

Concepção e operacionalização dum centro cirúrgico para acessos vasculares

Pedro Ponce, Humberto Messias, Carlos Oliveira, Jesus Salgueiro, Jaime Tavares.

Fresenius Medical Care – Portugal

RESUMO

O tipo de serviço prestado na construção e manutenção do acesso vascular para hemodiálise é manifestamente tardio, deficiente e fragmentado, contribuindo de forma dramática para um número crescente de doentes dialisados utilizando uma prótese vascular ou cateter central como acesso, com conseqüente aumento de custos, morbidade e mortalidade.

Relatamos a nossa experiência na organização e funcionamento de um centro cirúrgico de acessos vasculares que responde em tempo útil a estas insuficiências, bem como os

mecanismos implementados para controlo de qualidade da sua actividade e os resultados preliminares dos primeiros meses.

Palavras-chave: Acessos Vasculares, Cirurgia, Hemodiálise

SUMMARY

DESIGN AND MANAGEMENT OF A VASCULAR ACCESS SURGICAL UNIT

The Vascular Access care provided for our haemodialysis patients is considered to be precarious and fragmented, resulting in an ever growing number of patients being dialysed by PTFE grafts or central catheters, with rising maintenance costs and increased morbidity and mortality.

Recebido em: 22/12/2004

Aceite em: 29/12/2004

We report on our experience in designing and managing a full-time vascular access surgical unit, to timely approach these shortcomings. We present the information system that enables the exchange of administrative and clinical information between dialysis and surgical unit, as well as auditing the quality of our activity.

Preliminary results of our first months of operation are reported. The access to an expert surgeon improved dramatically, the number of transient catheters dropped significantly, but we still have to prove that we can increase the number of prevalent native fistulas to our target of 80%.

Key-words: Haemodialysis, Surgery, Vascular Access

INTRODUÇÃO

A construção e manutenção do acesso vascular para hemodiálise constituem uma das nossas principais preocupações no manejo do doente em diálise, já que os problemas do acesso vascular contribuem nos E.U.A. para mais de 50% dos custos do programa de tratamento da Insuficiência Renal Crónica durante o primeiro ano, sendo também entre nós a maior causa de morbidade (com cerca de 25% dos internamentos) e indirectamente de mortalidade.

Em contraste com a excelente qualidade do tratamento dialítico fornecido nas nossas clinicas, a criação e manutenção do acesso vascular deixam muito a desejar.

Com efeito, da análise do relatório extraído da base de dados EUCLID da Fresenius Medical Care - Europe, comparando em 2004 a performance do nosso país (28 clinicas FMC- Por-

tugal) com a dos outros países europeus, verificamos que a percentagem de doentes em Portugal dialisados por fistula arterio-venosa nativa (FAV) é consistentemente, nos últimos 4 anos, 10 a 12% inferior à média europeia, ninguém apresentando uma utilização prevalente de próteses de PTFE mais elevadas do que nós.

As próteses de PTFE são substancialmente mais caras e laboriosas no acto da sua construção, têm taxas de falência (trombose) e este-nose muito superiores à da FAV nativa, consomem muito mais procedimentos angiográficos e cirúrgicos até à sua falência definitiva, aumentam dramaticamente o número de complicações infecciosas, são causa de um muito maior número de tratamentos perdidos e por fim induzem um nível muito superior de angústia e sofrimento aos doentes seus portadores, bem como são marcadores de uma maior mortalidade.

Como muito bem resumiu o grupo de trabalho para os acessos vasculares das K-DOQI, “a nossa prioridade é tão somente aumentar a prevalência de FAVs nos doentes em diálise”.

Nos últimos anos, infelizmente, temos vindo a afastarmo-nos da resolução deste problema. O acesso dos doentes a cirurgias com experiência em cirurgia de acesso vascular é muito limitado, a legislação vigente só agravou a situação, o montante dos reembolsos para este tipo de cirurgia é quase ofensivo. Têm sido os prestadores privados de diálise, que financiando o S.N.S. incapaz de responder a esta sua obrigação, convidam cirurgiões experientes e suportam os seus honorários na cirurgia do acesso em instalações próprias, a custos bem superiores aos do reembolso oficial.

