

UNIVERSIDADE MAURÍCIO DE NASSAU
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA

SIMONE CRISTINA FERNANDES DE MEDEIROS

**IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM O
ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE**

RECIFE

2015

SIMONE CRISTINA FERNANDES DE MEDEIROS

**IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM O
ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE**

Monografia apresentada ao Centro de Capacitação Educacional como requisito para obtenção do título de Especialista em Nefrologia.

Orientadora: Profa. Maria da Penha Carlos de Sá.

RECIFE

2015

MEDEIROS, Simone Cristina Fernandes de.

Importância do cuidado de enfermagem com o acesso vascular para hemodiálise / Simone Cristina Fernandes de Medeiros. 2015. 29 f.; 30cm.

Monografia (Especialização em Nefrologia). Faculdade Maurício de Nassau, Recife, 2015.

Bibliografia: f. 24-28.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Cateter Duplo Lúmen. Fístula arteriovenosa.

SIMONE CRISTINA FERNANDES DE MEDEIROS

**IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM COM O
ACESSO VASCULAR PARA HEMODIÁLISE**

Monografia apresentada ao Centro de
Capacitação Educacional como requisito para
obtenção do título de Especialista em
Nefrologia.

Aprovado em: _____ / _____ / 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Maria da Penha Carlos de Sá (Orientadora)

Profª.

Dedico aos portadores de doença renal crônica que, com tantas dificuldades e limitações, vivem a vida e cultivam a solidariedade e esperança de uma vida melhor. Aos pacientes do serviço de Hemodiálise da Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (Garanhuns) que depositam suas esperanças em pessoas como eu, tendo a certeza que faremos o melhor por eles. A todas as pessoas que contribuem para a melhoria da qualidade de vida do renal crônico, plantando a esperança que alimenta a vontade de viver.

AGRADECIMENTOS

Aos que contribuíram com nosso crescimento pessoal e profissional agradecemos.

A Deus, nosso Criador, pela infinita bondade e por estar sempre ao nosso lado guiando e iluminando nossos caminhos.

Aos pais, não temos palavra para expressar tamanhos sentimentos, pois de vocês recebemos o dom mais precioso: a Vida! Trabalharam dobrado, sacrificando seus sonhos em favor dos nossos, não foram apenas pais, mas amigos e companheiros; tantas foram às vezes em que nosso cansaço e preocupação foram sentidos e compartilhados com vocês.

A minha filha, agradeço pela paciência, incentivo e apoio constante.

Para que fosse possível a realização deste trabalho contamos com o apoio de diversas pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a sua conclusão.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença crônico-degenerativa que causa alterações patológicas renais irreversíveis, paralisando as funções vitais dos rins. Este estudo tem como objetivo geral realizar levantamento bibliográfico sobre a importância da assistência de enfermagem relacionados com o acesso vascular no paciente em tratamento hemodialítico. E objetivos específicos: descrever os cuidados de enfermagem realizados nos pacientes com acesso vascular; relacionar as complicações locais e sistêmicas mais frequentes que ocorrem no acesso vascular; contribuir para prevenção de infecções relacionadas a manipulação do acesso vascular e as complicações relacionadas ao mesmo. Portanto, este trabalho através da pesquisa dissertativa, contribui de maneira significativa para o aperfeiçoamento cognitivo do profissional de enfermagem, visto que destaca todo o processo de tratamento de pacientes que sofrem de Insuficiência Renal Crônica, bem como esclarece quais as medidas necessárias para evitar infecções durante o tratamento. A relevância deste estudo baseia-se no fato de trazer subsídios à prática profissional na atenção do doente renal crônico e no cuidado com o acesso. Nessa perspectiva, o papel da equipe de enfermagem é de fundamental importância, sendo responsável pelos cuidados diretos aos pacientes.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica. Hemodiálise. Cateter Duplo Lúmen. Fístula arteriovenosa.

ABSTRACT

Chronic Renal Insufficiency is a chronic degenerative disease that causes irreversible pathological changes. Thus, stops the vital functions of the kidneys. This study's general aim is to do a bibliographic survey about the importance of nursing related to vascular access in patients under hemodialysis treatment. Moreover, it specifically aims to describe the nursing care in patient with vascular access; to relate the more frequent local and systemic complications that occur in vascular access. Finally, to contribute to the prevention of infections that are related to the manipulation of the vascular access and its own complications. Therefore, this essay research significantly contributes to the cognitive development of nursing professionals, since it highlights the treatment in patients that suffer from Chronic Renal Insufficiency. And also, clarifies the procedures to avoid infections during the treatment. The relevance of this study is based on the subsidies it brings to the practice of nursing professionals that care for the chronic renal patient. From this point of view, the role of the nursing team is extremely important as it is responsible for the direct care of patients.

