

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PACIENTES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO NAS UNIDADES DE NEFROLOGIA

Suellen Silva Santana¹, Taynnkelle Fontenelle¹, Larissa Maciel Magalhães²

Nos últimos anos, houve um crescente aumento no índice de pessoas com doença renal crônica. Diante de tal situação é extremamente importante que uma equipe de saúde assuma uma posição onde não foque somente a doença em si, mas todo o contexto do paciente com doença renal crônica. Sabe-se, portanto que um dos membros da equipe de saúde no cuidado desse tipo de paciente é o enfermeiro, sendo que um dos seus principais papéis é com relação às intervenções educativas junto ao paciente, contudo o presente profissional realiza uma gama de ações durante a sessão de hemodiálise. Diante disso, a presente pesquisa tem como objetivo, identificar qual o papel do enfermeiro, junto ao paciente hemodialítico na unidade de nefrologia, bem como demonstrar a assistência de enfermagem ao paciente em tratamento de hemodiálise, descrevendo o papel do enfermeiro durante a sessão de hemodiálise, identificando as complicações mais frequentes durante a hemodiálise e ressaltando as ações do enfermeiro em casos de complicações mais frequentes. Constitui em um referencial do tipo bibliográfico descritivo, em que foram consultadas nas literaturas existentes nas bases virtuais tais como: Scielo, LILACS e Google Acadêmico.

Palavras-Chave: Assistência de Enfermagem. Hemodiálise. Insuficiência renal.

In recent years there has been a steady increase in the number of people with chronic kidney disease. Faced with this situation is extremely important that a health team to take a position where not only focus on the disease itself, plus the entire context of the patient with chronic kidney disease. It is therefore a member of the health care team in this type of patient is the nurse, and one of his/her main roles is related to educational interventions with the patient, but this professional performs a variety of actions during the hemodialysis session. Therefore, this research aims to identify the role of the nurse close the patient with hemodialysis, as well as demonstrating nursing care to patients on hemodialysis in the nephrology unit, describing the nurse role during the dialysis session, identifying complications more frequent during hemodialysis and highlighting the actions of nurses in cases of postoperative complications. It is a descriptive bibliographical reference type, which was consulted in existing literatures virtual bases such as: Scielo, LILACS e Google Acadêmico.

Keywords: Nursing Care. Hemodialysis. Renal insufficiency.

¹ Acadêmicas do curso de Enfermagem da UNIRG. End.: Av. Rio Grande do Sul, nº 1155, apt. 120, centro, Gurupi-TO. E-mail: taynnkelli@hotmail.com.

² Professora Orientadora da Universidade UNIRG. Especialista em Urgência e Emergência e Unidade de Terapia Intensiva pelo curso do CEEN de Enfermagem pela Universidade Católica de Goiás. Gurupi-TO.

1. INTRODUÇÃO

A escolha da temática na assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico deve-se a grande importância que esse profissional tem durante o tratamento de hemodiálise no paciente com insuficiência renal crônica. Porém essa relevância no contexto da assistência é ainda desconhecida por alguns profissionais da área de enfermagem.

O tema proposto surgiu a partir da falta de vivência sobre o assunto e o desconhecimento do papel do enfermeiro junto ao paciente hemodialítico nas unidades de nefrologia. Por ser um paciente grave, o portador da Insuficiência Renal Crônica submetida à hemodiálise, necessita de um tratamento especializado, com profissionais preparados e que tenham conhecimentos teóricos e práticos suficientes para realizarem uma ótima assistência de forma humanizada nesses pacientes.

Com isso o objetivo proposto foi demonstrar a assistência de enfermagem ao paciente em tratamento de hemodiálise nas unidades de nefrologia, descrever o papel do enfermeiro durante a sessão de hemodiálise, identificar as complicações mais frequentes durante a hemodiálise e as ações do enfermeiro em casos de complicações mais frequentes.

Percebe-se que a formação profissional do enfermeiro sustenta o cuidado como foco principal, sendo que o contexto desse trabalho foi o direcionamento para as questões da assistência de enfermagem ao paciente que esteve em tratamento de hemodiálise, ou seja, a realização de cuidados que foram pautadas em normas e rotinas pré-estabelecidas pela organização e que denotam racionalidade, eficiência e impessoalidade.

Para que o paciente precise de um tratamento de hemodiálise é necessário que ele esteja com Insuficiência Renal Crônica.

A insuficiência renal é uma doença sistêmica e acontece quando os rins não conseguem exercer sua função, ou seja, deixa de remover os produtos metabólicos produzidos pelo corpo ou de realizar sua função reguladora. As substâncias que são eliminadas pela urina acumulam nos líquidos corporais, devido o comprometimento da excreção renal e acaba levando a ruptura das funções metabólicas e

endócrinas, como a distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico.

A insuficiência renal pode ser classificada em aguda ou crônica. Na aguda a insuficiência renal surge em poucos dias e tem cura, enquanto que na crônica a doença vai se desenvolvendo e quando é detectada já é irreversível.

A insuficiência renal aguda é uma síndrome clínica reversível em que existe uma perda súbita e quase completa da função renal durante um período de horas ou dias, com falha para excretar os produtos residuais nitrogenados e manter a homeostasia hidroeletrólítica. Este tipo de insuficiência ocorre mais em pacientes hospitalizados, embora possa ocorrer também em ambiente ambulatorial.

Ainda pode se ter a forma mais grave da doença renal que é a Insuficiência Renal Crônica (IRC). Esta é uma expressão que se refere ao diagnóstico sintromico onde há a perda progressiva e irreversível da função renal de depuração.

O paciente com IRC, em programa de hemodiálise, é obrigado a conviver diariamente com uma doença que não tem cura, que o obriga a passar por um doloroso tratamento, que demora horas, dependendo do programa e da necessidade, todos os dias ou alguns dias na semana, que provoca, junto com a evolução da doença e com suas complicações, grandes limitações que causam um impacto de alta relevância na sua vida e da família (HIGA, 2008).

Por essas perdas das funções renais na IRC o paciente tem que passar pela hemodiálise que corresponde pelo desvio do sangue do organismo, através de um dialisador, onde vai ocorrer a disfunção por ultrafiltração, e regressa posteriormente ao organismo. Todo esse processo é muito difícil para o doente, exigindo dele mudanças profundas tanto da condição física, psicológica, etc. E é por isso que a assistência de enfermagem é essencial durante o tratamento, pois é responsável desde a avaliar o paciente, ao acesso venoso, dar assistência enquanto o paciente dialisa até ajudá-lo a compreender as modificações do seu estado de vida.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Os Rins e a Insuficiência Renal Crônica

O rim se situa no hilo, que apresenta vasos, nervos e cálices, que irão se reunir para formar a pelve renal, sendo constituído pela cápsula, zona cortical e zona medular. É constituído também pela associação de néfrons, os quais são formados por uma parte dilatada, o corpúsculo renal ou de Malpighi, pelo túbulo contorcido proximal, pela parte delgada espessa das alças de Henle e pelo túbulo contorcido distal (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1999).

Localizam-se paralelamente a coluna vertebral, removendo um excesso de água, sais e resíduos do metabolismo das proteínas provenientes do sangue enquanto retornam nutrientes e produtos químicos para o sangue, que conduzem os produtos residuais provenientes do sangue para a urina (MOORE; DALLEY, 2001).

Portanto, quando os rins param de funcionar, o corpo pode ser afetado de várias formas. A maioria das pessoas que apresenta o quadro de falência renal sente-se mal antes de iniciar o tratamento, podendo apresentar sintomas como náuseas e vômitos, perda de apetite, prurido, cansaço, edema nas mãos e tornozelos e frequentes distúrbios do sono (WATANABE et al., 1982).

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma patologia multicausal, progressiva e irreversível, que possui tratamento, porém é incurável. Tem elevada morbidade e letalidade, e alto custo pessoal, social e financeiro (THOMÉ et al., 2006).

As principais causas da Insuficiência Renal Crônica (IRC) são: a Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus, doenças renais (glomerulopatia, nefropatia tubulointerstitial, doença renal policística, displasia, hipoplasia renal) e uropatias (infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários) (ROMÃO JÚNIOR, 2006).

A insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva, irreversível e geralmente lenta da capacidade excretória dos rins, na qual o corpo não consegue manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico (SMELTZER; BARE, 2005).

Por ser lenta e progressiva esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença. Até que tenham perdido cerca de 50% de sua função renal, os pacientes conservam-se quase sem sintomas. A partir daí, podem passar a existir sintomas e sinais que nem sempre incomodam muito. Assim, anemia leve, pressão alta, edema (inchaço) dos olhos e pés, mudança nos hábitos de urinar (levantar diversas vezes à noite para urinar) e do aspecto da urina (urina muito clara, sangue na urina, etc.). Deste ponto até que os rins estejam funcionando, somente 10 a 12% da função renal normal, podem-se tratar os pacientes com medicamentos e dieta. Quando a função renal se reduz abaixo desses valores, torna-se necessário o uso de outros métodos de tratamento da insuficiência renal (ROMÃO, 2004).

A hemodiálise é o método onde haverá a filtração e depuração do sangue, com a intenção de retirar as substâncias nitrogenadas tóxicas e remover o excesso de água, sendo as mesmas acumuladas devido à deficiência da função renal, mantendo os componentes normais do sangue. O sangue é obtido através de um acesso vascular e estimulado por uma bomba, em um sistema de circulação sanguínea fora do corpo, assim encontra-se um sistema de fornecimento de líquidos de diálise, o dialisado, e um filtro, o dialisador; no qual ocorre a difusão, osmose, convecção e ultrafiltração (LIMA; SANTOS, 2004; SMELTZER; BARE, 2005; AJZEN; SCHOR, 2002; BARROS et al., 2006).

