

Trendy w dostępie naczyniowym do hemodializy w Polsce w latach 2017-2024

Marta Serwańska-Świątek^{1,2}, Joanna Szczykowska-Miller³, Gabriela Magrian-Greener¹, Szymon Brzóska^{1,3}

¹ DaVita Polska, Wrocław

² Klinika Transplantologii, Immunologii, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski UM, Warszawa

³ I Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Dializ UM w Białymstoku, Białystok



Jakość w medycynie jest determinowana przez szereg czynników, od kompetencji personelu, standardów etycznych i klinicznych, bezpieczeństwa pacjenta po systemowe rozwiązania organizacyjne, których synergia kształtuje efektywność opieki zdrowotnej. **Rodzaj dostępu naczyniowego**, przy rozpoczynaniu dializoterapii w schyłkowej niewydolności nerek (ESKD), stanowi **uznany wskaźnik jakości opieki nefrologicznej**.

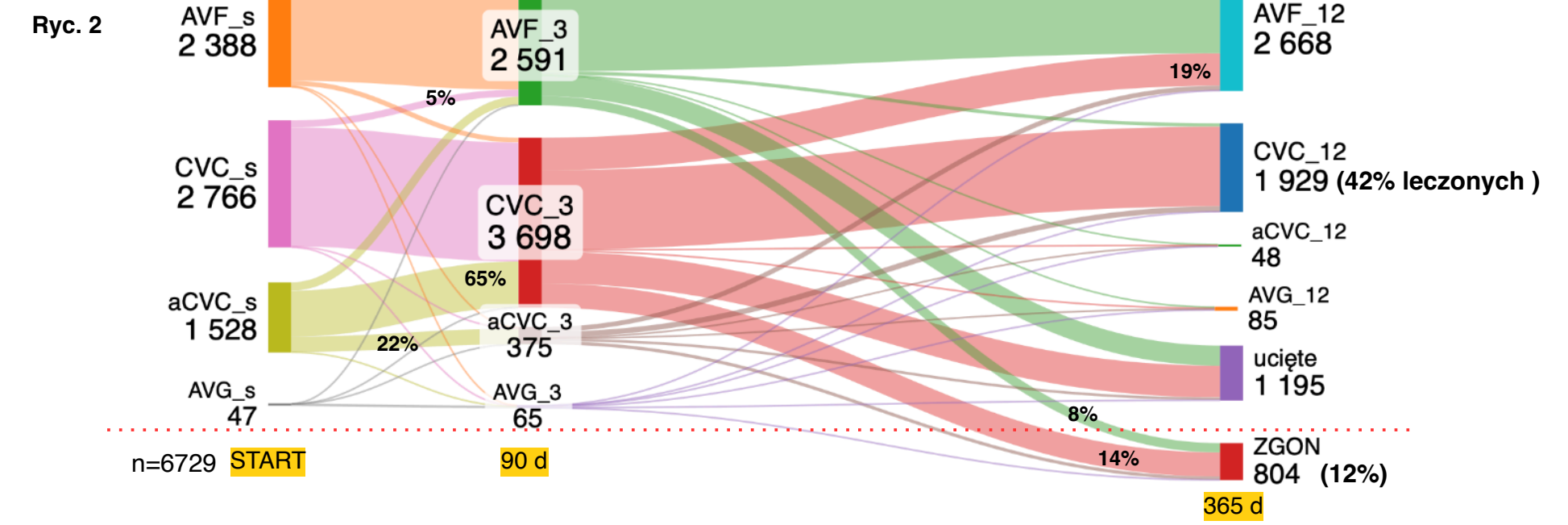
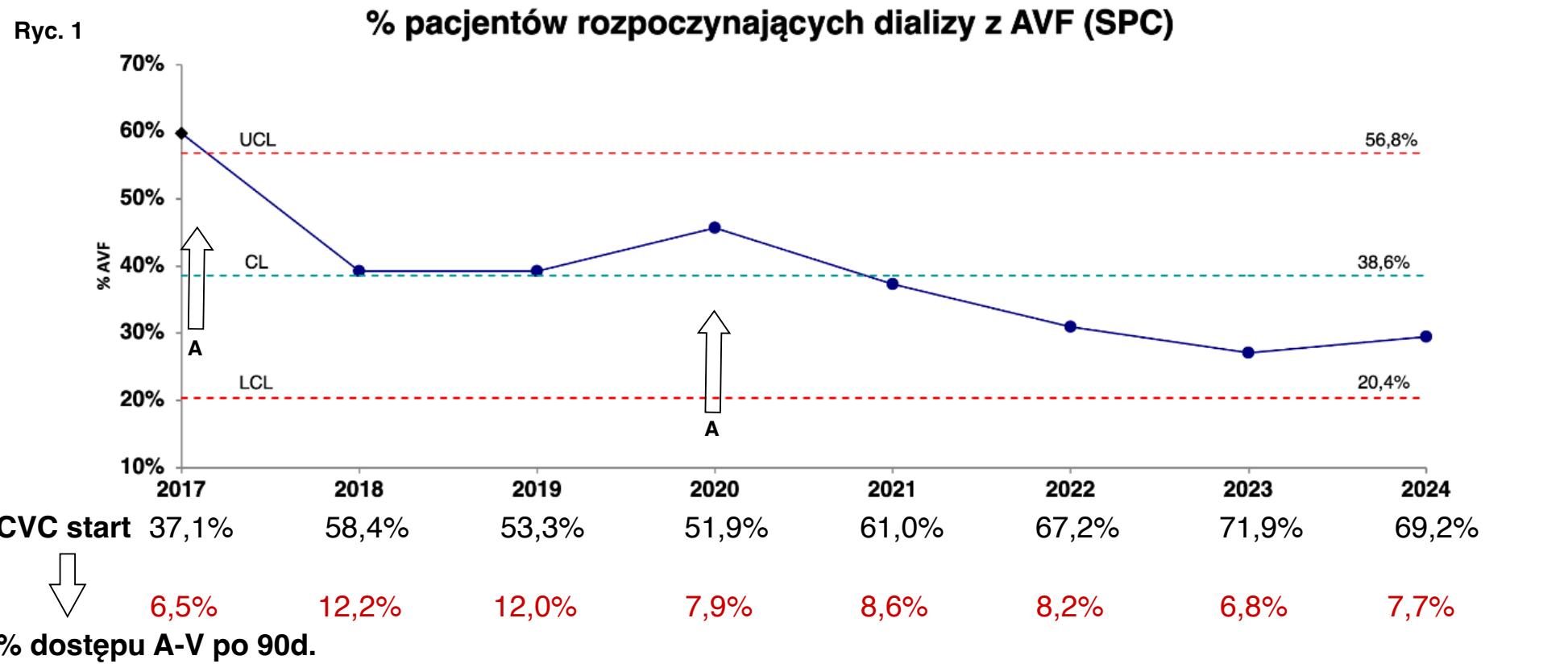
W Polsce wytwarzanie dostępu naczyniowego jest usługą szpitalną gwarantowaną i w ogromnej większości pozostaje w gestii oddziałów chirurgii ogólnej i naczyniowej. Często prowadzi to do fragmentacji opieki i braku ciągłości w zarządzaniu dostępem naczyniowym pacjentów dializowanych.

