

Colaboración público-privada en la gestión del acceso vascular para hemodiálisis: es posible mejorar los resultados

Introducción

La fístula arteriovenosa nativa (FAVn) es el acceso vascular (AV) de elección para hemodiálisis (HD) frente a los catéteres venosos centrales.

Existen factores organizativos y de gestión de recursos que influyen en los resultados. El elevado uso de CVC en las unidades es un problema antiguo, empeorado por la pandemia COVID durante la cual se han postpuesto las cirugías electivas, incluido el AV, y la sanidad pública no consigue resolver los problemas de intervenciones retrasadas en todas las especialidades.

La alta proporción de CVC obliga a establecer estrategias para revertir esta situación

Objetivo

Analizar la influencia sobre los resultados del acceso vascular de la aplicación de un modelo de gestión de colaboración público-privada en la creación del AV en un centro de diálisis concertado.

Material y métodos

Estudio prospectivo longitudinal antes-después al inicio de una colaboración público-privada para la realización del acceso vascular.

Periodos comparados: 8 meses previos (octubre 2020- junio 2021) y posteriores al inicio de la colaboración (julio 2021- febrero 2022)

Porcentaje de Catéteres y Fístulas en pacientes incidentes y prevalentes en el periodo estudiado.

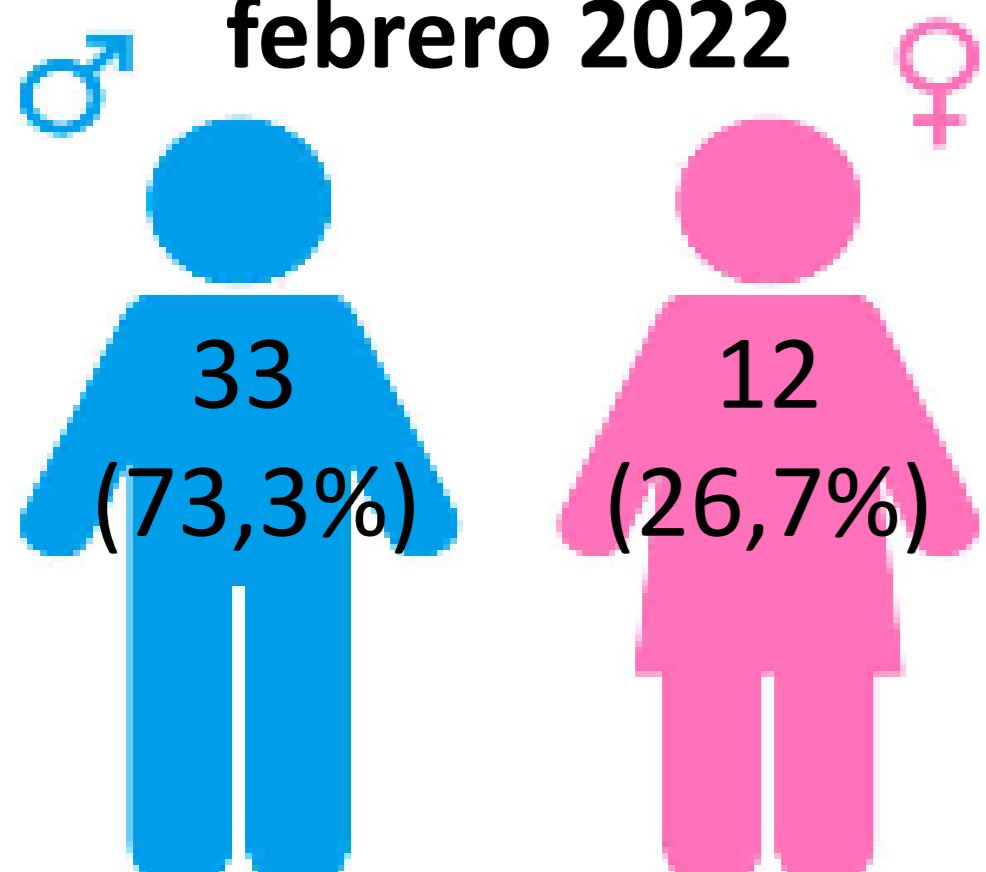
Convenio de colaboración público-privado

Si candidato a FAV radiocefálica / Humero cefálica no compleja _ realización en Centro privado

Si candidato a FAV compleja (prótesis / superficialización de basílica) que requiriera ingreso _ Centro Público de referencia

Resultados

45 pacientes dializados entre octubre 2020 y febrero 2022



Edad media 74,09 ±14 años



24 (53.3%) eran portadores de CVC

10 pacientes valorados (3 DE ERCA)

Periodo 1	Periodo 2
CVC 26 (55,6%)	CVC 12(26,7%)
FAV 20 (44,4%)	FAV 34 (73,3%)

2 FAV radiocefálicas

4 FAV codo

2 Cirugías complejas (Prótesis/ superficialización de basílica)

2 Rechazaron derivación

Centro **Privado**

El tiempo medio para mapeo en el centro externo fue 10.5 días y desde mapeo a cirugía 11 días

Centro **Público**

El tiempo medio cirugía 73 días

Conclusiones

La cirugía del AV no requiere ingreso ni anestesia general por lo que puede ser realizada en centros de cirugía ambulatoria fuera de los circuitos hospitalarios, agilizando su realización y no interfiriendo (ni siendo interferida) por patologías más urgentes o complejas

La estrategia de combinar recursos y gestionar las capacidades públicas y privadas de forma conjunta desde el hospital de referencia ofrecen una alternativa válida y eficaz para mejorar los resultados en muy poco tiempo, con la mayor seguridad