Segundo Daugirdas, Blake et al. (2008), as complicações mais comuns que acontecem durante a sessão de hemodiálise consiste em hipotensão (20%-30%), cãibras (5%-20%), náuseas e vômitos (5%-15%), cefaléia (5%), dor torácica (2%-5%), dor lombar (2%-5%), prurido (5%), febre e calafrios (1%).

2.2 Processos de Hemodiálise

Hemodiálise é a modalidade de tratamento dialítico em que a circulação do paciente é fora do corpo, realizada entre membranas procedidas de celulose, celulose "substituída", celulose sintética ou não sintéticas, com o objetivo de extrair líquidos, produtos residuais urêmicos, reduzir a instabilidade hemodinâmica, promover equilíbrio

ácido-base e eletrolítico (FERMI, 2010; SMELTZER; BARE, 2005; RIELLA, 2003).

A ultrafiltração é realizada ao se aplicar a pressão negativa ou uma força de aspiração na membrana de diálise, esse processo é mais eficiente na remoção de água do que a osmose, como os pacientes com doença renal geralmente não podem excretar água, essa força é necessária para remover o líquido, alcançando o equilíbrio hídrico (FERMI, 2010; SMELTZER; BARE, 2005; LIMA; SANTOS; SOUZA, 2009).

As vias de acesso utilizadas em hemodiálise são: Catéter Duplo Lúmen (CDL), permcath, fístula arteriovenosa e próteses (LIMA; SANTOS; SOUZA, 2009; FERMI, 2010).

Segundo Campos (2002), o sangue do paciente sai de seu organismo, através de uma fístula ou cateter, com a ajuda de uma bomba onde esse sangue vai circular por uma máquina dialisadora, voltando depois para o paciente. Este processo vai durar em média 4 horas e deve ser feito 3 vezes por semana, dependendo da necessidade do paciente.

Pacientes que fazem uso dessa terapia geralmente devem se submeter ao tratamento durante o resto de suas vidas ou até que se realize um transplante renal bem sucedido (SMELTZER; BARE, 2005; LIMA; SANTOS, 2004).

Há a necessidade de sessões de hemodíálises, consultas médicas, realização de exames, restrições hídricas e alimentares, definições de atividades rotineiras e ocupacionais e dependência de um suporte informal para ter o cuidado que necessita. Tudo isso desestrutura a vida do paciente contribuindo para a diminuição de sua qualidade de vida e aumentando a propensão à depressão (MARTINS; CESARINO, 2005; ROMÃO et al., 2006; BEZERRA; SANTOS, 2008).

2.3 Assistência de Enfermagem na Hemodiálise

De acordo com a Portaria nº 154 de 15 de Junho de 2004 a qual estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para o cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde, é regulamentado que na unidade de Hemodiálise deve haver um médico nefrologista para cada 35 pacientes com título de

especialidade registrado no Conselho Federal de Medicina, um enfermeiro para cada 35 pacientes devendo possuir treinamento em diálise reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia, um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 4 pacientes por turno de Hemodiálise (BRASIL, 2004).

A enfermagem deve a cada instante estar atenta as suas ações e ter em mente que elas devem estar sempre fundamentadas cientificamente, os procedimentos técnicos deverão seguir a sistematização de enfermagem, proporcionando segurança, meios de avaliação e qualidade no tratamento (LIMA; SANTOS, 2004).

Os cuidados de enfermagem envolvem a sistematização desde a entrada do paciente até a saída deste da sessão de hemodiálise. Deve-se recepcionar o paciente ao chegar à unidade de diálise, sempre observando seu aspecto geral e realizando uma avaliação pré-hemodiálise, que envolve encaminhamento do paciente à balança para registrar o peso, encaminhar o paciente à máquina, verificar sinais vitais; auxiliares e/ou técnicos devem comunicar qualquer alteração para o enfermeiro responsável, conversar com o paciente sobre qualquer sintoma que ele tenha sentido desde a última diálise, etc. e se não houver restrição iniciar a sessão de diálise. Na avaliação pós-hemodiálise deve-se cuidar para sinais de sangramento no local da punção venosa, checar sinais vitais, verificar o peso, não permitir que o paciente sintomático deixe a unidade sem atendimento médico, etc. (LIMA; SANTOS, 2004).

Durante a sessão de hemodiálise a equipe deve estar atenta ao monitoramento dos sinais vitais, anticoagulação, funcionamento adequado das máquinas de diálise (temperatura, rolete, fluxo de sangue, fluxo dialisado), conforto do paciente, intercorrências, queixas e dúvidas dos pacientes, solicitação do médico quando necessário, e a enfermeira deve realizar a supervisão dos auxiliares e técnicos da equipe (BIALESKI; CORRÊA, 1999).

Ao fim da sessão, ao retirar o paciente da máquina deve-se tomar cuidado para que haja maior devolução de sangue ao paciente com uma menor quantidade de soro e evitar embolismo gasoso pela entrada de ar pela agulha de retorno (BIALESKI; CORRÊA, 1999).