Key-words: Chronic Renal Insufficiency. Hemodialysis. Double Lumen Catheter. Arteriovenous fistula.

LISTA DE ABREVIATURAS

CDL – Cateter Duplo Lúmen
DRC – Doença Renal Crônica
DRCT – Doença Renal Crônica Terminal
FAV – Fístula arteriovenosa
IRC – Insuficiência Renal Crônica
PTFE – Prótese de politetrafluoretileno
TRS – Terapia Renal Substitutiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Geral.....	11
2.2 Específicos	11
3 METODOLOGIA.....	12
4 REVISÃO DA LITERATURA	13
5 TIPOS DE ACESSO VASCULAR	14
5.1 Fístulas Arteriovenosas.....	14
5.2 Cateter Duplo Lúmen	15
6 COMPLICAÇÕES COM ACESSO VASCULAR.....	16
6.1 Fístulas Arteriovenosas.....	16
6.2 Cateter Duplo Lúmen	17
7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O ACESSO VASCULAR.....	19
7.1 Curativos do Acesso Vascular.....	19
7.2 Cuidados de enfermagem com fístula arteriovenosa	20
7.3 Cuidados de enfermagem com cateter duplo lúmen	22
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
9 REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO - Declaração	29

1 INTRODUÇÃO

Entre as doenças crônicas, a Doença Renal Crônica Terminal (DRCT), reconhecida, em nível mundial, como problema de saúde pública, é uma das patologias que mais impacta o modo de vida de seus portadores. De forma abrupta, geralmente, a pessoa se vê diagnosticada com DRCT, passando, então, a necessitar de terapia renal substitutiva. Isso faz com que ela e sua família tenham que reorganizar a vida no que tange aos aspectos econômico, social, de trabalho, entre outros. Estima-se que, no Brasil, mais de 77,589 pessoas já dependam de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e, dentre essas, 85,6% fazem hemodiálise (SBN, 2008).

Para Robbins (2005), a insuficiência renal se apresenta em 2 estágios: agudo e crônico. No estágio agudo, que frequentemente pode ser reversível, ocorre uma rápida deteriorização da função renal que pode evoluir para insuficiência renal crônica caracterizada por diversas alterações patológicas renais irreversíveis, paralisando as funções vitais dos rins.

Os métodos hemodialíticos necessitam obrigatoriamente de uma via de acesso vascular, uma vez que constituem a ligação de vida do renal crônico com a hemodiálise. Os mais utilizados são o cateter duplo lúmem e a fístula arteriovenosa, pois a escolha do acesso depende da condição do paciente e do caráter agudo ou crônico (LINARDI et al., 2003; RIELLA, 2003; KUSSOMOTA, 2005; LESSI, 2007).

Podemos afirmar que o acesso vascular é fundamental para o paciente no tratamento de hemodiálise, tal fato coloca a importância dos conhecimentos técnico-científicos específicos e de desenvolvimento de habilidades técnicas e interpessoais nos cuidados aos pacientes com acesso vascular para tratamento de hemodiálise.

Neste sentido se destaca como acesso vascular a fístula arteriovenosa, definida como acesso vascular definitivo, realizada em centro cirúrgico, caracteriza-se pela comunicação de uma veia com uma artéria, sendo confeccionada nos membros superiores levando um tempo médio para que ocorra sua maturação de 3 a 6 semanas (MALGOR, 2007).

O interesse pelo tema surgiu a partir da vivência por trabalhar numa clínica de hemodiálise e devido o número crescente de pacientes no serviço. Diante destes fatos, se faz necessário um estudo literário que discuta o cuidado da equipe de enfermagem com o paciente renal crônico e seu acesso para hemodiálise. Este

trabalho poderá subsidiar medidas adicionais na assistência de enfermagem, o que pode ir ao encontro da necessidade de implementar programas que capacitam os profissionais que lidam diretamente com os portadores de doença renal crônica.

Deste modo, espera-se com este trabalho contribuir com reflexões importantes para prevenção de infecções relacionadas a manipulação do acesso vascular e as complicações relacionadas ao mesmo.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Destacar a importância da assistência de enfermagem relacionada ao acesso vascular nos pacientes em tratamento hemodialítico.

2.2 Específicos

- Descrever os cuidados de enfermagem realizados nos pacientes com acesso vascular;
- Relacionar as complicações locais e sistêmicas mais frequentes que ocorrem no acesso vascular.

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma pesquisa bibliográfica, selecionando e analisando literatura especializada na área de enfermagem. A Pesquisa Bibliográfica “é uma modalidade de estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, enciclopédias, periódicos, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos” e uma pesquisa na internet que “se constitui uma ferramenta indispensável à humanidade para informações rápidas sobre os mais diversos assuntos” (OLIVEIRA, 2010, p. 69).

Para a análise dos dados foram selecionados: artigos e sites indexados nas seguintes bases de dados: SCIELLO, BDNF, LILACS, MEDLINE.

Para acessá-los foram utilizados palavras-chave: acesso vascular, hemodiálise, fístula arteriovenosa, cateter duplo lúmen, assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem.

Foi obedecido o seguinte critério para a inclusão: dos artigos no estudo que está relacionado com o tema e objetivos da pesquisa, sendo dos anos de 1989 a 2013 na língua portuguesa.

4 REVISÃO DA LITERATURA

A doença renal crônica (DRC) é uma deteriorização progressiva e irreversível da função renal, na qual a capacidade corpo para manter a homeostasia e hidroeletrólítica falha, resultando em uremia, que é definida pela retenção de ureia e outros produtos nitrogenados no sangue (SMELTZER; BARE, 2005).

A medida que a função renal diminui os produtos finais do metabolismo proteico, normalmente excretadas através da urina, acumulam-se no sangue. A uremia desenvolve-se e afeta de maneira adversa todos os sistemas do corpo. Quanto maior o acúmulo de produtos de degradação mais graves serão os sintomas da DRC (BARBOSA et al, 2006).

O objetivo da hemodiálise é extrair as substâncias nitrogenadas tóxicas do sangue e remover o excesso de água. Na hemodiálise o sangue, carregado de toxinas e resíduos nitrogenados, é desviado do paciente para um aparelho, um dialisador denominado rim artificial, em que é limpo e, em seguida, devolvido ao paciente. Ocorre então difusão, osmose e a ultrafiltração que é o princípio no qual se baseia a hemodiálise (SMELTZER; BARE, 2005).

Os pacientes que recebem hemodiálise precisam ter um bom acesso venoso e devem submeter-se ao tratamento pelo resto da vida (usualmente três vezes por semana, por no mínimo de três a quatro horas por sessão) ou até recebem o transplante renal bem sucedido os pacientes serão colocados sob diálise crônica quando necessitam de terapia dialítica para sobrevida e controle dos sintomas urêmicos. A tendência no tratamento da doença renal em estágio terminal é iniciar antes que os sinais e sintomas associados a uremia se tornem graves (BARROS et al 1999).

5 TIPOS DE ACESSO VASCULAR

As vias de acesso utilizadas em hemodiálise são: fístula arteriovenosa (FAV), cateter duplo lúmen, prótese de politetrafluoretileno (PTFE) e Sdunt (LIMA; SANTOS; SOUZA, 2009; FERMI, 2010).

5.1 Fístulas Arteriovenosas

Essa modalidade deve ser a primeira escolha no acesso vascular dos pacientes em IRC. Devem ser indicado nas seguintes circunstâncias: creatina sérica maior do que 4,0 mg/dL, Clearance de creatinina menor que 20 mL/min ou na previsão da necessidade de hemodiálise dentro do período de um ano, visto que as FAVs necessitam de um tempo de maturação até seu uso (JUNIOR et al, 2013).

Os cuidados com a FAV devem acontecer antes mesmo do ato cirúrgico através de exercícios feitos com as próprias mãos para fortalecer a veia e estimular o fluxo sanguíneo da preservação de um frêmito local.

Antes da realização da fístula arteriovenosa é necessário assegurar-se da presença de um bom pulso arterial, da presença de circulação arterial alternativa ou colateral e de uma veia de bom calibre. Essa anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, geralmente no braço não dominante para limitar as consequências de qualquer incapacidade funcional que possa ocorrer. Devemos iniciá-lo tão distalmente quanto possível, movendo-a para cima proximalmente no braço à medida que o acesso falha e tem de ser refeito. Quando todos os locais do braço não dominante tiverem sido gastos, o braço dominante pode ser usado (DAUGIRDOS; BLAKE; ING, 2003).

A utilização de ultrassonografia color Doppler guia o local da confecção do acesso. Esse exame é capaz de analisar o sistema venoso em busca de sinais de flebites, estenoses e oclusões, além de avaliar a artéria que fornecerá o influxo para a FAV. Sua utilização aumenta os índices de sucesso e reduz as taxas exploração mal sucedidas (JUNIOR et al, 2013).

A vantagem desse acesso está na elevação do fluxo sanguíneo venoso cerca de 250 a 300 ml por minuto, o que oferece um bom resultado da hemodiálise no período de 4 horas, outra vantagem pela utilização da FAV deve-se ao maior tempo

de funcionamento dessas comunicações arteriovenosas, o baixo índice e fácil tratamento de suas complicações que se caracteriza principalmente por infecções, hipertensão venosa, isquemia distal e até mesmo a perda da fístula, trombose, aneurisma ou pseudo-aneurisma, baixo fluxo (CORREA, 2005).

