

Fístula arteriovenosa: autocuidado em pacientes com doença renal crônica

Arteriovenous fistula: Self-care in patients with chronic renal disease

Etiene Fátima Silva Fernandes¹, William Soares¹, Thalita C. Santos¹, Tokico Murakawa Moriya², César Augusto Sangaletti Terçariol³, Viviane Ferreira⁴

RESUMO

Introdução: o acesso mais indicado para a hemodiálise (HD) a longo prazo é a fístula arteriovenosa (FAV) e o autocuidado é um dos passos mais importantes para a sua maturação e durabilidade. **Objetivo:** identificar o autocuidado com a FAV em pacientes com doença renal crônica. **Métodos:** estudo descritivo, exploratório e quantitativo. **Resultados:** foram avaliados 60 pacientes com idades entre 18 e 83 anos, 57% do gênero masculino. O tempo de uso da FAV variou entre 2 a 18 anos, sendo que 42% tiveram tentativas anteriores de confecção. Quanto ao autocuidado foram registrados, ao todo, 16 tipos. Observou-se que 46,6% realizavam os exercícios diários para FAV, 41,6%, em casos de sangramento da FAV realizavam compressão local, 81,6% lavavam a FAV antes da HD e 30% retiravam o curativo da FAV 4 horas após o término da HD. **Conclusão:** verificou-se que a maior parte dos pacientes é conhecedora da necessidade de desenvolver ações de autocuidado, visando manter a FAV funcional.

Palavras-chave: Hemodiálise. Autocuidado. Fístula Arteriovenosa. Insuficiência Renal Crônica.

Introdução

A doença renal crônica (DRC) não é um processo estável, mas sim, dinâmico, em que o paciente apresenta uma afecção renal ou sistêmica que acomete os rins e desenvolve uma perda progressiva e irreversível das funções renais ao longo dos anos.¹

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2002), as doenças mais frequentes, que levam à perda de

função renal são: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), as glomerulopatias, os rins policísticos e a nefrite intersticial.²

Os tratamentos indicados para DRC são: o tratamento conservador, as terapias renais substitutivas (TRS) como hemodiálise (HD), diálise peritoneal e o transplante renal.¹

A HD é um procedimento dialítico, que remove os solutos acumulados, o excesso de água e restabe-

1. Aluno do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá.
2. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá; Prof^ª Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto -USP.
3. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá.
4. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Barão de Mauá e do Curso de Medicina do Centro Universitário de Araraquara.

Correspondência:
Viviane Ferreira
Avenida Paris, nº 707, Bloco A5, Apto.12,
Cep: 14076-110 - Ribeirão Preto - SP / Jardim Independência
ferreiravi@hotmail.com

Artigo recebido em 23/07/2013
Aprovado para publicação em 28/11/2013

lece a homeostase eletrolítica e ácido-básico do organismo, mediante o uso de uma máquina, na qual a filtração do sangue é feita por um rim artificial (dialisador ou capilar), fora do organismo. Normalmente, são realizadas três sessões por semana, com duração de quatro horas cada.^{1,3,4}

Para a realização da HD é necessário um acesso vascular, que pode ser temporário ou permanente.

Uma forma de acesso permanente, não muito utilizado pelo alto risco de desconexão e hemorragia, que é feito por meio de um dispositivo denominado “shunt” que faz uma conexão externa entre a artéria e a veia por meio de um conector de teflon ou silicone.^{1,3,4}

Os acessos permanentes podem ser: a fístula arteriovenosa (FAV), que é a anastomose entre uma artéria e uma veia e o enxerto, interligação da artéria com a veia por meio de um enxerto autólogo (veia safena), o enxerto artificial (PTFE), heterólogo (bovino) e o cateter temporário duplo lúmen permanente. O acesso temporário, mais utilizado, é o cateter temporário de duplo lúmen (CTDL), usado em pacientes com lesão renal aguda (LRA), DRC sem acesso disponível para confecção da FAV, nas hemodíalises urgentes, e quando se perde o acesso definitivo (FAV) ou se aguarda a maturação do mesmo.^{1,4}

Após a confecção da FAV é necessário aguardar um período geralmente de 4 a 6 semanas para iniciar as punções para que ocorra uma dilatação venosa suficiente, com o objetivo de permitir o fluxo adequado de sangue para o dialisador. Durante este período deve ser utilizado um acesso temporário.

