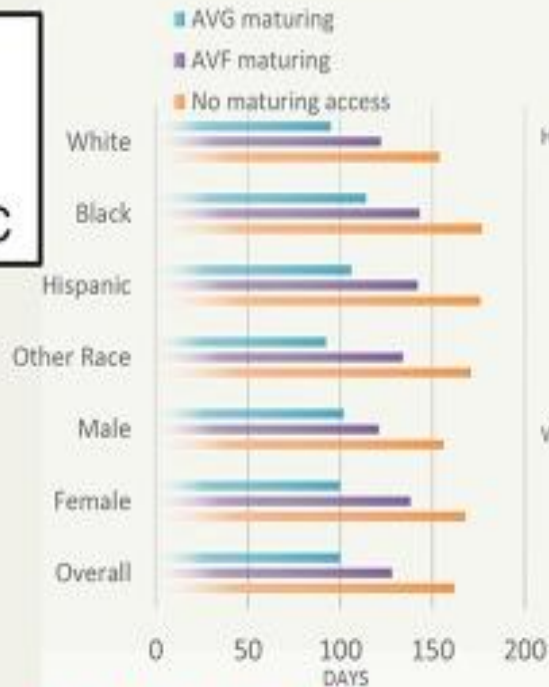
2010-2013 USRDS:
Medicare-linked claims
Age ≥ 66 years
Incident dialysis using CVC

Race/Ethnicity
Sex

Transition to
AVF/AVG

OUTCOME

MEDIAN DAYS ON CVC



CVC Transitions at 1 year by Race/Ethnicity



CVC Transitions at 1 year by Gender



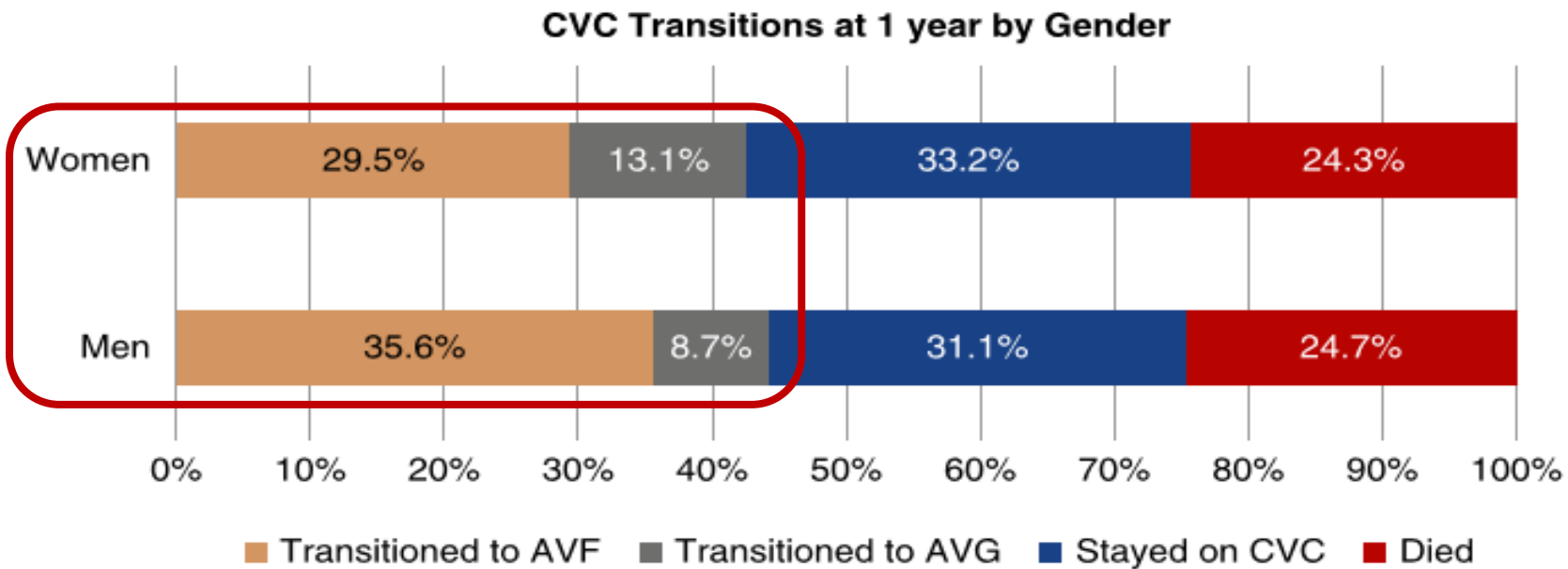
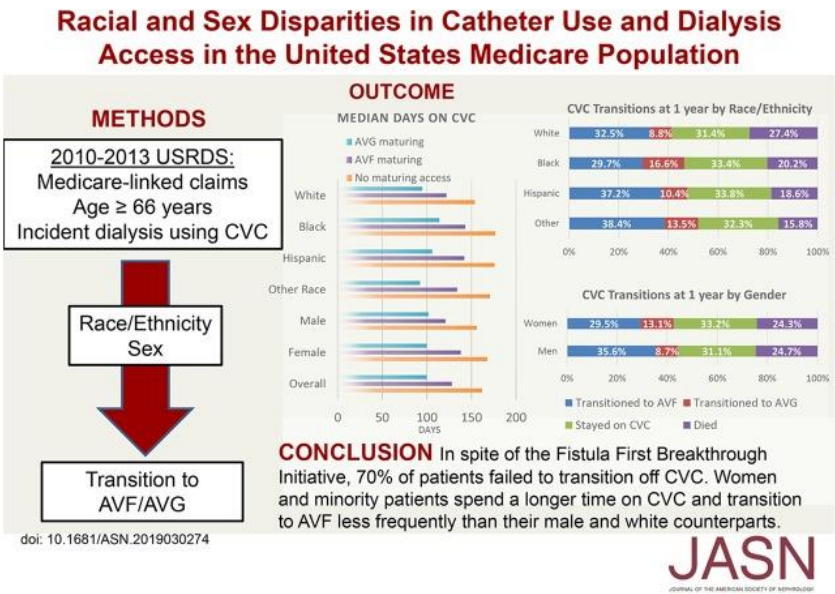
CONCLUSION In spite of the Fistula First Breakthrough Initiative, 70% of patients failed to transition off CVC. Women and minority patients spend a longer time on CVC and transition to AVF less frequently than their male and white counterparts.