Cel i metodyka

Celem pracy była analiza trendów w zakresie rodzaju dostępu naczyniowego u pacjentów rozpoczynających leczenie hemodializą oraz ocena skuteczności konwersji cewników centralnych do dostępów tętniczo-żylnych (A-V) w kontekście współpracy między stacjami dializ a ośrodkami chirurgicznymi.

Analizie retrospektywnej poddano dane 7890 pacjentów z rozpoznaniem ICD-10 N18.* rozpoczynających dializoterapię w sieci stacji dializ DaVita w Polsce w latach 2017-2024. Oceniono odsetek pacjentów rozpoczynających leczenie z przetoką tętniczo-żylną (AVF) oraz skuteczność konwersji cewników centralnych (CVC) do A-V dostępu naczyniowego w ciągu pierwszych 90 dni terapii (ryc.1). Przeanalizowano również losy grupy chorych którzy przeżyli pierwsze 90 dni dializoterapii względem rodzaju dostępu naczyniowego (ryc.2).

Wyniki



Wnioski

- Wyniki pracy wskazują na:
- 1/ pogorszenie jakości planowania dostępu naczyniowego w opiece przeddializacyjnej oraz
 - 2/ utrzymującą się niską skuteczność w terminowej konwersji CVC do AVF/AVG.

Konieczne jest wdrożenie systemowych rozwiązań **poprawiających planowanie i realizację optymalnego dostępu naczyniowego do dializ**. Jednym z nich jest powołanie interdyscyplinarnych zespołów dostępu naczyniowego z jasno **określonymi celami jakościowymi oraz ścieżkami współpracy między stacjami dializ a ośrodkami chirurgicznymi**.