Para Vila (2002), a equipe de enfermagem que se sente capaz para esta tarefa deve saber que é necessário o crescimento e desenvolvimento interior de si mesmo para então ajudar o outro a crescer, deve-se estar aberto, alerta, preocupado em perceber, em sentir, ouvir, em viver com o outro, pois a enfermagem executa inúmeras funções no gerenciamento da hemodiálise, não sendo possível desta forma separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se autocompletam visando à melhor assistência ao cliente.

O papel do enfermeiro não se restringe a executar técnicas ou procedimentos eficientemente, mais que isso nos propomos a uma ação cuidativa abrangente, que implica, entre outros aspectos, desenvolver habilidade de comunicação, sendo um meio utilizado para satisfazer as necessidades dos pacientes. Se a comunicação entre enfermeiro e paciente não ocorrer efetivamente, o significado do cuidado que prestamos pode ser afetado profundamente (CIANCIARULLO, 1997).

2.4 Prescrições de Enfermagem nos Serviços de Hemodiálise

Bulecheck e Mc Closkey (2000) refere: a prescrição de enfermagem como qualquer cuidado direto que a enfermeira realiza em benefício do cliente.

Durante a realização da diálise, é a equipe de enfermagem a responsável pela inserção do cateter endovenoso na FAV. Usualmente, a primeira punção é realizada pela enfermeira, posteriormente, dependendo das condições do acesso, os técnicos ou auxiliares de enfermagem treinados realizam as punções (BULECHECK; MC CLOSKEY, 2000).

Relacionando a prescrição de enfermagem na inserção do cateter endovenoso na FAV, o autor Bulecheck & Mc Closkey (2000) salienta que abrangem as seguintes atividades: Verificar a prescrição médica para hemodiálise; Instruir o paciente sobre o procedimento; Manter a técnica asséptica rígida; Identificar se o paciente é alérgico a álcool, iodo ou à fita adesiva; Escolher agulha apropriada para a FAV do paciente; Fazer torniquete acima dos locais de punção; Fazer anti-

sepsia da área, previamente lavada com água e sabão, com álcool a 70% ou outra solução padronizada; Inserir as agulhas respeitando as devidas distâncias entre as agulhas e anastomose vascular; Observar retorno sanguíneo; Remover o torniquete; Fixar as agulhas com fita adesiva; Conectar as agulhas às linhas venosa e arterial da hemodiálise e manter as precauções universais.

O enfermeiro deve reconhecer o paciente não como agente passivo receptor de cuidados, mas sim, o agente do seu autocuidado, conhecendo seu tratamento e dele participando, envolvido no desenvolvimento do seu plano de cuidados (PEREIRA, 1979).

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Faz necessário ressaltar que o método é um conjunto de etapas e processos que são utilizados, de forma ordenada, com o intuito de investigar os fatos e procurar entender uma dada realidade.

Para a realização da presente pesquisa, foi utilizada a pesquisa bibliográfica do tipo descritiva. Segundo Marconi e Lakatos (2006) a pesquisa bibliográfica trata-se de levantamento de toda a bibliografia já publicada e sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto.

Já para Andrade (2005), na pesquisa descritiva os fatos são observados, registrados e analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador.

3.2 Meios de Busca

Para realizar este trabalho foram realizadas as pesquisas nas seguintes bases de dados virtuais que reúnem-se nos trabalhos nacionais e internacionais que são: SCIELO, LILACS E GOOGLE ACÂDEMICO. Mas também foram utilizados jornais, revistas, livros e outros meios de divulgação de informação. No qual foram retirados os artigos publicados nos anos compreendidos entre 1979 até 2010. Com os

seguintes descritores que englobaram especificamente as palavras-chaves como: Hemodiálise, Assistência de Enfermagem, Insuficiência renal.

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para constituição da presente pesquisa foram excluídas as seguintes classes de trabalhos: Resenhas e artigos não indexados. Foram excluídas também algumas publicações que ficavam distante do tema, ou que não continham referências bibliográficas.

Com objetivo de incluir apenas trabalhos que sofreram um procedimento rígido de avaliação, foram escolhidas, teses, dissertações, artigos indexados (SCIELO). Essa opção se deve ao fato de que entre várias bases (LILACS) há registros de trabalhos desse tipo (não apenas artigos indexados) e que, muitas vezes, podem não passar por um processo de avaliação por pares, o que garante a qualidade do trabalho e de apreciação científica. Foram utilizados também livros virtuais que discorrem sobre “Assistência de Enfermagem ao paciente com Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise” na Biblioteca do Centro Universitário Unirg.

No que se refere ao período de publicação, foram selecionados artigos publicados entre os anos de 1979 até o ano de 2010. Em relação ao idioma, a investigação bibliográfica restringiu-se aos trabalhos publicados no idioma português.

3.4 Análise de Dados

A partir do levantamento de toda bibliografia existente sobre o tema em questão e ainda com a finalidade de colocar o leitor “a par” de todo o processo que envolve o tratamento hemodialítico. O intuito além da informação foi de ressaltar a assistência de enfermagem, bem como descrever para os leitores o papel da enfermagem no âmbito físico e psicossocial deste paciente em unidades de nefrologia.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Thomé *et al.*, (2006): a Doença Renal Crônica é uma patologia multicasual, progressiva e irreversível, que possui tratamento, porém é

incurável. Apresenta-se em índices crescentes devido ao aumento da expectativa de vida e prevalência de doenças como Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus na população.

Ainda sobre a Insuficiência Renal Crônica (IRC) de acordo com Romão Júnior, as principais causas são: a Hipertensão Arterial Sistêmica, diabetes mellitus, doenças renais (glomerulopatia, nefropatia tubulointericial, doença renal policística, displasia, hipoplasia renal) e uropatias (infecções urinárias de repetição, obstruções urinárias e cálculos urinários).

Neste contexto de sintomatologia Knobel, Santos, Batista (2004) ressalta que os principais fatores de risco da Doença Renal Crônica são também: sexo masculino, raça negra, idade avançada, tabagismo, doenças renais proteinúricas, história familiar de doença renal, dislipidemia, obesidade, disfunção endotelial, problemas cardiovasculares.

Já para Smeltezer, Bare (2005) e Moura *et al.* (2008): a Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma síndrome metabólica decorrente da perda progressiva, irreversível e geralmente lenta da capacidade excretória dos rins, na qual o corpo não consegue manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico.

Malnic, Marcondes (1989) acrescenta que: concedendo o agravamento das deficiências que vão se estabelecendo, ao longo do tempo, até a condição em que os rins extremamente diminuídos de volume se tornam incapazes do ponto de vista funcional.

Do ponto de vista Romão (2004): até que os rins estejam funcionando somente 10 a 12% da função renal normal podem se tratar os pacientes com medicamentos e dietas, tornando-se necessário o uso de outro método de tratamento. Na fase terminal da IRC os rins perderam o controle do meio interno tornando-se bastante alterado para ser incompatível com a vida. Suas opções terapêuticas são: diálise peritoneal ou hemodiálise.

Em se tratando de Hemodiálise Smeltzer e Bare (2005) relata que: embora a hemodiálise não cure a DRC e não compense tanto na perda das atividades endócrinas ou metabólicas dos rins, sendo essencial em pacientes com IRC, pois evita a morte precoce. De acordo com Machado e Car

(2003), a Hemodiálise (HD) foi criada na década de 40 para o tratamento da Insuficiência Renal Aguda (IRA), passando a ser utilizada somente a partir de 1962 como terapia de intervenção para IRC.

A HD prolonga a vida do paciente, suaviza os sintomas da uremia e previne futuras incapacidades.

Na hemodiálise a equipe de enfermagem torna-se uma presença constante na unidade de hemodiálise, sendo assim um elemento de maior contato com o paciente, acarretando parte de suma importância, como educadores para saúde, transmissão de segurança e apoio quando necessário para os pacientes.

Concordando com essa ideia Oliveira et al. (2008) e Fermi (2010) acreditam que a equipe de enfermagem é o grupo de profissionais que mais participa diretamente do processo que envolve a hemodiálise, e que esta é fundamental na observação contínua dos pacientes durante a sessão, prevenindo, monitorando e tratando os efeitos adversos.

A sessão de hemodiálise requer monitorização e avaliação do paciente por parte da equipe de enfermagem, antes, durante e depois do tratamento.

Sendo que os itens como sinais vitais são verificados a cada 30 minutos ou a cada hora, podendo variar de um serviço para outro; obedece a uma frequência cujo padrão consiste em medida pré e pós-sessão dialítica para glicemia capilar, peso, temperatura corporal, pulso e pressão arterial conforme LIMA; SANTOS; SOUZA, (2009).

Durante o tratamento a equipe de enfermagem tem uma importância primordial, pois deve acompanhar diretamente e orientar estes pacientes quanto às infecções e complicações que podem ser causadas pela hemodiálise.

Assim, de acordo com Breitsameter, Thomé, Silveira (2008) depois dos problemas de ordem renal, as infecções caracterizam o principal motivo de internação dos pacientes renais crônicos, pois estes são geralmente imunodeprimidos, apresentando assim maior suscetibilidade a infecções, além de possuírem maior risco devido aos acessos venosos para hemodiálise (cateteres centrais ou FAVs).

As principais complicações e as atribuições da equipe de enfermagem frente a estas, serão discutidas nas categorias a seguir:

4.1 Hipotensão

Para Nascimento e Marques (2005) é a complicação mais frequente durante a hemodiálise, sendo um reflexo primário de grande quantidade de líquidos que é extraída do volume plasmático durante uma sessão de rotina da diálise. A água que parte é acumulada no intervalo interdialítico é extraída diretamente pelo mecanismo de ultrafiltração.

Concordando com o autor acima supracitado Lima e Santos (2004) definem também a hipotensão arterial como a queda da pressão sistólica abaixo de 100 mmHg durante o procedimento dialítico, sendo esta a principal complicação do tratamento hemodialítico, ocorrendo em até 30% das sessões, sua etiologia é multifatorial.

Para não agravar estes sintomas, faz-se necessário tomar providências cabíveis para não piorar o quadro do paciente.