Autores de um estudo publicado em 2004 indicaram manter cinco cm de distância entre as punções arterial e venosa, e com isso verificaram a ocorrência de uma economia dos vasos proximais, os quais puderam ser usados como locais anatômicos para construções futuras. Foi definido também que a fístula ideal é aquela que apresenta trajetos longos e superficiais, permitindo vários pontos de punção, com boa distância entre eles, boa taxa de perviedade e baixo índice de complicações (IKEDA; CANZIANI, 2004).

Os problemas evidenciados na FAV correspondem a um total de 271 de todas complicações e decorrem de falha como: estreitamento das veias, baixo fluxo arterial, trombos e aparecimento de veias laterais. No entanto, a identificação rápida dessas complicações permite salvar o acesso a evitar futuros danos (JUNIOR et al 2011).

5.2 Cateter Duplo Lúmen

Outro acesso vascular também usado é o cateter duplo lúmen, enquanto ocorre a maturação da fístula arteriovenosa ou em casos de emergência onde o cliente necessite rápido da realização da hemodiálise, de inserção percutânea onde são realizados preferencialmente nas veias jugulares, subclávias e femorais tendo um período de permanência de 5 dias em veia femoral e 21 dias nas veias jugulares e subclávia, apresenta vantagens como: rapidez na implantação possibilitando o seu uso imediato, praticidade, produz baixa resistência venosa, é indolor durante a sessão de hemodiálise, sua retirada é rápida e fácil (FERREIRA, 2005). Todavia, o baixo fluxo sanguíneo e a inexperiência na hemodiálise podem estar associados à localização inadequada da ponta do cateter ou do déficit da circulação central. Outros agravos que podem ocorrer em consequência do uso do cateter são risco de infecção e trombose (IKEDA; CANZIANI, 2002).

6 COMPLICAÇÕES COM ACESSO VASCULAR

6.1 Fístulas Arteriovenosas

Com o maior tempo de utilização das FAVs, o número de complicações vem aumentando. Podemos dividi-las em dois grandes grupos: infeccioso e não infeccioso. As infecções de FAV autógenas são relativas raras, levam a quadro dramáticos, com ruptura e sangramento abundantes. Na maioria das vezes necessitam de amplos desbridamentos com ligadura da fístula e, eventualmente, da própria arterial nutridosa, para coibir hemorragia.

Enquanto as infecções de FAVs relacionadas com material protético são mais comuns. Desde que não haja sangramentos ou sepse, seu salvamento pode ser testado através do uso da antibioticoterapia. Na falha terapêutica ou na presença de sangramento ou sepse, é necessário a retirada da prótese e a confecção de novo acesso.

Dentre as complicações não infecciosas, vamos citar as estenoses e trombozes, que vem sendo de grande interesse de estudos na literatura atual.

As estenoses podem ser no próprio trajeto da FAV ou em veias centrais. As estenoses podem ocorrer logo após a confecção ou tardiamente. O tratamento das estenoses do campo da FAV é feito através de angioplastia percutânea com balão ou de maneira cirúrgica.

Quanto a trombose de FAV, trata-se de uma urgência vascular, no intuito de salvar o acesso, pode ser causada por hipotensão, demasiada compressão pós-punção, hematomas compressivos e estenoses prévias causando baixo fluxo pode ser tratada através de cirurgia ou dos procedimentos percutâneos.

As isquemias também conhecidas como síndrome de roubo, se definem pelo roubo do fluxo sanguíneo arterial distal, onde o sangue é desviado para a FAV fazendo com que se intensifique a dor, palidez, diminuição do pulso e esfriamento de mão. Este problema é encontrado em 8% nos membros superiores e para corrigi-los se faz necessário uma intervenção cirúrgica (MALGOR et al, 2007).

Outro problema frequente é o aparecimento de pseudoaneurisma ou aneurisma. Este é descrito como originado pelo aumento do calibre do vaso e enfraquecimento da parede. A causa decorre de punções diversas e fragilidade da veia e quando existe a possibilidade de rompimento o tratamento pode ser efetuado

por aneurismorrafia, procedimento cirúrgico que corrige o acesso venoso (MOREIRA et al 2011; 2012).

Quando as punções das FAVs estão muito próximas, ocorre a chamada recirculação sanguínea, caracterizada pela filtração de um sangue que já foi processado, ou seja, está filtrado e por sua vez implicará na eficácia da diálise. Para detectar a recirculação sanguínea são observados a toxicidade no exame da ureia, utilizado como parâmetro que verifica a taxa de recirculação. Se esta for superior a 20% os agravantes devem ser corrigidos pela equipe de enfermagem com uma boa inspeção as inserir as agulhas (ANJOS; OSELAME, 2013).

O baixo fluxo sanguíneo da FAV, geralmente é provocado pela falta de um fluxo sanguíneo satisfatório, pode apresentar resistência venosa, fibrose e obstrução do mesmo. Estas situações também aumentam a incidência de recirculação sanguínea e, nesse caso, a infusão de um contraste angiográfico detecta onde a lesão para que sejam tomadas as medidas que impeçam a perda do acesso venoso.

6.2 Cateter Duplo Lúmen

As complicações infecciosas são comuns nos acessos vasculares de pacientes submetidos à hemodiálise. Há controvérsias sobre a fonte responsável pela colonização do cateter temporário duplo lúmen. Alguns autores apontam que a pele ao redor do cateter é a mais importante fonte de infecção, outros defendem que a conexão do cateter é mais importante, ou seja, a contaminação intraluminal.

Outras fontes potenciais de contaminação intraluminal podem ser as mãos dos profissionais de saúde, que manipulam a conexão do cateter venoso no processo do tratamento. Adicionam-se outras possíveis causas, como o local de inserção do cateter, número de hospitalização, nível de albumina, infecção por HIV, idade, diabetes mellitus, que são favoráveis para a infecção (ALMIRRAL et. al, 1989).

Complicações infecciosas do acesso vascular são fontes principais de morbidez e mortalidade entre os pacientes em hemodiálise. Segundo estudos, em cerca de 48 a 73% de todas as bacteremias que ocorrem no tratamento, o CDL é o principal responsável por essas complicações (NASSAR; AYUS, 2001).

Autores relatam que frequentemente as bacteremias em pacientes de hemodiálise estão relacionadas à infecção do acesso vascular, podendo evoluir para

pneumonias adquiridas pela via hematogênica. Os germes mais frequentes são o *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis* e outras bactérias Gram-negativas (CENDOROGLO; DRAISE, 2001).

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O ACESSO VASCULAR

No ato de cuidar, a enfermagem como ciência implica o estabelecimento de interação entre os sujeitos (quem cuida e quem é cuidado), de forma que, além de uma ação técnica, ocorre uma ação sensível com respeito e carinho aos pacientes. “O cuidado deve ser sentido, vivido. E para que o cuidado seja integrado no nosso dia-a-dia, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós mesmo, transmiti-lo em estilo de vida” (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

Proporcionar educação e treinamento dos profissionais de saúde quanto ao manuseio adequado desses dispositivos, medidas apropriadas para o controle de infecção, a adesão aos protocolos das equipes que realizam os procedimentos de diálise através de cateteres, assegurar número adequado na relação enfermagem-paciente.

A adoção de medidas universais e a higienização das mãos são primordiais, com utilização de sabões antissépticos e água ou álcool-gel sempre que substituir ou realizar curativo do cateter vascular. O uso de luvas não elimina a necessidade de higienização das mãos.

Segundo Scheidt (2006) o objetivo dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), é reduzir a exposição e o contato do profissional a fluidos corpóreos, as luvas são indicadas sempre que houver possibilidade de contato com sangue, excreções, secreções ou ainda com a pele não integram além da mucosa, as máscaras e óculos devem ser usados com proteção na realização de procedimentos em que exista a possibilidade de contato com sangue ou outros fluidos, os profissionais de saúde que prestam assistência ao cliente devem utilizar as precauções como forma de minimizar os riscos de contaminação cruzada entre clientes, o ambiente em que recebem cuidados e profissionais.

7.1 Curativos do Acesso Vascular

Durante a hospitalização do paciente em tratamento de hemodiálise um cuidado importante relaciona-se com o acesso vascular (SMELTZER; BARE, 2005).

É contra-indicada a aferição da pressão arterial ou obter amostras sanguíneas; curativos compressivos, contenções ou jóias sobre o acesso vascular. Quando o fluxo sanguíneo é reduzido através do acesso por qualquer motivo como

hipotensão, aplicação do manguito de pressão arterial ou torniquete, o acesso pode coagular ou ficar infectado.

A ausência de um frêmito palpável ou sopro audível pode indicar bloqueio ou coagulação no dispositivo de acesso. O enfermeiro observa o paciente quanto aos sinais e sintomas de infecção, como rubor, edema, drenagem a partir do sítio e febre.

Os pacientes com doença renal estão mais propensos à infecção e as medidas de controle da infecção devem ser preconizadas na realização de procedimentos. Durante a manipulação dos cateteres, como na conexão e na desconexão do sistema dialisador, a equipe de diálise e o paciente devem usar máscara cirúrgica ou proteção para a face.

