

ORIENTAÇÃO

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 023/2011

DATA: 09/06/2011

ASSUNTO: Acordo entre Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Centros de Diálise

PALAVRAS-CHAVE: Diálise, acessos vasculares, acordo

PARA: Unidades de Hemodiálise

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, e no que diz respeito à prestação de cuidados de saúde na área de acessos vasculares para hemodiálise, emite-se, sem prejuízo da regulamentação que sobre esta matéria vier a ser publicada conforme o Acordo estabelecido entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Centros de Diálise a 31 de janeiro de 2011, a Orientação seguinte:

I. Primeiro Acesso Vascular

1. Construção do primeiro acesso vascular para hemodiálise
 - a. Os hospitais públicos de referência dos doentes são responsáveis pela construção do primeiro acesso vascular definitivo funcionante para hemodiálise. Para este efeito, podem recorrer (no cumprimento das regras e normativos aplicáveis) a entidades externas devidamente credenciadas, designadas por centros de tratamento de acessos vasculares.
 - b. Os hospitais públicos de referência ficam impedidos de transferir doentes com acessos vasculares provisórios (catéter não tunelizado) para unidades de hemodiálise convencionadas.
2. Se o acesso vascular funcionante, à data da transferência do doente para unidade de diálise convencionada, for um cateter tunelizado com *cuff*, o hospital público de referência do doente deverá agendar construção de fístula arterio-venosa (ou prótese) no prazo máximo de 1 mês após início de hemodiálise.
3. Se não reunir condições para a construção do 1º acesso o hospital público de referência do doente poderá referenciar o doente a outro hospital público com capacidade técnica para a realização desse ato, ou subcontratar essa atividade a uma entidade terceira.
4. A título excepcional podem ser transferidos doentes para unidades de diálise convencionadas, com cateter tunelizado com *cuff*, desde que, cumulativamente, sejam contempladas as seguintes condições:
 - a. A construção de fístula arterio-venosa ou de prótese seja tecnicamente impossível por deficiente ou inexistente capital vascular, impossibilidade essa constatado em consulta de cirurgia vascular;
 - b. Obtenção de acordo, prévio, entre a direção do serviço do hospital público e a direção clínica da unidade de diálise para onde o doente é transferido.
5. No caso da exceção, mencionada no ponto anterior, ou se ocorrer incumprimento por parte do hospital público da construção do 1º acesso, conforme agendado à data da transferência do doente para a unidade convencionada, a unidade de diálise convencionada poderá encontrar uma solução técnica adequada e segura e providenciar a colocação do acesso vascular

definitivo em entidades reconhecidas pela Direção-Geral de Saúde como centros de tratamento para acessos vasculares.

- II. Acesso Vascular: manutenção do primeiro acesso ou acessos subsequentes
- a. A entidade responsável pela manutenção do acesso vascular primário, bem como pela construção e manutenção de acessos vasculares subsequentes é a unidade de diálise em que o doente recebe tratamento.
 - a. As unidades de diálise recorrem às entidades reconhecidas por esta Direção-Geral como centros de tratamento para acessos vasculares, para a execução da intervenção apropriadaⁱ no tempo adequado.
 - b. A gestão do acesso vascular pela unidade de diálise implica a sua responsabilização para todos os atos com ele relacionados, à exceção das seguintes:
 - a. Necessidade de intervenções emergentes que ponham em causa a vida do doente;
 - b. Situações, que pela sua gravidade e complexidade, requeiram internamento hospitalar, devendo o critério e decisão de admissão ser da responsabilidade do hospital público de referência que recebe o doente;
 - c. Colocação de cateteres venosos centrais.
- III. Parâmetros de vigilância e registo
1. São parâmetros de vigilância e registo na área do acesso vascular para hemodiálise:
 - a. O número de doentes atendidos;
 - b. O número das intervenções/procedimentos realizados;
 - c. O tempo médio até atendimento nas situações urgentes e eletivas;
 - d. O número de fístulas arterio-venosas com falência primária aos 3 meses;
 - e. O número de acessos vasculares com sucesso primário na trombólise/trombectomia com patência não assistida aos 7 dias;
 - f. O número falência de próteses de *PTFE* nos primeiros 3 meses;
 - g. O número infeções do acesso nos primeiros 15 dias do pós-operatório.
 2. Para monitorização da qualidade na área dos acessos vasculares, serão construídos indicadores a monitorizar neste âmbito, sendo a sua leitura assegurada através da Plataforma de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica.
- IV. Conceitos Gerais
1. Acesso vascular funcionante para hemodiálise
 - a. Acesso vascular funcionante para hemodiálise é o acesso vascular utilizável para o fim para o qual foi criado: realização de hemodiálise de forma a garantir a correção do estado de uremia do doente com insuficiência renal crónica grau 5 com necessidade de tratamento de substituição da função renal, com eficácia e sem prejuízo para o seu estado de saúde. A criação deste acesso deve atender às características específicas do doente em causa tal como: idade, sexo, índice de massa corporal, comorbilidades, esperança de vida e perspetiva