Nascimento e Marques (2005) diz que: a intervenção consiste em dar início seguidamente ao tratamento de episódios agudos de hipotensão. O paciente deve ser colocado em posição de Trendelenburg, deve ser administrado bolus de 100 ml de SF a 0,9% ou mais se indispensável, a velocidade de ultrafiltração deve ser diminuída para o mais próximo possível de zero.

Intervenções de enfermagem como o monitoramento cauteloso dos sinais vitais e observações de sintomas específicos podem ajudar a limitar a ocorrência e a intensividade de episódios hipotensivos nos pacientes.

4.2 Cãibras Musculares

Terra et al. (2010) e Castro (2001) acreditam que as cãibras são uma complicação frequente da hemodiálise, predominam nos membros inferiores e ocorrem, preferencialmente, na segunda metade da hemodiálise. Frequentemente são precedidas de hipotensão arterial. Estes autores dizem que as cãibras estão associadas à elevada taxa de ultrafiltração durante a sessão de hemodiálise e não indicam,

necessariamente, que o paciente atingiu seu peso seco.

A câibra acarreta para o paciente um desgaste muscular doloroso que poderá alterar outros sintomas e a enfermagem deve estar atenta para outros agravos.

Quando o episódio de câibras já está instalado de acordo com Lima e Santos (2004), a ação da enfermagem consiste em aplicação de calor no músculo afetado, massagens, flexão dos dedos sobre o dorso do pé e pedir para o paciente fazer pressão sobre a planta do pé se a câibra estiver localizada em membros inferiores. Concordando também relatam os autores Souza, Martino e Lopes (2007), estes recomendam rever com o paciente as orientações sobre a ingestão de sal e água para reduzir o ganho de peso.

4.3 Náuseas e Vômitos

Náuseas e vômitos são ocorrências comuns e ocorrem em até 10% dos tratamentos de rotina de diálise, constituindo que sua etiologia seja multifatorial. A maioria dos episódios em pacientes estáveis possivelmente esteja relacionada à hipotensão, como podem ser também uma manifestação precoce da síndrome do desequilíbrio. Caso prosseguirem as náuseas e vômitos pode-se administrar um antiemético (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Para a categoria náuseas e vômitos a enfermagem deve considerar como possíveis causas a hipotensão arterial, manifestações da síndrome do desequilíbrio, reações ao dialisador, e além destas, quando estes sintomas estão presentes fora do contexto da diálise, a enfermagem deve ponderar causas não relacionadas à diálise, e assim, deve corrigir a causa, e se os sintomas persistirem é necessário administrar antiemético conforme prescrição médica (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008; TERRA ET AL., 2010; FERMI, 2010).

4.4 Cefaléia

Para Terra et al. (2010) é um sintoma frequente em pacientes com IRC submetidos à Hemodiálise. As causas mais encontradas são: a hipertensão arterial, hipotensão arterial, alterações no peso corporal e ansiedade. Pode ser também uma manifestação sutil da síndrome do

desequilíbrio, ou pode estar relacionada ao uso de solução de diálise contendo acetato.

Para amenizar este sintoma, Fermi (2010), refere que o tratamento de enfermagem consiste em administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica. Além disso, Daugirdas, Blake e Ing (2008) acrescentam que assim como para náuseas e vômitos, uma redução no fluxo sanguíneo durante a primeira parte da diálise pode ser tentada, e uma redução na concentração de sódio do dialisado também pode ser útil.

4.5 Dor Torácica e Dor Lombar

Para Daugirdas; Blake; Ing, (2008); e Fermi (2010) a dor torácica discreta, frequentemente associada a dor lombar discreta ocorre em 1% a 4% das sessões de diálise, sua etiologia é desconhecida, mas pode estar relacionada com a ativação do complemento (reação de imunidade do organismo, função que envolve a estrutura da imunoglobulina e que ativa as respostas humorais). Não há estratégia de tratamento ou prevenção específica, embora possa ser benéfico substituir a membrana do dialisador por uma de outra variedade (o benefício dessa mudança é controverso).

Também podem ser prestados os cuidados de enfermagem Fermi (2010); Daugirdas; Blake; Ing, (2008) sendo que esta deve administrar analgésicos por via oral ou parenteral conforme prescrição médica. Se a angina for a causa da dor torácica, pode-se discutir com a equipe médica o uso da nitroglicerina sublingual e uso de oxigênio nasal conforme o necessário.

4.6 Prurido

Segundo Fermi (2010), o prurido é a manifestação mais comum na IRC, e tem sido atribuído ao efeito tóxico da uremia na pele. As toxinas urêmicas circulantes são responsáveis pelo prurido, e um produto cálcio-fósforo elevado também pode contribuir para este sintoma. A alergia a heparina também pode ser causa do prurido.

Para diminuir a manifestação do prurido a enfermagem deve administrar anti-histamínicos conforme prescrição médica, analisar a pele dos pacientes em busca de lesões causadas, aconselhar

aos pacientes quanto ao uso de emolientes para hidratação da pele e a tomarem banhos rápidos com água à temperatura ambiente.