A FAV é o acesso mais indicado para pacientes que realizam a hemodíalise a longo prazo. Após a confecção cirúrgica, tanto a equipe de saúde quanto o paciente devem tomar alguns cuidados específicos com a FAV como: realizar antisepsia da FAV com solução antisséptica antes da HD, alternar os pontos de punção da FAV, manter a distância adequada para as punções arterial (3 cm da anastomose) e venosa (5 cm da anastomose), fixar adequadamente as agulhas, realizar curativos compressivos após a retirada das agulhas de punção, monitorar a pressão arterial. Os pacientes devem lavar o membro da FAV antes da diálise, evitar compressões no mesmo como: carregar peso, dormir sobre o braço, não permitir a verificação da pressão arterial no membro, não permitir coleta de sangue, não realizar tricotomia no (retirada de pelos), não remover crostas formadas pelas punções na re-

gião. É necessário fazer exercícios diários no membro em que foi feita a FAV, e em caso de sangramento, comprimir o local usando material limpo e procurar a unidade de diálise se o sangramento for intenso. Verificar a presença de frêmito na FAV, diariamente, observar se houver qualquer alteração como calor, edema, rubor e dor, comunicar a equipe de saúde imediatamente e permitir o manuseio da FAV somente por profissionais habilitados.^{3,5}

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é identificar o autocuidado com a FAV em pacientes com doença renal crônica.

O diagnóstico do autocuidado com a FAV nos pacientes portadores de DRC obtidos através desse estudo poderá servir de subsídios para o planejamento de um programa de educação aos pacientes com o objetivo de incentivar e motivar a realização do autocuidado.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo. Foi realizado em uma Clínica privada do interior do Estado de São Paulo, que realiza TRS (hemodíalise) e atende pelo SUS e alguns convênios.

Fizeram parte do estudo portadores de DRC que realizavam HD na referida Clínica, nos três turnos (segundas, quartas e sextas-feiras e, terças, quintas-feiras e sábados). Entre 230 pacientes, foram selecionados 60 através da amostragem probabilística casual estratificada por turnos, com partilha proporcional, correspondente a 25% por estrato.

A coleta de dados foi realizada junto aos pacientes, que concordaram em participar do estudo, após informação detalhada dos objetivos, justificativa e procedimentos a serem realizados. Depois dos esclarecimentos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada, tendo o auxílio de um roteiro composto de três itens: dados de identificação, diagnóstico médico e cuidados com a FAV. Este instrumento foi validado por cinco especialistas da área de Nefrologia, sendo três enfermeiras e dois médicos, com o mínimo de 10 anos de experiência na área. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para seres humanos e aprovado conforme protocolo nº 455/2010.

Resultados

Participaram do estudo 60 pacientes. Dentre eles 35 (57%) eram do sexo masculino e 25 (43%) do feminino.

A idade variou entre 18 a 83 anos, com média de 52,5, mediana de 55 e desvio padrão de 15,6.

A faixa etária predominante foi entre 49 a 63 anos (40% dos pacientes), seguidos de 34 a 48 anos (23,3%) e 64 a 83 anos (23,3%).

Verificou-se que 30 (50%) pacientes apresentavam como etiologia da DRC, aquelas mencionadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (2002), como sendo as mais frequentes HAS e DM, e os outros 30 (50%) apresentavam outras etiologias como nefrite, doença de Berger e uropatia obstrutiva crônica.

A maioria das FAV em 37 (61,3%) pacientes foi feita no membro superior direito e as demais em

23 (38,3%) deles no membro superior esquerdo. Verificou-se que 35 (58,4%) pacientes submeteram-se apenas à realização de uma FAV, enquanto que 25 (41,6%) submeteram-se a duas ou mais.

Averiguou-se que 48 (80%) pacientes possuíam a FAV há seis anos ou mais.

A seguir, na tabela 1, encontram-se os cuidados que os pacientes portadores de DRC têm com sua FAV.

Grande parte dos pacientes entrevistados realizava a maioria dos diversos autocuidados relacionados à FAV.

Observou-se que 28 (46,6%) deles faziam os exercícios diários para FAV e 14 (23,3%) praticavam atividade física.

É importante destacar que dentre os sujeitos da pesquisa, 32 (53,3%) realizavam trabalhos domésticos.

Tabela 1

Cuidados que os pacientes portadores de DRC têm com sua FAV.

<i>Variável</i>	<i>Sim</i> <i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Não</i> <i>Nº</i>	<i>%</i>
Realizam exercícios para FAV	28	46,6	32	53,3
Praticam exercícios físicos	14	23,3	46	76,6
Não realizam trabalhos domésticos	28	46,6	32	53,3
Usam Hirudoid® (<i>Mucopolissacaridio+polissulfurico</i>)	43	71,6	17	28,3
Lavam a FAV antes da hemodiálise	49	81,6	11	18,3
Verificam diariamente a FAV quanto ao frêmito	51	85,0	9	15,0
Verificam diariamente a FAV quanto à inflamação	47	78,3	13	21,3
Verificam diariamente a FAV quanto a outras alterações	1	1,6	59	98,3
Não dormem do lado da FAV	42	70,0	18	30,0
Não carregam peso do lado da FAV	52	86,6	8	13,3
Não permitem a verificação da PA no membro da FAV	59	98,3	1	1,6
Não permitem coletar sangue no membro da FAV	59	98,3	1	1,6
Não permitem administrar medicamentos por via IM e EV no membro da FAV	59	98,3	1	1,6
Não realizam tricotomia no local da FAV	55	88,3	5	11,6
Não retiram crostas da FAV	55	88,3	5	11,6
Realizam compressão na FAV em caso de sangramento	25	41,6	35	58,4

Em relação à higienização da FAV antes da HD, 43 (71,6) pacientes executavam este procedimento.

Quanto ao tempo de retirada do curativo após HD, 18 (30%) dos pacientes retiravam após quatro horas, 14 (23,3%) após 12 horas, 9 (15%) após seis horas, e vários outros em diferentes horas.

Em relação ao autocuidado com a FAV, 58 (96,7%) pacientes responderam que foram orientados e dois (3,3%) que não. Dessa forma, 24 (40%) pacientes foram orientados por médicos e enfermeiros, 23 (38,3%) somente por enfermeiros e 10 (16,7%) somente por médicos e um (1,7%) por psicólogos.

Discussão

A literatura nacional e internacional menciona que há predominância de DRC em indivíduos do sexo masculino. O inquérito epidemiológico brasileiro também evidenciou que 57% das pessoas com DRC eram do sexo masculino, dados semelhantes aos deste estudo.⁶⁻¹²

No estudo de Maniva e Freitas (2010), cujo objetivo foi conhecer o autocuidado com a FAV em pacientes em tratamento hemodialítico, a faixa etária variou entre 21 a 66 anos, com idade média de 44 anos.¹³

Quanto aos resultados da FAV, de acordo com Fermi (2010), a fístula geralmente é confeccionada no braço não dominante para não limitar as atividades do paciente.¹⁴

A maioria dos pacientes 48 (80%) possuía a FAV por seis anos ou mais. Furtado e Lima (2006) destacam que o tempo médio de uso da FAV é de três anos em pacientes com DRC. Ressaltam também que pode ocorrer uma imprevisibilidade da duração do acesso venoso.¹⁵