ⁱ Entende-se por intervenção apropriada aquela que melhor contribui para a existência de uma maior prevalência de fístulas arterio-venosas funcionantes e utilizáveis

- de vida em tratamento de substituição da função renal dialítico, valores tensionais, medicação crónica, período pré ou pós transplante renal.
- b. Definem-se como critérios de avaliação de acesso vascular funcionante os seguintes: acesso vascular que permite a realização de pelo menos 3 sessões de hemodiálise sucessivas, com uma taxa de redução da ureia de 65% cada, sem complicações associadas (ex: síndrome de roubo celular, infeção do acesso, hemorragia persistente). A avaliação funcional do primeiro acesso vascular para hemodiálise deve ser feita de acordo com a seguinte cronologia para os diferentes tipos de acessos (tempo mínimo de avaliação):
- imediate, para cateter tunelizado com *cuff* (situações contempladas na alínea e) do ponto 2 do Despacho nº47-A/2011);
 - aos 30 dias após implantação, para prótese vascular;
 - aos 60 dias após construção, para fístula arterio-venosa autóloga (em caso de necessidade de cirurgia de superficialização de fístula arterio-venosa programada *ab initio*, os 60 dias serão contados após a cirurgia de superficialização).
- c. Qualquer situação de complicação, associada ao primeiro acesso vascular até ao princípio da sua utilização, é da responsabilidade da instituição pública que construiu o acesso.

2. Número máximo aceitável de tentativas para construção do primeiro acesso no período de um mês.

§ O sucesso da criação e maturação dum acesso vascular definitivo depende, claramente, da técnica e da experiência cirúrgica, bem como da seleção do tipo de acesso para o doente em causa (1), (2), (3), (4). De acordo com este pressuposto, o número máximo aceitável de tentativas para construção do primeiro acesso no período de um mês é aquele que, atendendo às cláusulas obrigatórias de preservação da segurança e bem-estar do doente com insuficiência renal crónica grau 5 bem como do seu capital vascular, melhor contribui para a obtenção dum acesso vascular funcionante, no mais curto espaço de tempo, sem a necessidade de recorrer a cateter de diálise.

3. Transfusões de sangue emergentes.

§ Transfusões de sangue emergentes são aquelas em que, pela forma súbita da instalação ou deteção do quadro de anemia no doente com insuficiência renal crónica em diálise (na maior parte dos casos motivado por hemorragia ativa), há necessidade de efetuar a correção imediata da volémia e/ou da capacidade de transporte de oxigénio aos tecidos, através da administração de componentes sanguíneos, com vista a assegurar a estabilidade hemodinâmica do doente e a prevenir o risco de colapso cardiocirculatório ou de isquémia miocárdica.

Fundamentação

O acordo assinado a 31 de janeiro de 2011 entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Centros de Diálise⁵ pretende melhorar a integração dos cuidados de saúde associados à construção e monitorização dos acessos vasculares para hemodiálise, dada a sua especificidade e importância como fator determinante de morbilidade e de mortalidade.

Este acordo vem então, mais uma vez, reconhecer a relevância das unidades convencionadas para a prestação de cuidados de saúde na área da Diálise no tocante à melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados de saúde aos doentes, assim como a importância da regulação do preço na promoção da estabilidade do Sistema Nacional de Saúde.

Apoio técnico e científico

Fernando Nolasco, Helena Oliveira Sá, João Ribeiro dos Santos, José Sequeira Andrade e Sofia Mariz.

Bibliografia

- 1- Choi KL, Salman L, Krishnamurthy G, Mercado C, Merrill D, Thomas I, Artikov S, Contreras G, Khan RA, Warda A, Asif A: Impact of surgeon selection on access placement and survival following preoperative mapping in the “Fistula First” era. *Semin Dial* 21: 341–345, 2008.
- 2- Fassiadis N, Morsy M, Siva M, Marsh JE, Mankanjuola AD, Chemla ES: Does the surgeon's experience impact on radiocephalic fistula patency rates? *Semin Dial* 20: 455–457, 2007.
- 3- Hossny A: Brachiobasilic arteriovenous fistula: different surgical techniques and their effects on fistula patency and dialysis-related complications. *J Vasc Surg* 37: 821–826, 2003.
- 4- Michael Allon and Charmaine E. Lok. Dialysis Fistula or Graft: The Role for Randomized Clinical Trials. *CJASN* December (5): (12) 2348-2354, 2010.
- 5- Portugal, Ministério da Saúde: Acordo entre Ministério da Saúde e a Associação Nacional de Centros de Diálise de 31 de janeiro de 2011.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde