

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: CUIDADOS COM O PACIENTE EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

IZAURA LUZIA SILVÉRIO FREIRE
LÍDIA MARIA COSTA ARAÚJO
ANA ELZA DE OLIVEIRA MENDONÇA
JULIANA TEIXEIRA JALES MENESCAL PINTO
GILSON DE VASCONCELOS TORRES

Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFRN - Natal/RN, Brasil.
e-mail: izaorafreire@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) constitui causa significativa de morbimortalidade e é, sem dúvida, questão peculiar de Saúde Pública.

Essa afecção caracteriza-se por perda progressiva e irreversível da função renal, ocasionando um desequilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, que resulta em um conjunto de sinais e sintomas denominado de uremia ou síndrome urêmica (FERMI, 2003).

Com a instalação da síndrome urêmica há um desequilíbrio da bioquímica sanguínea, cujos sintomas envolvem, principalmente, os tratos gastrintestinal, nervoso e cardiopulmonar. Fazendo-se necessário a realização de métodos de depuração artificial do sangue, Diálise Peritoneal (DP), Hemodiálise (HD) ou o Transplante Renal (TR) (RIELLA, 2003).

A partir da década passada a alta incidência e prevalência da IRC vem alarmando a comunidade científica mundial. Admite-se que, para cada paciente em HD, existam de vinte a trinta outros com IRC em seus diferentes estágios (BASTOS *et al.*, 2004)

Assim, devido à magnitude dessa doença, nos propomos a realizar uma atualização bibliográfica sobre a IRC e os cuidados de enfermagem relativos ao paciente renal crônico submetido à HD.

Para tanto, as reflexões que traremos para esse estudo englobam dois momentos. No primeiro, faremos um breve histórico, definições, causas, manifestações clínicas, diagnósticos e tratamentos da IRC. Em seguida, discorreremos sobre a importância dos cuidados de enfermagem dispensados ao paciente renal crônico em tratamento de HD.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: ASPECTOS HISTÓRICOS E GERAIS

A IRC começou a ser descrita em meados do século XIX em um hospital de Londres, na Inglaterra. Um médico a descreveu como uma enfermidade em que os pacientes apresentavam edema generalizado e na autópsia os rins apresentavam-se com um aspecto contraído e granular, indicando, também, a presença de complicações de hipertensão arterial sistêmica (HAS) (RIELLA, 2003).

Essa afecção é definida como uma deterioração progressiva e irreversível da função renal em que a capacidade do corpo para manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha, resultando em uremia ou azotemia, que é a retenção de uréia e outros produtos de degradação nitrogenados no sangue (SMELTZER; BARE, 2002).

A IRC pode ser causada por doenças sistêmicas como o diabetes mellitus e HAS, glomerulonefrite crônica, pielonefrite, obstrução do trato urinário, lesões hereditárias, agentes ambientais e ocupacionais (SMELTZER; BARE, 2002).

Quanto as manifestações clínicas da IRC, sabe-se que quase todos os sistemas do corpo são afetados, e a pessoa acometida, geralmente apresenta náuseas, vômitos, anorexia, anemia, fadiga, fraqueza, frio, diarréia, confusão mental, cefaléia, hálito urêmico, palidez

cutânea, aumento do tempo de sangramento, atrito pericárdico e pés e punhos caídos (FERMI, 2003).

O diagnóstico é feito através de história clínica, exame físico, dosagem sanguínea de uréia, creatinina, bicarbonato, sódio, potássio, ácido úrico, cálcio e fósforo, além de realização do clearance de creatinina, ultra-sonografia abdominal e biópsia renal (FERMI, 2003).

No tocante ao tratamento da IRC, este está dividido em conservador, DP, HD e TR. O tratamento conservador tem por objetivo retardar o início da terapia dialítica por meio de suporte médico, nutricional e medicamentoso (FERMI, 2003).

A DP é um processo de depuração do sangue no qual a transferência de solutos e líquidos ocorre através de uma membrana semipermeável, o peritônio, que separa dois compartimentos. Um compartimento é a cavidade abdominal, onde está contida a solução de diálise e o outro é o capilar peritoneal, onde se encontra o sangue com excesso de escórias nitrogenadas, potássio e outras substâncias. O peritônio age como um filtro, permitindo a transferência de massa entre os dois compartimentos (SMELTZER; BARE, 2002).