Las mujeres están más tiempo con CT y tienen menos probabilidad de cambiar a un AV permanente

S. Arya. JASN 31: 625–636, 2020.

Racial and Sex Disparities in Catheter Use and Dialysis Access in the United States Medicare Population

Las mujeres están más tiempo con CT y tienen menos probabilidad de cambiar a un AV permanente



S. Arya. JASN 31: 625–636, 2020. doi:
<https://doi.org/10.1681/ASN.2019030274>

Gender Disparities in Vascular Access and One-Year Mortality among Incident HD Patients: An Epidemiological Study in Lazio Region, Italy

Patients who started HD using AVF were predominantly **male (69.6 vs. 60.1%)**.

Gender	N	AVF	CVC	Univariable Model		
		N (%)	N (%)	Estimate	95% CI	p-Value
Male	5868	3078 (52.5)	2790 (47.6)	0.656	0.602	0.716
Female	3200	1344 (42.0)	1856 (58.0)			<0.001

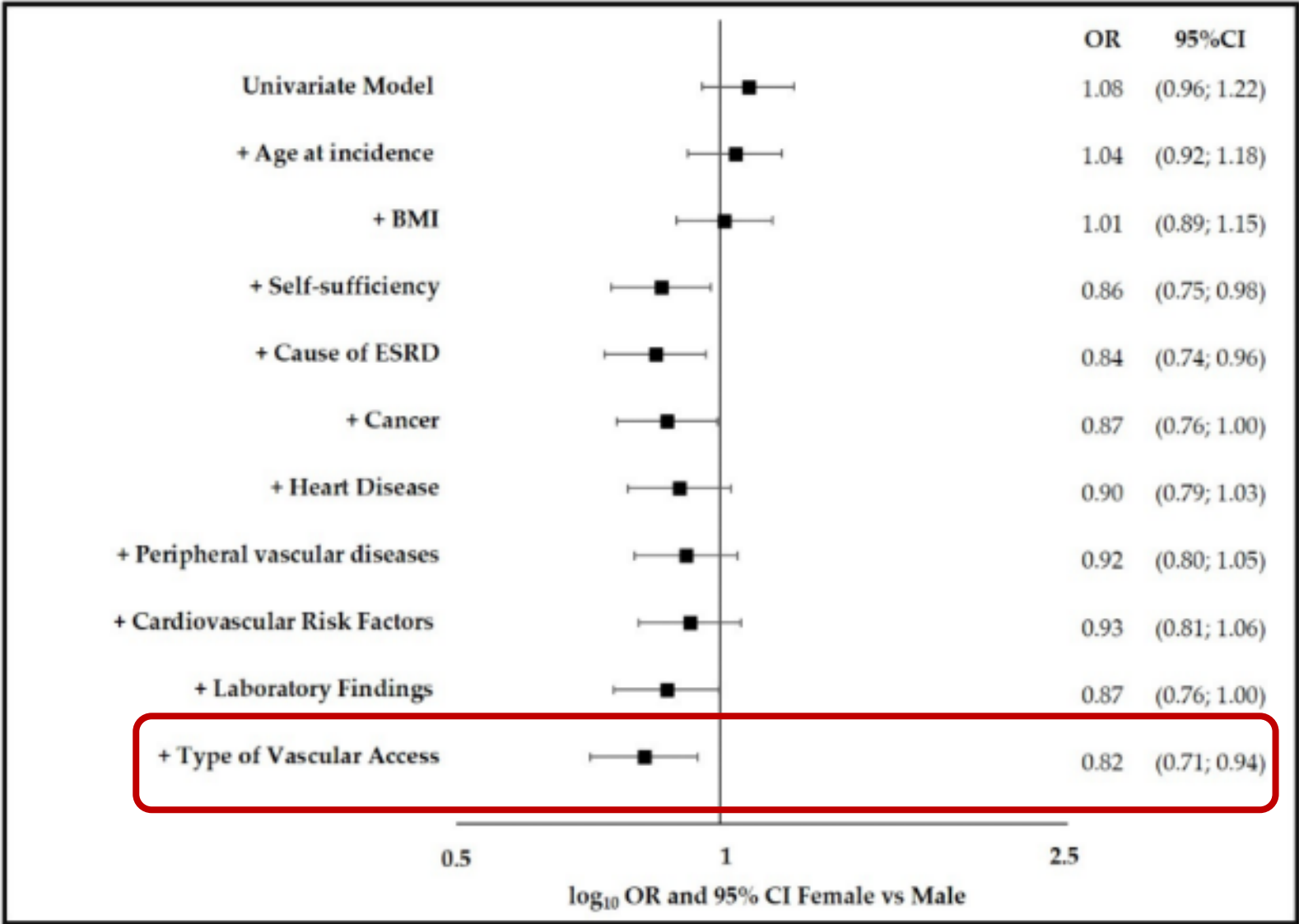
Association between gender and type of vascular access (AVF vs. CVC) for HD initiation.

Univariable and multivariable logistic regression.

Multivariable Model *			
Estimate	95% CI	p-Value	
0.667	0.606	0.733	<0.001



Gender Disparities in Vascular Access and One-Year Mortality among Incident HD Patients: An Epidemiological Study in Lazio Region, Italy



The survival advantage that women have over men in the general population was markedly diminished in HD where **women’s survival was equal or slightly better than men’s survival.**

Furthermore, women **start HD more frequently with CVC** and are characterized by higher mortality due to access-related infections

¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

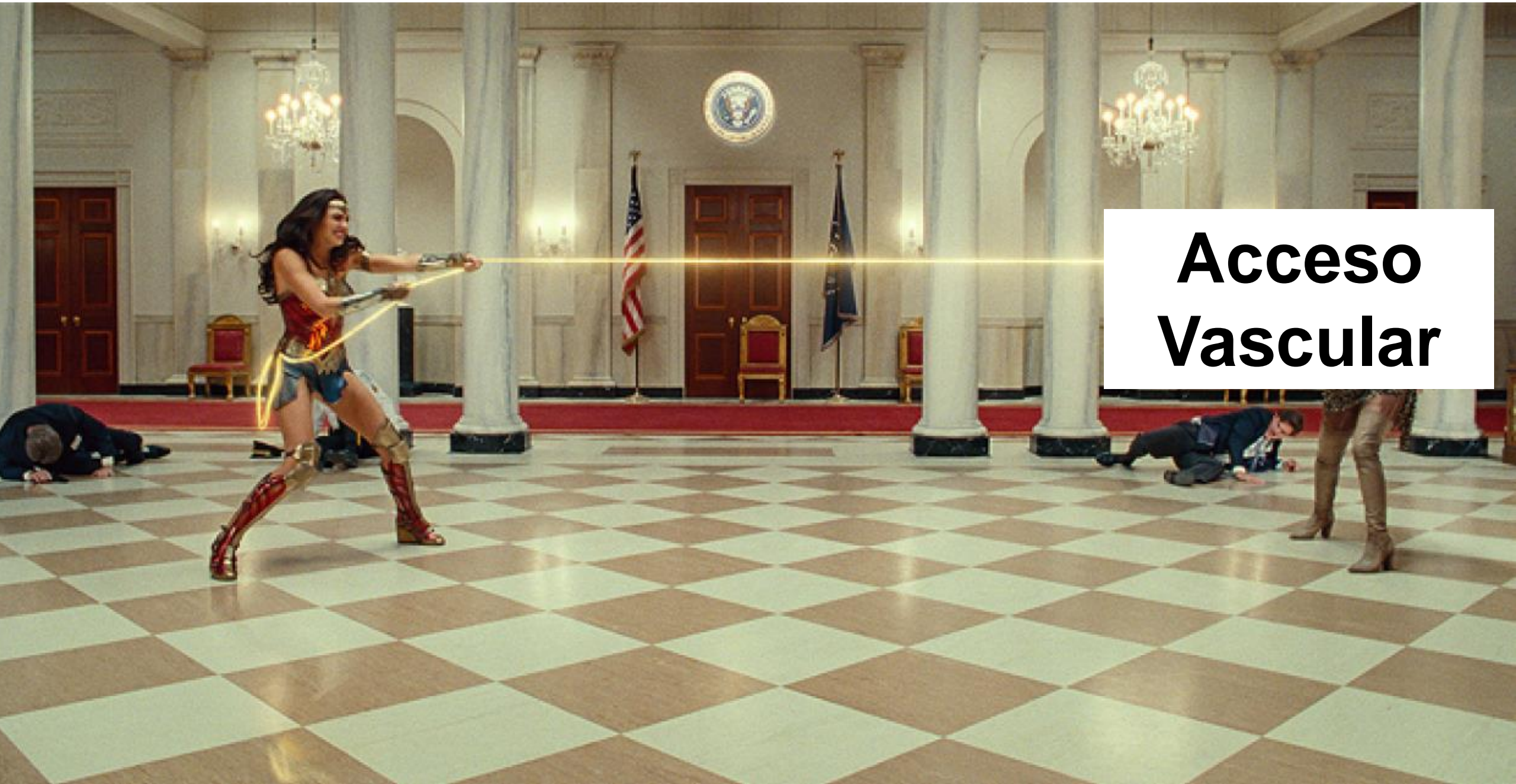
¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?



Acceso Vascular





Analizar nuestra población en HD en el momento actual y comparar el AV que presentaban nuestros pacientes diferenciados por su género.

Material y Métodos:

Analizamos todos los pacientes incluidos en nuestra Unidad de HD a fecha 31 de mayo de 2023 y **se comparó el tipo de AV en población femenina y masculina.**

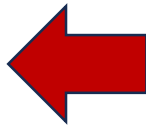
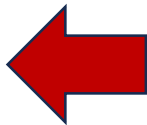
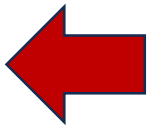
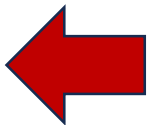


Resultados:

Nuestra unidad de HD presentaba 64 pacientes en el momento del estudio.

El 70% (14) de las mujeres eran portadoras de catéter tunelizado (CT) en comparación al 48% (21) en varones. (p: 0.11).