Neste contexto, a coordenação clínica da FMC, contando com o suporte ilimitado da administração da companhia, decidiu assumir como prioridade estruturar e profissionalizar este serviço de apoio aos doentes da sua rede de clinicas ou a outros que o solicitem.

PROJECTO

No imediato, o projecto de um Centro Cirúrgico de Acessos Vasculares (CCAV), tinha como principal objectivo o acesso de qualquer doente da rede a um cirurgião experiente na cirurgia do acesso vascular nas 24 horas seguintes à identificação dessa necessidade pelo seu nefrologista e numa fase seguinte o incremento da percentagem de doentes dialisados por FAV nativa.

Por razões de ordem logística e económica, pensámos ser mais operacional no arranque abdicar do modelo ideal do centro integrado de acessos vasculares, com cirurgia e angiografia de intervenção e centrarmo-nos na garantia de uma resposta cirúrgica de qualidade e atempada, que permita reduzir ao mínimo o número de tratamentos perdidos e a necessidade de implantação de catéteres provisórios, como acesso vascular de recurso.

Das várias soluções pensadas, a que nos pareceu mais viável no curto prazo foi a ampliação e renovação da estrutura existente nas instalações da clínica FMC Lumiar, criando uma unidade autónoma, o Centro Cirúrgico de Acessos Vasculares, em laboração contínua de 2ª a 6ªfeira, das 9:00h às 23:00 horas, 10 períodos semanais de consulta/bloco, com sala de espera independente, secretariado próprio, enfermagem dedicada, gabinete de consulta, esterilização, circuito de sujos/limpos e uma sala de bloco de cirurgia de ambulatório devidamente equipada.

O CCAV tem como direcção o nefrologista coordenador clínico da companhia, que representa os interesses dos nefrologistas e doentes nesta actividade complementar de interesse capital para o sucesso terapêutico das unidades de diálise e, serve, como é aliás sua função, de inter-

face entre os cirurgiões e a Direcção Geral da companhia.

Foram convidados 5 cirurgiões de formações diversas (gerais e vasculares), seleccionadas pela sua reconhecida experiência e capacidade nesta área, dois deles já a exercer esta actividade de forma menos estruturada e descontínua.

São assessorados por 7 enfermeiras circulantes/instrumentistas e 3 secretárias administrativas.

Para agilizar o contacto entre as várias clínicas e o CCAV, mantendo os registos da actividade efectuada para fins de auditoria clínica e de facturação, desenvolvemos um programa informático original, instalado nas clínicas e no CCAV, que permite um diálogo “online” via intranet (Lotus Notes) entre os vários intervenientes.

A ficha individual de cada doente, disponível em simultâneo no CCAV e na sua unidade de diálise, tem um “lay-out” com três componentes.

Uma primeira parte administrativa, com a identificação e outros dados demográficos e

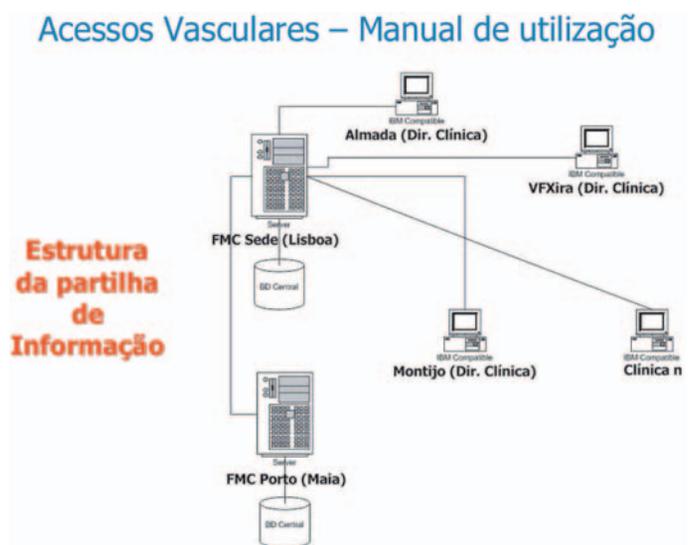


Figura 1: Esquema da partilha de informação do sistema informático de suporte ao CCAV