Porém, se a causa desta complicação for o produto cálcio-fósforo elevado, de acordo com Terra et al., (2010); Fermi (2010); Daugirdas; Blake; Ing, (2008); Castro (2001); Oliveira et al., (2008), a equipe de enfermagem deve orientar e estimular a dieta para controle de fósforo e a administração de carbonato de cálcio conforme prescrição médica.

4.7 Febre e Calafrios

De acordo com Nascimento e Marques (2005) o paciente renal crônico é imunodeprimido e, por conseguinte, tem uma sensibilidade aumentada para infecções. As infecções bacterianas nesses pacientes parecem progredir de maneira acelerada e a cura parece ser mais lenta. O local de acesso é a fonte de 50% a 80% das bacteremias (principalmente pacientes com cateteres). As bacteremias podem acarretar endocardite, meningite e osteomielite.

Sobre este local de acesso ocasionar bacteremia, Lima e Santos (2004) ainda ressalta que febre e calafrios durante a diálise podem estar relacionados à pirogenia ou infecção por equipamento contaminado.

Portanto, para essa categoria cabe à enfermagem investigar as possíveis causas desses sintomas e administrar analgésicos e antibióticos conforme critério médico.

Para essa avaliação Daugirdas, Blake, Ing (2008) deve-se sempre, inspecionar os acessos vasculares, e durante todo o procedimento utilizar-se das medidas necessárias para o controle da infecção. Caso haja suspeita de pirogenia ou infecção, compete à equipe de enfermagem, providenciar amostras de sangue para hemocultura, amostra do dialisato e da fonte de água tratada.

4.8 Hipertensão

A hipertensão arterial é um dos fatores que agrava e piora o funcionamento renal, sendo capaz de causar dano renal e progressão da IRC, independentemente da doença de base. Aproximadamente 80% dos pacientes portadores de IRC desenvolvem hipertensão arterial (ANDRES e FORTUNY, 1994).

É sabido que a alteração da pressão arterial tem relação direta com o nível de ansiedade e sentimentos do paciente.

Ressaltando essa relação Nascimento e Marques (2005) refere que a hipertensão durante a diálise é geralmente produzida por ansiedade, excesso de sódio e sobrecarga de líquidos. Pode ser confirmado comparando-se o peso do paciente antes da diálise com o peso ideal ou seco. Quando a sobrecarga hídrica é a causa da hipertensão, a ultrafiltração trará, na maioria das vezes, uma redução na pressão sanguínea, induzindo à normalização da pressão.

Segundo o mesmo autor, em seguida a administração de anti-hipertensivo, a enfermagem monitora a pressão arterial em intervalos frequentes (geralmente de 15 em 15 minutos). Os sedativos podem ser necessários, mas a veracidade na equipe e uma diálise suave, livre de problemas, ajudarão a diminuir a ansiedade durante os tratamentos subsequentes.

5. CONCLUSÃO

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença lenta e progressiva que apesar de ter tratamento não possui cura. A pessoa que é acometida por tal, passa a ter uma mudança radical em sua vida cotidiana, sem falar no tratamento doloroso, a hemodiálise, que este paciente é submetido para que não haja sua morte precoce.

As alterações hemodinâmicas, hidroeletrólitos e a falta de funcionamento normal dos rins que se tornam incompatíveis para manter a vida, passam a ter a necessidade de ser ajustados com a hemodiálise de acordo com as características de cada paciente. São fatores importantes e principais que podem influenciar o aparecimento das diferentes intercorrências discutidas neste estudo. Portanto, os profissionais de enfermagem por estarem sempre ao lado dos pacientes dialíticos mantendo uma estreita relação com eles, tornam-se fundamentais durante o processo de hemodiálise. A atuação e dedicação destes profissionais diante as diferentes complicações dialíticas, compreendem um processo de monitorização, detecção e rápida intervenção para não piorar o quadro do paciente, tornando essas

ações essenciais para a garantia de um processo seguro e eficiente.

O profissional de enfermagem por ser embasado em conhecimentos científicos deve utilizar-se de seu papel educador para conscientizar seus pacientes de suas restrições e atribuições no tratamento, estimulando mudanças no comportamento, prevenindo assim, as potenciais complicações, pois a educação em saúde é uma estratégia que deve ser amplamente empregada nas sessões de diálise, tendo em vista a importância do controle de peso interdialítico e da alimentação na prevenção de intercorrências e melhora da qualidade de vida destes pacientes.

A equipe de enfermagem deve fazer a integração dos pacientes e dos familiares, pois apesar de ter tido enfoque que as complicações ocorrem durante a sessão de hemodiálise, muitos pacientes chegam em casa com alguns sintomas, sentindo-se debilitados, por isso a importância de agregar a família neste aprendizado para que tenham subsídios e consigam dar o apoio necessário para os pacientes dialíticos.

