

### INTRODUÇÃO

Hemodiálise Diária (HDD) tem sido consistentemente associada à melhor evolução dos pacientes. A configuração e o nível da equipe assistencial influenciam a qualidade e a segurança do tratamento dialítico. No Brasil, a presença do médico é exigida durante a realização de hemodiálise e a equipe de enfermagem é composta predominantemente por técnicos. Nós idealizamos e estamos conduzindo um programa regular de hemodiálise diária (2h, 6-7x/sem) cuja assistência ao longo do dia é provida por 2 nefrologistas presentes, enfermeiros especializados, nutricionistas e psicólogas em regime de dedicação integral. Este estudo relata a experiência de 10 anos da associação de HDD com uma equipe assistencial seleta.

### MATERIAL E MÉTODOS

A escala dos nefrologistas, a proporção de pacientes cuidados por cada membro da equipe, a taxa de eventos adversos (hipotensão sintomática, erros de medicação e quedas de pacientes), o perfil do acesso vascular (tipo e taxas de infecção), a aderência dos pacientes (taxa de absenteísmo) e as taxas de hospitalização (frequência e dias por paciente-ano), sobrevida cumulativa e de transplante renal foram aferidas em 200 pacientes consecutivos, não selecionados (122H/78M, idade média 58,0±18,5 anos, 18-96) recebendo HDD (6-7 x/sem, duração 115,4±11,2min, 90-180; dialisato ultrapuro e dialisador de alto fluxo sem reuso).

### RESULTADOS

Entre Junho de 2009 e Maio de 2019 quatro dos 5 nefrologistas compatilharam equitativamente a assistência dialítica nos 7 dias da semana, cada um prescrevendo até 24 pacientes em 2 períodos paralelos e 2 períodos sequenciais de 6 horas. A partir de 2009 deixamos de contratar técnicos de enfermagem e os substituímos progressivamente por enfermeiros especializados, alcançando 21 enfermeiros (relação de até 3 pacientes para cada enfermeiro). Adicionalmente, 2 nutricionistas e 2 psicólogas assistem 80 pacientes prevalentes (relação de 40 pacientes para cada nutricionista ou psicóloga). Durante o ano de 2018 hipotensão sintomática ocorreu em 3% das 20.035 sessões de diálise, erros de medicação em 17 ocasiões e nenhum paciente sofreu queda enquanto estava na Clínica. Ao longo dos 10 anos de estudo, fístula artério-venosa foi utilizada em 53% e catéter tunelizado em 47% dos pacientes, com taxas de bacteremia de 0,27 e 0,50 eventos por 1.000 pacientes- e 1.000 catéteres-dia, respectivamente. A Taxa de absenteísmo foi 1,49% ou 4,6/312 sessões por paciente-ano. A taxa de hospitalização foi 0,4 admissões por paciente-ano ou 2,9 dias por paciente-ano. A sobrevida dos pacientes foi 64% em 5 anos e a taxa média de transplante renal foi 7,5% ao ano. A dupla presença do nefrologista e a substituição de técnicos por enfermeiros especializados dobrou o custo da mão de obra assistencial, que foi virtualmente compensado pela maior produtividade (5 turnos de 2 horas por dia) e pela maior permanência dos pacientes no programa.

### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A comparação entre diferentes Programas de Diálise nos ajuda a identificar fatores que contribuem para a enorme diversidade de resultados da prática dialítica.

A prescrição ideal de um paciente em diálise deveria propiciar redução do *millieu* urêmico, remoção do excesso de fluidos e reposição de eritropoetina e vitamina D de uma maneira fisiológica e segura. Ademais, deveria levar à sua reabilitação completa, tanto, que a qualidade de vida e a sobrevida destes pacientes deveriam se aproximar daquelas observadas na população geral. A realização de hemodiálise diária por uma equipe multiprofissional com cobertura extensiva, recíproca e equitativa nos tem possibilitado exceder os resultados tradicionalmente obtidos pela hemodiálise convencional três vezes por semana.

Com efeito, ao dispensar cuidados diariamente aos nossos pacientes em diálise, de uma forma consistente e integral, temos conseguido equiparar a expectativa de vida àquela da população geral (*idade média ao óbito: 75,8 anos, dados não mostrados*). Esta modalidade de diálise intensiva combinada com uma assistência altamente qualificada representa uma abordagem terapêutica inovadora, segura e eficiente.

Ao invés de nos referirmos a “die-alysis”, na versão para a língua inglesa, este modelo de tratamento dialítico poderia ser mais apropriadamente designado “live-alysis”.

### REFERÊNCIAS

1. Why Is the Mortality of Dialysis Patients in the United States Much Higher than the Rest of the World? <https://jasn.asnjournals.org/content/20/7/1432>
2. Mandating Staffing Ratios in Hemodialysis Facilities. <https://cjasn.asnjournals.org/content/13/7/1110>
3. Adequacy of Dialysis Clinic Staffing and Quality of Care: A Review of Evidence and Areas of Needed Research. [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(11\)00812-2/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(11)00812-2/fulltext)
4. Patient Care Staffing Levels and Facility Characteristics in U.S. Hemodialysis Facilities. [https://www.ajkd.org/article/S0272-6386\(13\)00830-5/fulltext](https://www.ajkd.org/article/S0272-6386(13)00830-5/fulltext)