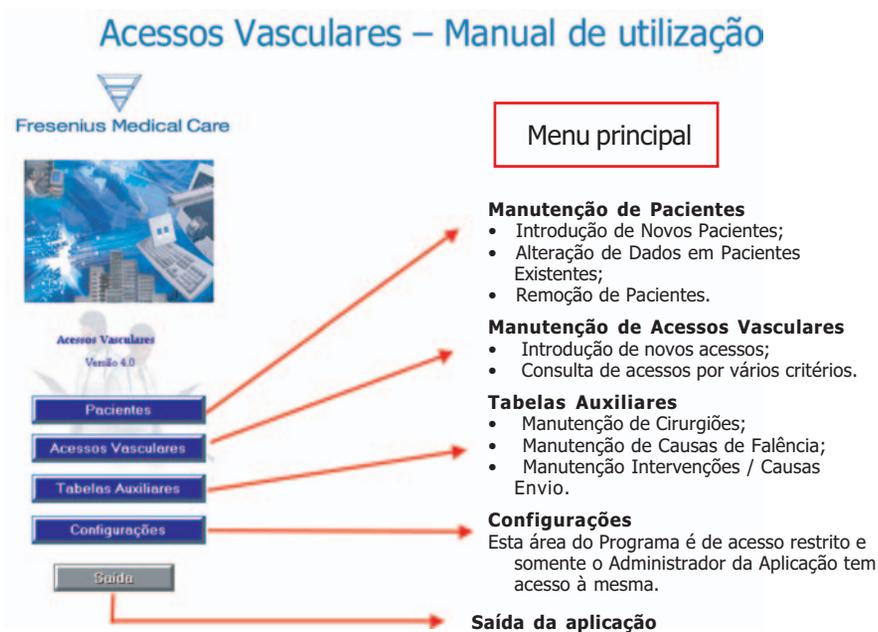


Figura 2: Aspectos do Menu Principal do programa informático

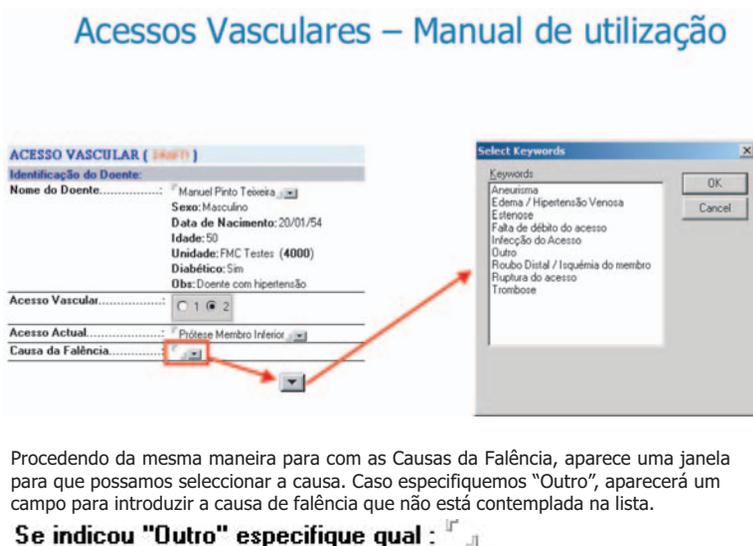
administrativos do doente, “congelada” depois de preenchida.

Um segundo componente preenchido pelo nefrologista da clínica com 3 campos cada um com o seu menu de escolha. Este componente substitui a antiga carta enviada ao cirurgião, informa sobre o tipo de acesso do doente, a causa do envio ao CCAV e tem um terceiro campo de escrita livre para qualquer observação clínica extra.

Por fim, o terceiro segmento é preenchido pelo cirurgião do CCAV após a efectivação do acto cirúrgico, apenas com 2 campos, um que se preenche abrindo o menu do tipo de intervenção efectuada e um segundo campo com observações em texto livre, em que o cirurgião fornece informações úteis para a utilização do acesso na unidade de diálise.

A referência de doentes ao CCAV é imediata por contacto telefónico para o secretariado, ao mesmo tempo que se enviam os dois segmentos iniciais da ficha do doente.

Consideramos doentes urgentes, a serem observados no próprio dia ou dia seguinte: a) Acesso trombosado, b) Ruptura do acesso, c) Foco de infecção com repercussão sistémica.



Procedendo da mesma maneira para com as Causas da Falência, aparece uma janela para que possamos seleccionar a causa. Caso especificemos “Outro”, aparecerá um campo para introduzir a causa de falência que não está contemplada na lista.