A ponta do cateter não deve permanecer exposta ao ambiente. Recomenda-se proteger, com uma seringa ou tampa, a parte distal do cateter quando se realiza a conexão do mesmo, manter um campo estéril abaixo dos conectores do cateter e nenhum tipo de infusão interdialítica deve ser feita através do cateter (DAUGIRDOS; BLAKE; ING, 2003).

Curativo de cateter é competência de enfermagem e segundo Pedigone e Pereira (2005), o curativo deve ser trocado sempre que estiver úmido ou com sujidade.

Curativos de curta permanência deverão ser trocados a cada dois dias, no caso do uso de gazes. Quando o curativo for filme transparente recomenda-se que a troca deverá ser feita a cada sete dias, curativo em cateter tunelizado ou implantado deverá ser feito a cada sete dias até que o sítio esteja cicatrizado.

A troca de cateter deverá ser feita levando-se em consideração as condições locais e o quadro clínico do paciente.

Ao primeiro sinal de inflamação, secreção, trombose ou febre sem foco infeccioso conhecido, o cateter deve ser retirado e solicitada cultura de sua ponta.

7.2 Cuidados de Enfermagem com Fístula Arteriovenosa

Segundo Tavares (2004), os cuidados preconizados em relação a fistula arteriovenosa no pós-operatório e durante a maturação são:

- Manter os braços elevados, evitando curativos compressivos e circulares;
- Avaliar presença de frêmito palpável diariamente;

- Não utilizar a fistula para punções venosas;
- Orientar o cliente quanto à prática de exercícios regulares com a mão;
- Utilizar o artifício do torniquete, aplicado levemente para ajudar na maturação do acesso, que potencializa o processo de dilatação e espessamento da parede venosa da fístula permitindo a inserção repetida das agulhas de diálise;
- Respeitar o tempo de maturação do acesso que pode levar de um a quatro meses.

Após a maturação da fistula arteriovenosa, os procedimentos e cuidados específicos, recomendados são (TAVARES, 2004):

- Primeira punção com no mínimo 45 dias, após a confecção da fístula se houver necessidade, pois a punção prematura ou repetida da FAV pode levar incidência de infiltração local e conseqüentemente compressão do vaso pelo hematoma, facilitando a trombose;
- No caso de infiltração devemos poupar a FAV;
- Realizar a punção a uma distância de três centímetros da anastomose e de cinco centímetros entre agulhas;
- Efetuar punção com a técnica de escada ou casa de botão.

Os cuidados que antecedem a punção da fistula são (MANGINI, 2005):

- Lavar as mãos com solução antisséptica antes e após a manipulação das fístulas e cateteres.
- Orientar o cliente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Lavar o local da fistula com água e sabão;
- Localizar e palpar local da punção, antes do preparo da pele;
- Selecionar o local para inserção da agulha, evitando áreas puncionadas recentemente;
- Usar equipamento de proteção individual;
- Realizar anti-sepsia no local da punção, com álcool a 70% ou clorexidine alcoólico;
- Fixar as agulhas firmemente para evitar sangramentos e traumatismos;
- Quando ocorrer extravasamento sanguíneo durante hemodiálise comprimir e colocar gelo no local;
- Evitar garroteamento prolongado, pois esse procedimento equivale a uma estenose;
- Em relação ao enxerto arteriovenoso as agulhas são inseridas na prótese e o sentido é de acordo com o fluxo. A arterial aponta para a anastomose enxerto artéria e a venosa aponta para anastomose enxerto veia;

- Não garrotear quando há presença de enxerto e também não é necessário realização de exercícios de mão para acelerar a maturação, demais cuidados são semelhantes às da FAV (TAVARES, 2004).

7.3 Cuidados de Enfermagem com Cateter Duplo Lúmen

Algumas orientações em relação aos cuidados com o cateter são importantes (MANGINI, 2005).

- Não utilizar o cateter destinado a diálise para coleta de sangue ou outras infusões exceto durante a diálise, ou são condições de emergência.
 - Não utilizar seio de antimicrobiano rotineiramente como estratégia de prevenção de infecção, exceto em condições especiais pacientes com bacteremia de repetição, e dificuldade de acesso.
 - Durante a realização do curativo deve ser inspecionado presença de hiperemia, secreções, hematomas e questionar o paciente sobre intercorrências como hipertermia, dor da inserção do cateter, sangramento local, entre outros.
 - O cateter a fístula devem ter manipulação restrita por pessoal treinado.
- Nenhum cateter pode ser submerso na água (piscina ou banheira), e todos devem ser protegidos durante o banho.
- O cateter deve ser mantido fixado à pele com ponto de sutura. Caso este seja removido acidentalmente, deve ser novamente suturado.
 - Não aplicar solventes orgânicos (éter, acetona) na pele antes da inserção ou durante a troca de curativos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de encontrarmos trabalhos direcionados a tratamento de hemodiálise, nos deparamos com escassez de literaturas específicas para intervenções de enfermagem ao acesso vascular. Percebemos então que é possível otimizar a atuação da equipe de enfermagem no tratamento de pacientes de hemodiálise em especial o acesso vascular, porém, nunca perdendo a visão holística e humanizada. Cabe enfatizar que, quando o paciente é bem assistido pela equipe multidisciplinar, não somente sua sobrevida como sua qualidade de vida poderá melhorar significativamente.