	Hombre N= 44	Mujer N= 20
DM		
No	55% (24)	30% (6)
Si	45% (20)	70% (14)
Sintrom		
No	75% (33)	95% (19)
Si	25% (11)	5% (1)
Etiología ERC		
No filiada	20% (9)	15% (3)
DM	27% (12)	50% (10)
GNF	27% (12)	25% (5)
PQR	8% (3)	-
NTIC	9% (4)	5% (1)
HTA	9% (4)	-
Otros	-	5% (1)
Primer AV		
No	80% (35)	80% (16)
Si	20% (9)	20% (4)
Portador CT		
No	52% (23)	30% (6)
Si	48% (21)	70% (14)



Del total de mujeres, 8 de ellas (40%) presentaban una FAV (2 en fase de maduración) y de los hombres, 22 portaban FAV (50%).

Solo 1 mujer portadora de prótesis (5%) vs 5 injertos en varones (9%).

El número de AV previos al AV vigente fue mayor en mujeres.

Portador FAV actual	Hombre	Mujer
No	50% (22)	60% (12)
Si	50% (22)	40% (8)
FAV RC		
No	74% (32)	85% (17)
Si	26% (11)	15% (3)
FAV HC		
No	65% (28)	75% (15)
Si	35% (15)	25% (5)
FAV HB		
No	98% (42)	95% (19)
Si	2% (1)	5% (1)
Nº AV previos	1.7 (1.5)	2.2 (1.9)



Conclusión:

El porcentaje de CT es elevado en nuestra unidad de HD, por encima de las actuales recomendaciones de las Guías del AV.

Este porcentaje es aún mayor en las mujeres.

Entre los diversos factores a considerar podría influir el **mayor porcentaje de DM en el grupo femenino** de nuestra Unidad.

Mejorar el porcentaje de prótesis podría ser una opción para reducir el número de CT.



¿por qué tan difícil un acceso vascular?

¿por qué más catéteres?

¿por qué pocas prótesis?

¿y nuestra realidad?

¿alguna conclusión?