Se indicou "Outro" especifique qual :

Figura 3: Exemplo do “display” dos campos com a informação enviada pelo nefrologista do CCAV, com o tipo de acesso actual e o menu das causas de falência

Os doentes intervencionados há menos de 3 meses, requerendo nova intervenção, devem, sempre que possível, ser referidos ao mesmo cirurgião, a não ser em caso de urgência ou quando o doente expresse o desejo de ser visto por outro cirurgião.

Este sistema de registo permite-nos auditar os nossos resultados, dando feed-back aos cirurgiões e às clínicas do resultado deste esforço. Numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade, adoptámos como indicadores alvo de qualidade para o CCAV: 1) 80% de FAV na construção de primeiros acessos, 2) 60% de FAV na construção de segundos acessos, 3) Falência de FAVs nos primeiros 3 meses após construção inferior a 20%, 4) Falência de próteses de PTFE nos primeiros 3 meses inferior a 10%, 5) Ausência de infecções do acesso nos primeiros 15 dias.

O contrato efectuado com os cirurgiões, pressupõe uma avença fixa e uma remuneração

por acto cirúrgico, adoptámos como incentivo à construção ou salvamento de FAVs nativas remunerá-las pelo mesmo quantitativo da prótese de PTFE, isto é um preço único por acto.

RESULTADOS

O programa do CCAV iniciou a sua actividade em Janeiro de 2004. Nos primeiros 9 meses foram efectuadas 1522 cirurgias de acesso. Dos acessos construídos 71% foram FAV nativas e 29% próteses de PTFE, numa média de 0.89 intervenções por hora de ocupação de bloco ou uma média de 74 minutos por intervenção, com alguma heterogeneidade entre cirurgiões, que iremos analisar e procurar uniformizar.

Neste período notámos uma redução substancial de doentes em lista de espera para angiografia de intervenção no Hospital Garcia

Tipo de Acesso por Cirurgião

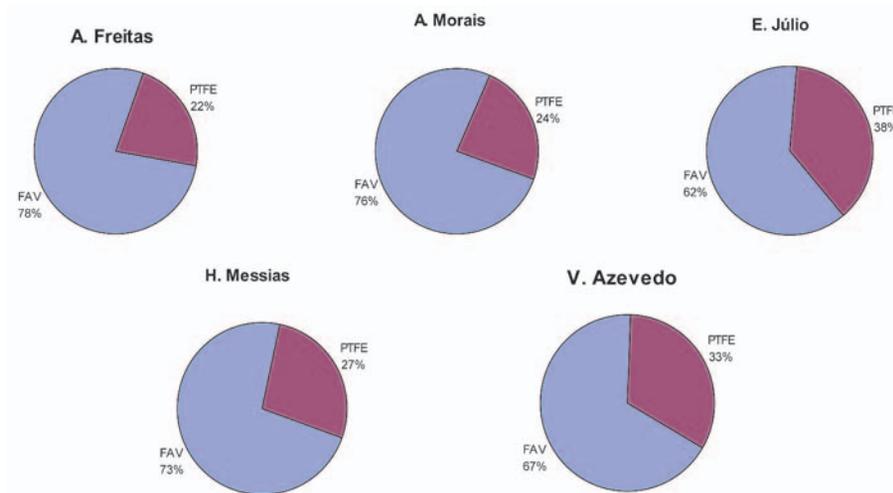


Figura 4: Exemplo de informação colhida para auditar a actividade cirúrgica

de Orta e no Curry Cabral, as 2 instituições que na região Sul efectuam estes procedimentos e, em 3 clínicas escolhidas como amostra, o número de cateteres provisórios decresceu de 6% para 2.5%, sem alteração no número de cateteres de longa duração.

Espera-nos um longo caminho de análise e reflexão para atingirmos o objectivo de mais de 80% de FAVs como acesso vascular prevalente.

CONCLUSÃO

Os prestadores privados de hemodiálise têm empreendido nos últimos anos um esforço notável para fornecerem aos doentes que tratam o serviço possível na construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise.