Reduzir a incidência de infecção cruzada representa uma batalha que demanda a implementação de estratégias estruturadas no enfoque multiprofissional. Vale destacar, que, atualmente, o índice de infecção nos serviços de saúde constitui um dos principais indicadores da qualidade de assistência.

Assim, cuidados básicos como: lavagem das mãos, uso correto de luvas, desinfecção correta do cateter e usos de medidas contra internação hospitalar, são medidas primordiais que devem ser usadas por esses profissionais. Na verdade, o cuidado é um compromisso social, ético, solidário, despojado de qualquer interesse unilateral, tendo como objetivo a recuperação da saúde, reintegração da pessoa no seu meio social e o desenvolvimento do potencial criativo tanto do profissional como dos seus cuidados.

Portanto, este trabalho, contribui de maneira significativa para o aperfeiçoamento cognitivo do profissional de enfermagem, visto que destaca todo o processo de tratamento de pacientes que sofrem de Insuficiência Renal Crônica, bem como esclarece quais as medidas necessárias para evitar infecções durante o tratamento minimizando as complicações e prolongamento o tempo de utilização dos mesmos.

9 REFERÊNCIAS

ALMIRRAL, J. et al. **Infection of hemodialysis catheters: incidence and mechanisms.** Am J Nephrol, 1989.

ANJOS, Marcela Dalosto dos; OSELAME, Gleidson Brandão. Cuidados de enfermagem para pacientes idosos com fístula arteriovenosa em terapia de hemodiálise. **Revista UNIANDRADE**, 2013, 14(Supl.3), p. 251-262.

BARBOSA, D. A. et al. Comorbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paul. Enferm**, 2006, 16 (Supl.3), p. 304-309, jul./set.

BARROS, E. et al. **Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BIALESKI, A. B.; CORRÊA, J. B. H. As funções da enfermeira no serviço de hemodiálise. 1999. Monografia (Especialização) – UFRES, Porto Alegre, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial, Resolução RDC n^o 154, de 15 de junho de 2004.

CANAUD B. **Haemodialysis catheter-related infection: time for action.** Nephrol Dial Transplant 1999. p. 2288-2290.

CENDOROGLO, M.; DRAISE, S. A. Intercorrências infecciosas no paciente urêmico. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica.** 19. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2001. p. 402-405.

CORREA, João Antônio et al. Fístula arteriovenosa safeno-femoral superficial como acesso à hemodiálise: descrição de técnica operatória e experiência clínica inicial. **J. vasc. bras.** [online]. 2005, vol. 4, n. 4, p. 341-348.

DAUGIRDOS, J.; BLAKE, P. G.; ING, T. S. **Manual de hemodiálise.** 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

FARIAS, M.; NOBREGA, M. Diagnóstico de enfermagem numa gestante de alto risco baseado na teoria do autocuidado de Orem: Estudo de caso. **Rev. Latino-Am. Enferm**, 2000, Ribeirão Preto, vol. 8, n. 6.

FERMI, M. R. V. **Manual de diálise para enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 44-60.

FERREIRA, U.; ANDRADE, A. **Cateter para hemodiálise**: retrato de uma realidade. Ribeirão Preto, 2007, 40(Supl.4), p. 582-88, out./dez.

FERREIRA, Viviane et al. Infecções em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para hemodiálise. **Rev. Panam. Infectol**, 2005, 7(Supl.2), p. 16.21, São Paulo.

FORNAZIER, Mariana Lorencetti; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J. bras. psiquiatr**, 2006, vol. 55, n. 4, Rio de Janeiro.

GUIMARÃES G. L. Componentes do sistema de hemodiálise: assistência de enfermagem. In: LIMA, E. X.; SANTOS, I. (Org.). **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia 2004. p. 195-214.

GULLO, A. B. M.; LIMA, A. F. C.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre comunicação na assistência de enfermagem ao paciente renal crônico. **Rev da Esc Enfer da USP**, 2000, São Paulo, vol. 34, n. 2, p. 209-212, jun.

IKEDA, S.; CANZIANI, M. E. F. Acesso vascular para hemodiálise. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Guias de medicina ambulatorial e hospital**. Univest/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole 2002. p. 231-240.