**Las mujeres comienzan más
frecuentemente con CT**

**No parece que esté justificado solo por el
tamaño de las venas**

**La FAV sigue siendo la mejor opción
Una prótesis mejor que un CT**





The Forgotten Sex

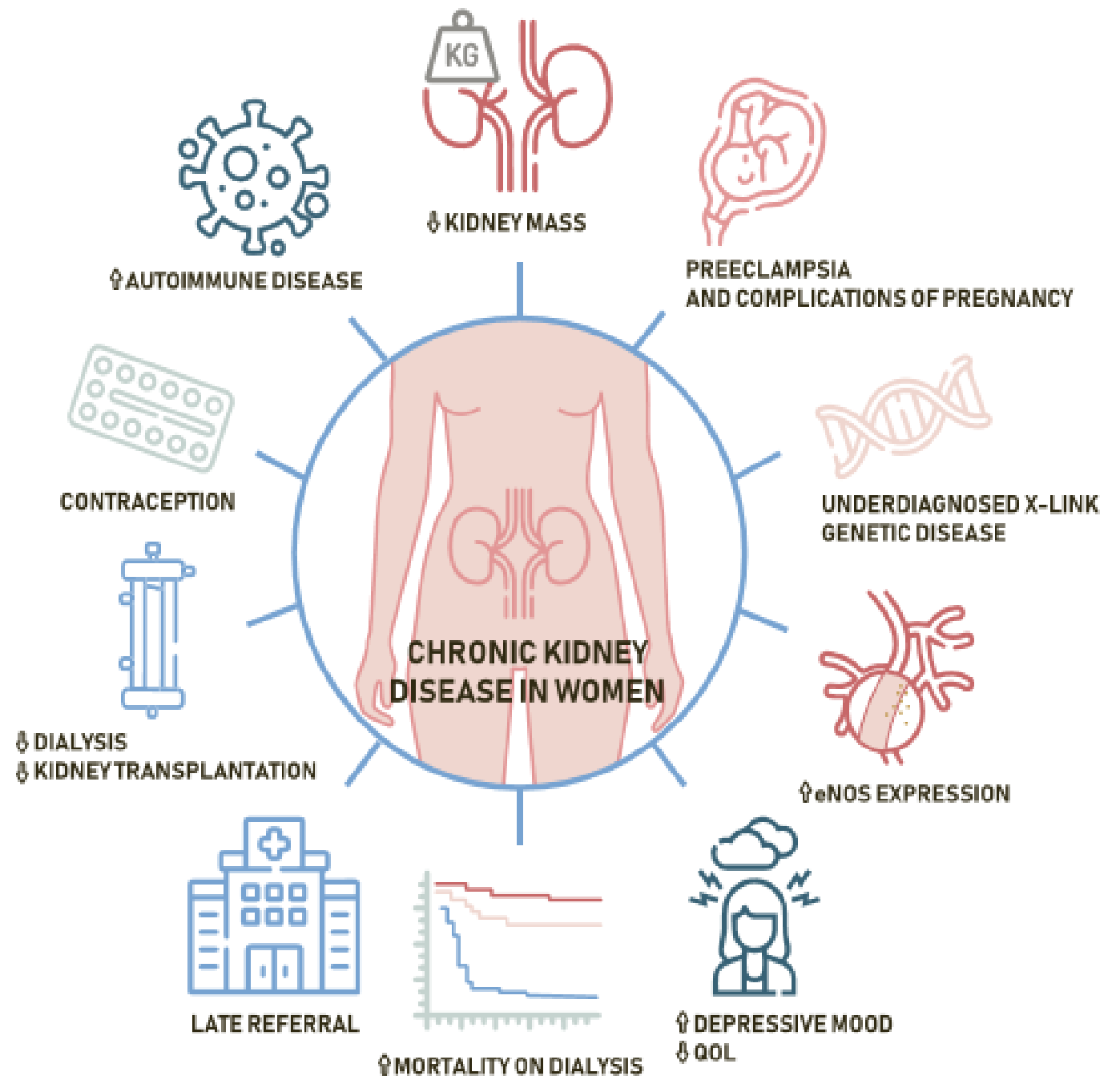