Na Fresenius Medical Care pretendemos com a reorganização desta actividade, de interesse vital para a assistência integral aos nossos doentes, criar um modelo de estudo, que seja possível estender a outras regiões do país, visando quebrar o circuito fatal do mendigar do termo de responsabilidade no hospital público, a longa fila de espera pelo cirurgião certo, os múltiplos cateteres provisórios a que a espera obriga, a multiplicação de internamentos dispensáveis e, por fim, prepararmo-nos para fazer face a um futuro preço compreensivo para o reembolso do tratamento do insuficiente renal crónico, em que os custos de manutenção do acesso vascular são dos mais importantes e presentemente impossíveis de prever.

No entanto, para ser viável no médio e longo prazo, há que explicar aos responsáveis do Ministério da Saúde e ARSs a importância fulcral desta iniciativa e que o seu sucesso dependerá necessariamente da alteração da legislação vigente nesta área e da revisão justa e

proporcional dos montantes de reembolso.

O reembolso actualmente praticado pelo S.N.S. para a cirurgia de acesso vascular, é grosseiramente insuficiente. Se não vejamos:

- O número de cirurgiões com real capacidade para realizarem este tipo de cirurgia é exíguo e atraído por outros tipos de cirurgia, terão que ser motivados para fixar mais horas do seu dia nesta actividade
- A maior parte desta cirurgia deverá ser feita em regime de cirurgia de ambulatório, carece sempre de um ajudante, médico ou enfermeiro treinado e por vezes da presença de anestesista, qualquer destes técnicos impossível de remunerar com o que é pago actualmente por cada acto cirúrgico de acesso.
- Note-se que o montante pago por este tipo de cirurgia, deveria cobrir ainda um mínimo de 2 consultas com o cirurgião (pré e pós) e um ecodoppler vascular dos membros prévio para planificar a cirurgia.
- Comparativamente com a intervenção endovascular por angiografia, destinada a resolver o mesmo tipo de problemas e complicações do acesso vascular, esta tem preços de reembolso previstos muito mais elevados.
- A proposta de construção de acessos vasculares no âmbito do programa ACESSO, não estimulou minimamente esta actividade e os poucos serviços de cirurgia geral ou vascular com capacidade técnica para este tipo de cirurgia, não têm incentivos ou disponibilidade de bloco para aumentarem o seu apoio exíguo aos nossos doentes.
- As dificuldades de obtenção dos termos de responsabilidade emitidos pelos hospitais da rede pública, que por sua vez não prestam o serviço em tempo útil e os atrasos no reembolso pelo serviço prestado dificultam a viabilização deste projecto.

Consideramos que este é um projecto de fundo, de grande alcance e com a rara virtude de servir simultaneamente os interesses clínicos dos doentes e dos seus nefrologistas, bem como salvaguardar preocupações económicas dos prestadores privados e do Serviço Nacional de Saúde. Com efeito, o bom acesso, construído atempadamente, pelo cirurgião certo, além dos benefícios clínicos já enunciados, é de longe a forma mais económica de resolver o problema, já que evita a colocação de vários cateteres provisórios, bem como internamentos desnecessários e múltiplos procedimentos angiográficos ou cirúrgicos de recuperação de um acesso de menor qualidade.

Está nas mãos de todos os intervenientes a decisão do seu futuro.

Agradecimentos

A todos os nefrologistas/médicos assistentes dos nossos doentes, bem como os enfermeiros das

clínicas de diálise, que contribuem desde a primeira hora para a boa articulação e funcionamento desta rede de apoio vascular. Um louvor especial para os cirurgiões, Drs. Humberto Messias, António Freitas, Aragão de Morais, Eduardo Júlio e Vaz Azevedo, que aceitaram colaborar com a sua especial perícia neste projecto, nas condições possíveis, fornecendo um serviço pioneiro e de qualidade impar. Agradecemos ao Sr. enfermeiro coordenador Artur Baptista o apoio técnico prestado.

Correspondência:

Dr. Pedro Ponce
Rua Silva Cavalho 244, 1ªA
1250-250 Lisboa

BIBLIOGRAFIA

1. Bakran A, Mickley V, Deetjen J, et al: Management of the Renal Patient: Clinical Algorithms on Vascular Access for Hemodialysis. 2003, edited by Fresenius Medical Care
2. Marcelli D, Moscardo V, et al: European Clinical Data Base (Euclid) - Fresenius Medical Care, Europe.
3. Ponce P et al: Acesso à Diálise. A perspectiva nefrológica. 1997.