Em relação ao autocuidado com a FAV, Fermi (2010) estabelece que o paciente deve evitar compressões e cargas no membro em que se encontra a FAV. Por isso, não devem carregar peso, dormir sobre o braço e não permitir a verificação de pressão arterial nesse membro. Confirma-se que a maior parte dos pacientes do estudo seguem esses cuidados.¹⁴

Na unidade de diálise, antes da punção, é “*mister*” que os pacientes lavem o membro em que está a FAV com água e sabão ou outra solução antisséptica, para evitar a infecção local¹⁶, 43 (71,6%) destes executam este procedimento.

Em casos de sangramento da FAV fora da unidade de diálise, o paciente deve comprimir o local com material limpo (algodão e/ou gases) e elevar o mem-

bro em que a FAV se encontra. Se o sangramento for intenso, o paciente deve dirigir-se imediatamente ao hospital ou à clínica de diálise de sua referência.¹⁴

O funcionamento da FAV deve ser verificado diariamente, examinando a presença do frêmito (vibração perceptiva), que se deve ao turbilhonamento do sangue ao passar pela anastomose.¹⁴

Qualquer alteração no local da FAV, como calor, dor, eritema, edema ou ausência de frêmito, deve ser comunicado imediatamente às equipes médicas e de enfermagem.

Observou-se que 32 (53,3%) dos pacientes da pesquisa não realizam os exercícios diários, importantes para a FAV, sendo necessária uma reorientação quanto a esse cuidado e seu grande valor. O exercício diário de compressão com bola de borracha ajuda a manter a FAV em funcionamento.¹⁴

É necessário destacar que 32 (53,3%) pacientes realizavam trabalhos domésticos e é imprescindível verificar que estes não incluem um forte esforço como, por exemplo, o carregamento de peso.

De acordo com Furtado e Lima (2006), em estudo que objetivou identificar os cuidados com a FAV executados pelos pacientes, estes, para não possuírem a sensação de anormalidade que a FAV lhes trazia, acabavam não realizando tais cuidados, mesmo conhecendo-os.¹⁵

Essas autoras, ainda, enfatizam o papel da família como reforço na sensação de anormalidade em pacientes com DRC, desencadeando a não realização do autocuidado pelos mesmos. Dessa maneira, o cuidado familiar não deve ser excessivo, pois fortalece a sensação de anormalidade no indivíduo e dificulta na realização de atividades cotidianas.¹⁵

A família, assim, ao invés de privar a pessoa de funções em sua residência, pode estabelecer atividades para serem desenvolvidas pelo paciente, não exigindo, é claro, elevado esforço físico.

Após a remoção das agulhas da FAV, no término da hemodiálise deve-se exercer compressão até que ocorra total hemostasia. Um sangramento por mais de 20 minutos deve merecer avaliação das dosagens de anticoagulante e anti-hipertensivo, além de revisão dos locais de punção. Só após a hemostasia é realizado o curativo, o qual não deve ser circular, evitando, assim, a trombose do acesso vascular. Os curativos só devem ser retirados após 6 horas do término da sessão de hemodiálise, com cuidado para que sejam mantidos secos e limpos.¹⁵ Os curativos da FAV foram retirados após quatro horas, por 18 (30%) dos

pacientes que devem ser reorientados para este cuidado.

É oportuno mencionar que o acesso vascular é prioritário no tratamento hemodialítico, considerando-se FAV como um recurso permanente.

Diante disso, é recomendada e amplamente enfatizada a confecção da FAV de maneira a garantir o seu funcionamento em tempo compatível à necessidade de hemodiálise, evitando o uso do cateter temporário de duplo lúmen.