gender disparities in kidney disease

CKJ REVIEW

Why do we keep ignoring sex in kidney disease?

Magdalena Jankowska¹, María José Soler², Kate I. Stevens³
and Roser Torra⁴

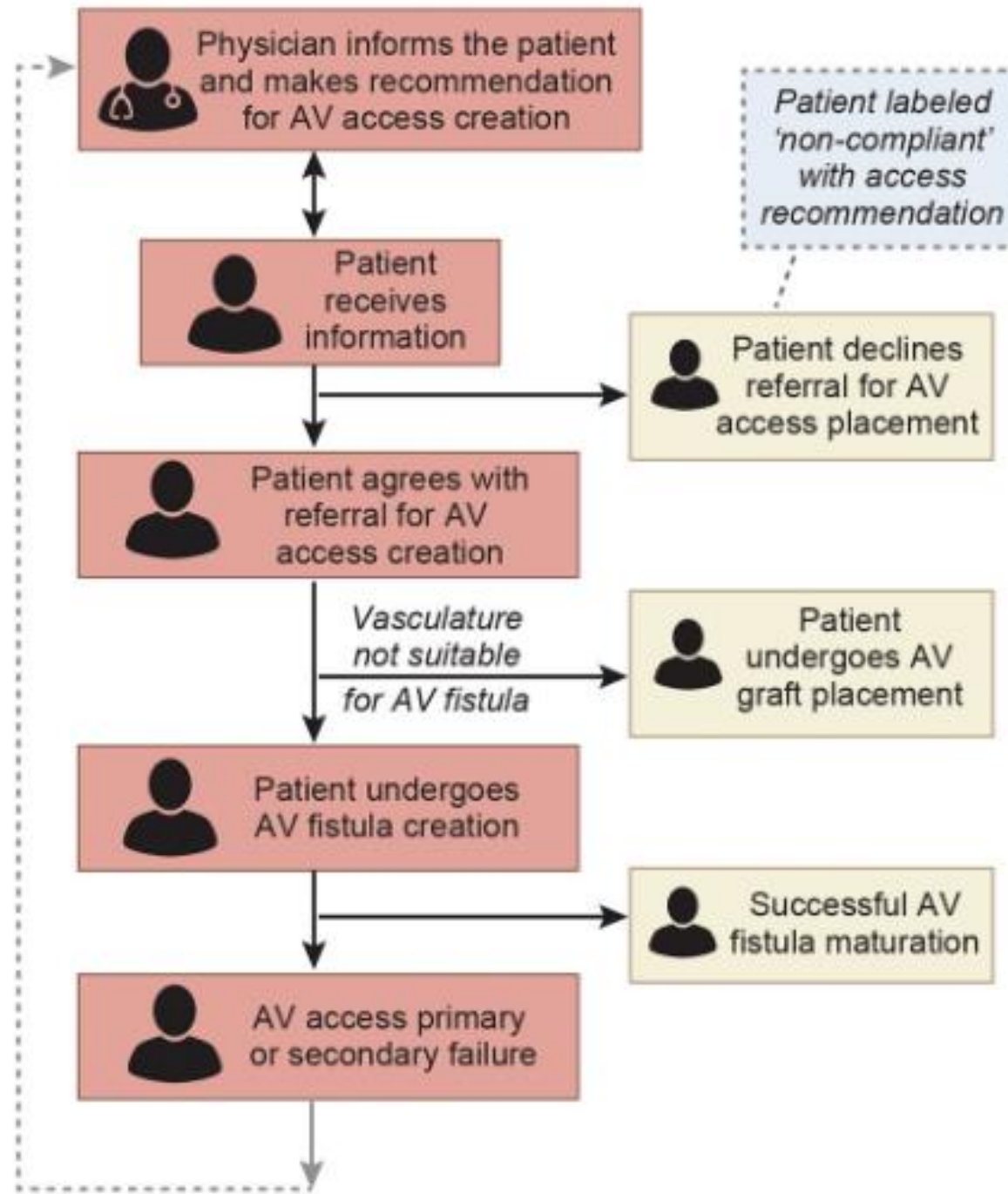
Los sistemas de salud se basan en modelos-masculinos