O sucesso na realização do tratamento de hemodiálise está relacionado com a disponibilidade de uma equipe de enfermagem capacitada para este tratamento, logo, o processo permanente de educação é fundamental para o domínio da equipe.

Portanto, diante de todas essas complicações discutidas neste estudo é essencial para o sucesso da terapia, profissionais capacitados dispostos a trabalhar em articulação com a equipe multiprofissional, com os pacientes e seus familiares, objetivando minimizar os índices de complicações e aumentando a qualidade de vida dos pacientes em terapia hemodialítica.

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução a metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas, 2005.

AJZEN, Horácio; SCHOR, Nestor. Guia de Nefrologia. 1.ed. São Paulo: Manole Ltda, 2002.

ANDRES, Joan; FORTUNY, Carme. Cuidados de enfermagem em la insuficiencia renal. 2. ed. Madrid - España: Editorial Libro Del Año, 1994.

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BEZERRA, K.V.; SANTOS, J.L.F. O cotidiano de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 686-691, 1 Jul-ago, 2008.

BIALESKI, A. B.; CÔRREA, J. B. H. As Funções da Enfermeira no Serviço de Hemodiálise. 1999. Monografia (Especialização) - UFRGS, Porto Alegre, 1999.

BULECHERCK, G.M., MC CLOSKEY, J.C. Nursing interventions classification (NIC). 3. ed. St. Louis: Mosby, 2000. 408p.

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

BREITSAMETER, G.; THOMÉ, E.G.R.; SILVEIRA, D.T. Complicações que levam o doente renal crônico a um serviço de emergência. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 29, n.4, p. 543-550, dez, 2008.

CAMPOS C.J.G.A vivência do doente renal crônico em hemodiálise: significados atribuídos pelos pacientes [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002.

CASTRO, M.C.M. Atualização em diálise: Complicações agudas em hemodiálise. Jornal Brasileiro de Nefrologia, São Paulo, 2001.

CIANCIARULLO, T.I. Instrumentos básicos para o cuidar: Um desafio para qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1997. 154p.

DAUGIRDAS, J. T.; BLACKKE, P. G.; ING, T.S. Manual de Diálise. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FERMI, M.R.V. Diálise para Enfermagem: guia prático. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

HIGA, K. et al. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Acta Paul Enferm, 2008.

JUNQUEIRA, L.C., CARNEIRO, J. Histologia básica. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p.427

- KNOBEL, E.; SANTOS, O.F.P.; BATISTA, M.C. Nefrologia e distúrbios dos equilíbrios ácido-básico. 1.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 336p.
- LIMA, E. X.; SANTOS, I. (org). Atualização em Enfermagem em Nefrologia. Rio de Janeiro: SOBEN, 2004.
- LIMA, E. X.; SANTOS, I.; SOUZA, E. R. M. Tecnologia e o Cuidar de Enfermagem em Terapias Renais Substitutivas. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MALNIC, G., MARCONDES, M. Fisiologia renal: transporte através de membrana e fisiologia do néfron. São Paulo: E.P.V. 1999. 236 p.
- MACHADO, L.R.C.; CAR, M.R. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 37, p. 27-35, set., 2003.
- MARTINS, M.R.I.; CESARINO, C.B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev Latino-am Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 670-676, set./out. 2005.
- MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. Metodologia científica. 4. ed revista e ampliada. São Paulo. Atlas, 2006.
- MOORE, K.L., DALLEY, A.F. Anatomia orientada para clínica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 1021p.
- NASCIMENTO, C.D.; MARQUES, I.R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 58, n. 6, p. 719-722, nov-dez. 2005.
- OLIVEIRA, S.M. et al. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na hemodiálise. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, 2008.
- PEREIRA, M.L.M.A função educativa do enfermeiro a pacientes hospitalizados. Rio de Janeiro: UFRJ, 1979. 91p.
- RIELLA, M. C.; PECOITS-FILHO, R. Insuficiência Renal Crônica: Fisiopatologia da Uremia. In: RIELLA, M. C.Princípios da Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos.4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.661-689.
- ROMÃO, J.J.E.. Professor Livre-Docente de Nefrologia da Faculdade de Medicina - USP Outubro de 2004. Disponível em: <<http://www.>> Acesso em: 28 abril de 2012.
- ROMÃO JÚNIOR. J. E. Insuficiência renal crônica. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J.N.; CRUZ, H. M. M. Nefrologia. 2. ed. São Paulo: Sovier, 2006. p. 248-265.
- SMELTZER, S. C. BARE.; B. G. Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOUZA, E.F.; MARTINO, M.M.F.; LOPES, M.H.B.M. Diagnóstico de Enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. São Paulo: Ver. Esc. Enferm. USP, 2007.
- THOMÉ, F. S. et. al. Doença renal crônica. In: BARROS, E. et al. Nefrologia rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.
- TERRA, F. S. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Minas Gerais: Rev Bras Clin Med, 2010.
- VILA, V.S.C., Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10 (2) 137-44.
- WATANABE, E. et al. Tratamentos dialíticos: Procedimentos básicos em enfermagem. São Paulo: Sarvier, 1982. 76p.