JUNIOR, Milton Alves das Neves et al. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? **J Vasc Bras**, 2013, 12(Supl.3), jul./set., p. 221-225.

JUNIOR, N. M. A. et al. Avaliação de perviedade precoce das fístulas arteriovenosas para hemodiálise. **Jornal Vascular Brasileiro**, 2011; 2012.

KUSOMOTA, L. Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes em Hemodiálise. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LEVINE, D. Z. **Cuidado do paciente com doenças renais**. São Paulo: Roca, 1998. p. 336.

- LESSI, D. Acesso Vascular para Hemodiálise. **Rev. Angio. Cirurg. Vasc**, 2007, Rio de Janeiro, n. 3, mai./jun.
- LIMA, A. F. C.; GUALDA, D. M. R. Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise. **Nursing** (São Paulo), 2000, 3(Supl.30), p. 20-3.
- LIMA E. X.; SANTOS I. (Orgs.). **Atualização de enfermagem em nefrologia**. Rio de Janeiro: SOBEN, 2004.
- LINARDI et al. Acesso vascular para hemodiálise: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 2003, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 3, p. 183-193, mai./jun.
- LOMBARDI R. Infecciones relacionadas con catéteres de hemodiálisis. En: Rodriguez A, Rello J et al. Infecciones por catéteres vasculares. Editorial Médica Panamericana, 2003.
- MALGOR, Rafael et al. Tratamento da síndrome de roubo devido a fistula arteriovenosa para hemodiálise em membro inferior por meio de técnica de ligadura arterial e revascularização distal. **J. vasc. Brás**, 2007, Porto Alegre, vol. 6, n. 3.
- MANGINI, Claudia. Hemodialise. In: MANGINI, Claudia; CAMARGO, Luiz Fernando Aranha. **Prevenção de infecção relacionada com a diálise**. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005.
- MOREIRA, R. W. C. et al. Correção cirúrgica de aneurisma vasculares arteriovenosa para hemodiálise utilizando a técnica de aneurismorrágia. **Jornal Vascular Brasileiro**, 2011; 2012.
- MOYSÉS N. M. et al. **Complicações infecciosas do acesso vascular em hemodiálise. Atualidades de Nefrologia**. São Paulo: Guanabara Koogan 2000.
- NASSAR, G. M.; AYUS, J. C. Infectious complications of the hemodialysis access. *Kidney Int* 2001; 60: p. 1-13.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION (NKF). DOQI clinical practice guidelines for vascular access. New York: National Kidney Foundation, 1997. p. 44-48.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

PACHECO, Gilvanice et al. Características de clientes com doença renal crônica: evidências para o ensino do autocuidado. **Rev. Enfermagem. Uerj**, 2006, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3.

PEDIGONE, M. A. M. C.; PEREIRA, J. L. S. **Diretrizes do CDC (Guidelines):** controle de infecções hospitalares. Fundação Civil Casa de Misericórdia de França, 2005.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. **Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA – 2008. Disponível em: <[https:// www.sbn.org.br/](https://www.sbn.org.br/)>. Acesso em: 4 jan. 2013.

SCHEIDT, K. et al. As ações de Biossegurança Implementadas pelas Comissões de Controle de Infecções Hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, 2006, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 3.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, E. F; MARTINO, M. M. F.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007, São Paulo, vol. 41, n. 4, p. 629-635, dez. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/12.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

STEFANI, S. D; BARROS, E. **Clínica médica: consulta rápida**: 3. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Rev. Texto Enferm**, 2004, 13(Supl.1), p. 74-82.

WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artmed; 1995.

ANEXO DECLARAÇÃO

Eu, Simone Cristina Fernandes de Medeiros, portadora do documento de identidade RG 858.394, CPF nº 522 885 104 63, aluna regularmente matriculada no curso de Pós-Graduação Enfermagem Nefrologia, do programa de *Lato Sensu* da Universidade Maurício de Nassau, sob o nº ENO 7224 declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é: “Importância do cuidado de enfermagem com o acesso vascular para hemodiálise”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citado sempre as fontes as quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

Declaro-me, ainda, ciente de que se for apurado a qualquer tempo qualquer falsidade quanto às declarações 1 e 2, acima, este meu trabalho monográfico poderá ser considerado NULO e, conseqüentemente, o certificado de conclusão de curso/diploma correspondente ao curso para o qual entreguei esta monografia será cancelado, podendo toda e qualquer informação a respeito desse fato vir a tornar-se de conhecimento público.

Por ser expressão da verdade, dato e assino a presente DECLARAÇÃO,

Em Recife, ____/____ de 2015.

Assinatura do(a) aluno(a)