Shared-decision making in HD vascular access practice

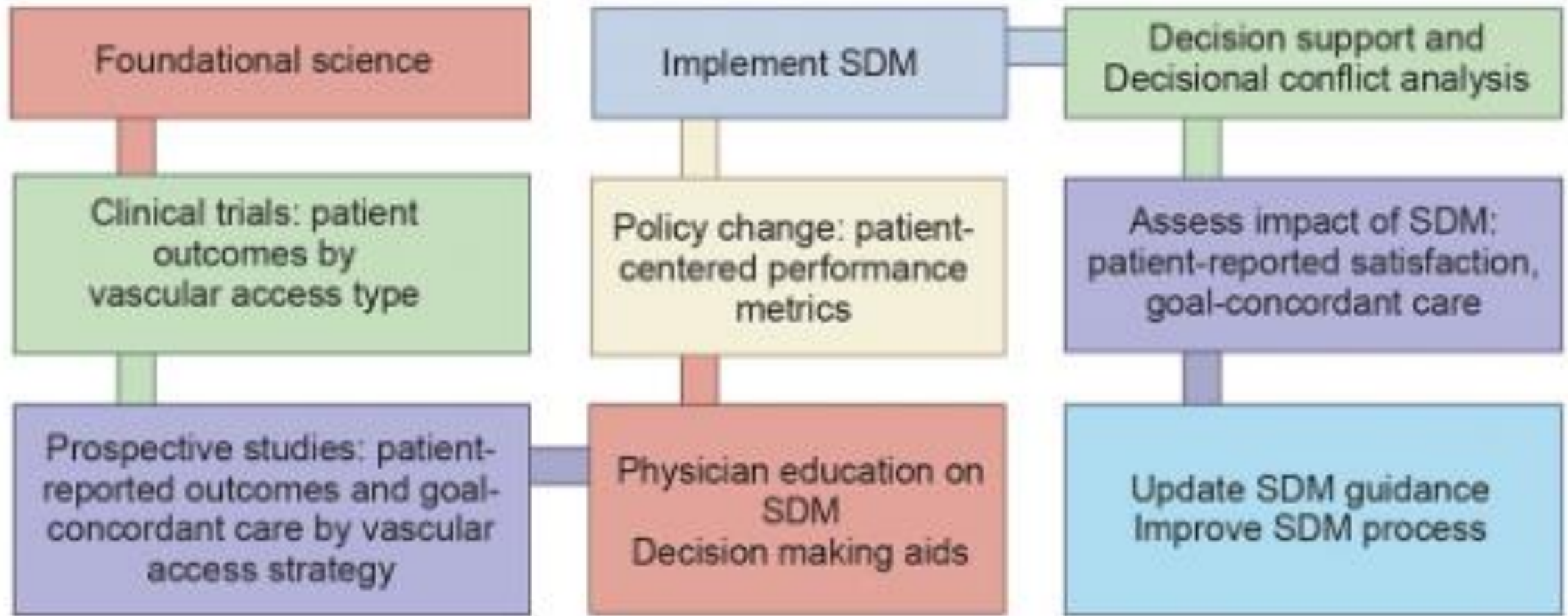
Mariana Murea, Carl R. Grey,
Charmaine E. Lok.