Assim, esforços devem ser destinados no sentido de minimizar o encaminhamento tardio ao nefrologista, bem como no investimento na qualidade da assistência oferecida aos pacientes com DRC.^{12,16}

Conclusões

Os resultados da pesquisa foram considerados satisfatórios no que tange ao autocuidado dos pacientes com a FAV. A maior parte destes sabe da necessidade de desenvolver ações de autocuidado, visando manter a FAV funcionando.

A pesquisa mostrou que os pacientes têm uma assistência de qualidade, com orientações adequadas sobre sua doença e o autocuidado, porém, necessitam de informações permanentes para que cuidem adequadamente de sua FAV e a mantenham sem anormalidades. Com este estudo espera-se colaborar e estimular novas pesquisas relacionadas ao tema.

ABSTRACT

Introduction: the most indicated long-term access to haemodialysis (HD) is the arteriovenous fistula (AVF) and self-care is one of the most important steps for its maturity and durability. **Objective:** to identify self-care with AVF in patients with chronic renal disease. **Methods:** descriptive, exploratory, and quantitative study. **Results:** We evaluated 60 patients aging from 18 to 83 years, being 57% of the male gender. FAV time ranged from 2 to 18 years, and 42% had previous attempts at AVF making. About self-care, 16 types were recorded in all. We observed that 46.6% did the daily exercises for AVF; 41.6% did local compression in cases of AVF bleeding; 81.6% washed the AVF before the HD; and 30% withdrew their AVF dressing 4 hours after completion of HD. **Conclusion:** We found that most of the patients know the need to develop self-care actions, in order to maintain the functioning AVF.

Key words: Hemodialysis. Self Care. Arteriovenous Fistula. Renal Insufficiency, Chronic.

Referências

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos: Insuficiência Renal Crônica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde de Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Brasília (DF); 2002.
3. Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Belo Horizonte: Medsi; 2003.
4. Diepenbrock NH. Cuidados Intensivos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
5. Dias TS, Moysés Neto M, da Costa JAC. Arteriovenous fistula puncture: an essential factor for hemodialysis efficiency. Renal Fail. 2008; 30: 870-6.
6. Sesso RCC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Burdman EA. Censo Brasileiro de Diálise. 2009; J Bras Nefrol. 2010; 32: 380-4.
7. Iwamoto HH. O paciente renal crônico: retrato de uma realidade. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1998.
8. Barros E, Thomé FS, Karohl C. Fisiologia renal aplicada. In: Barros E, Manfro R, Thomé F, Gonçalves LF. (Org.). Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 25-46.
9. De Lima JG, Fonseca JA, Godoy AD. Diálise, time and death: comparisons of two consecutive decades among patients treated at the same Brazilian dialysis center. Braz J Med Biol Res. 1999; 32: 289-95.
10. Chaves LDP. Estudo da sobrevida e estimativa de gastos de pacientes submetidos à hemodiálise no município de Ribeirão Preto. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo -Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2001.
11. Reis EMK, Malvaso GO, Ferraz AEP, Rossi LA. Percentual de recirculação sanguínea em diferentes formas de inserções das agulhas nas fistulas artério-venosa, de pacientes em tratamento hemodialítico. Rev Esc Enferm USP. 2002; 35:41-5.
12. Di Lorio BR, Bellizzi V, Cillo N, Cirillo M, Avella F, Andreucci VE, De Santo NG. Vascular access for hemodialysis: the impact on morbidity and mortality. J Nephrol. 2004; 17:19-25.
12. Maniva JCF, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: Autocuidado com a fistula arteriovenosa. Rev Rene. Fortaleza. 2010; 11: 152-60.
13. Fermi MRV. Manual de Diálise para Enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2010.
14. Furtado AM, Lima FET. Autocuidado dos pacientes portadores de insuficiência renal crônica com a fístula artério-venosa. Rev Gaúch Enferm. 2006; 27:532-8.
15. Desmeules S, Canaud B. Venous access for chronic hemodialysis: undesirable yet unavoidable. Int Center Artificial Organs Transplant. 2004; 28:611-6.