Kidney Int. 2021 October ; 100(4): 799–808



Shared-decision making in HD vascular access practice

Mariana Murea, Carl R. Grey, Charmaine E. Lok.



Kidney Int. 2021 October ; 100(4): 799–808



Preguntas Más Comunes

1. ¿Por qué debo obtener una Fístula A-V?
Con el cuidado adecuado las FAVs tienden a durar más que otros tipos de accesos para diálisis y requieren menos intervenciones.
2. ¿Cómo puedo obtener una Fístula A-V?
Puede iniciar esta discusión con el médico o la enfermera en su clínica de diálisis.
3. No me gustan las agujas, ¿cómo puedo tolerar el dolor y el miedo?
No hay duda que una Fístula A-V requiere insertar dos agujas en el sitio acceso. Puede preguntarle al personal de la clínica o a su médico si puede usar agujas más pequeñas o aprender a insertarse sus propias agujas como lo hacen otros pacientes. Por favor pregunte al personal de la clínica sobre la técnica "Buttonhole" ("Orificio de botón"). Trate también de usar técnicas de relajación y hacer ejercicios de respiración.
4. ¿Cómo puedo cuidar mi Fístula A-V después de mi tratamiento de diálisis?
Se requiere que usted aplique presión en los sitios de aguja para parar la sangre. También tiene que monitorear su acceso para el pulso o el zumbido asociado con su Fístula A-V aun en sus días de descanso.

5 Razones para considerar obtener una Fístula A-V:

1. Menos infecciones
2. Menos hospitalizaciones
3. Menos problemas con coágulos
4. Mejor flujo de sangre para mejores tratamientos
5. Puede durar por más tiempo (años) en comparación con los otros tipos de acceso que llegan a durar semanas y meses

Publicación #11059 Marzo 2004

Para aprender más sobre Fístulas A-V y cual opción de acceso vascular puede ser mejor para usted, por favor visite los siguientes sitios web:

www.nwrdnet.org
www.nwrenalnetwork.org
www.asdnet17.org

Creado por la ffd 17

Imagen(es) fueron reproducida(s) con permiso de la Society for Vascular Surgery. Para más información, visite www.svsociety.org

Con apoyo de The Centers for Medicare & Medicaid Services Contract #1665M-000-2006-SN01 USC; #1665M-000-2006-SN01 USC; #1665M-000-2006-SN01 USC; #1665M-000-2006-SN01 USC. Las agencias y contratadores expresados son los de los servicios. No reflejan necesariamente la política de CMS.

Fístula Arteriovenosa En Español

Arteriovenous fistula

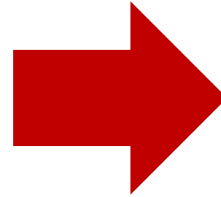
Blood from dialyzer

Blood to dialyzer

Vein

Artery

Northwest Renal Network
4702 42nd Avenue SW
Seattle, WA 98116
Tel: 206-923-0714



Luisa 72 años

DM tipo 2 desde los 51 años

Obesidad.

Retinopatía.

Fibrilación auricular

.....

Enfermedad Renal

Inicio de Diálisis

Luisa ha fallecido el 08 de agosto
de 2023

**Con 86 años tras 14 años
en HD**

**Con una FAV radiocefálica
izquierda funcionando
durante 14 años**



2001



2011



2021



¡INDIVIDUALIZAR EL ACCESO VASCULAR!

Muchas gracias! jluis.merino@salud.madrid.org