A HD é o método de diálise mais comumente empregado. Ela é usada em pacientes que estão agudamente doentes e que necessitam de diálise por curto prazo (dias ou semanas), bem como, para pacientes com IRC que necessitam de terapia em longo prazo ou permanente (SMELTZER; BARE, 2002).

Para a realização da HD faz-se necessário um dialisador capilar que é onde se processa a filtração, a água tratada pelo processo de osmose reversa, a solução de HD, que é semelhante ao plasma sanguíneo, a máquina de HD e a via de acesso, que pode ser temporária ou permanente (FERMI, 2003).

Como via de acesso temporário tem-se o Cateter de Duplo Lúmem (CDL) e como vias permanentes têm-se a Fístula Arteriovenosa (FAV), permcath e a prótese. Tradicionalmente a HD é realizada três vezes por semana durante quatro horas (BERTOLIN, 2007).

Quanto ao TR, Riella (2003) afirma que atualmente é a melhor opção terapêutica para o paciente com IRC, tanto do ponto de vista médico, quanto social ou econômico. Ele está indicado quando houver IRC em fase terminal, estando o paciente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA SUBMETIDO À HEMODIÁLISE

O sucesso da assistência prestada ao paciente e a sua família numa clínica de HD envolve a cooperação de uma equipe multidisciplinar e, embora se atribua a médicos e enfermeiros a maior parcela de responsabilidade e autoridade, é indispensável à participação de outros profissionais que poderão atuar de forma eventual ou sistemática, como nutricionistas, psicólogo, assistente social e outros (FERMI, 2003).

Nessa equipe multidisciplinar, destacamos o enfermeiro que executa inúmeras funções no gerenciamento da HD, não sendo possível desta forma separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se completam visando à melhor assistência ao cliente (BEZERRA; CRUZ, 2001).

No tocante aos cuidados de enfermagem antes da realização da HD, Bezerra; Cruz, (2001) enfatizam que estes incluem orientar o paciente a pesar-se ou pedir auxílio no momento de pesar-se, lavar os braços com sabão na pia da sala de diálise para prevenir infecções e após enxugá-los com papel toalha e a verificação da pressão arterial.

O mesmo autor reforça que durante o tratamento podem surgir várias complicações, dentre eles está o desequilíbrio hídrico e de eletrólitos, principalmente de sódio, potássio. O paciente pode apresentar, também, câibras musculares, náuseas ou vômitos, reação à transfusão, aneurisma, hemorragia, rompimento do acesso vascular, vazamento do dialisato, coagulação, infecção, febre e calafrios, hemólise, convulsões, hipertensão ou hipotensão,

síndrome do desequilíbrio da diálise, síndrome de primeiro uso, embolia gasosa, sepse e hipertermia.

Quando o paciente apresenta um dessas intercorrências, a equipe de enfermagem deve estar treinada para agir de maneira eficiente, de forma a prevenir/tratar as possíveis complicações durante a sessão de HD (FERMI, 2003).

O enfermeiro deve orientar tanto à equipe que está sob sua coordenação quanto ao paciente diabético a não administrar insulina no dia da HD. Riella (2003) afirma que essa conduta é necessária porque na IRC reduz-se o clearance plasmático dos medicamentos cujos mecanismos de eliminação dependem da integridade funcional dos rins, assim, o tempo de permanência do nível de insulina no sangue se prolonga e as necessidades diminuem.

Bulecheck e McCloskey (1992) apud Cruz (1995) faz referência que as prescrições de enfermagem relacionadas à confecção de FAV incluem informações ao cliente e à família sobre o procedimento cirúrgico, o tipo de anestesia, o local da cirurgia que comumente é realizado no antebraço não dominante, a posição levemente elevada que o membro cirurgiado nos primeiros dias pós-operatórios deve permanecer, a troca do curativo pelo enfermeiro, a retirada dos pontos deverá ser oito dias após a cirurgia e o início dos exercícios de ativação através de compressão manual. Devem-se controlar os níveis pressóricos e a hidratação do paciente no período pré-operatório, evitando-se episódios de hipotensão arterial prolongada e hipovolemia, que podem comprometer a potência da fístula.

Um importante cuidado de enfermagem é ao iniciar a sessão de HD, até haver certeza de que a punção esteja adequada, manter o fluxo de sangue no máximo em 200 ml/min. Após certificar-se de que a punção está adequada, o fluxo de sangue deve ser aumentado para 350 a 400 ml/min e manter esse fluxo durante toda a diálise (FERMI, 2003).

Silva et. al (1996) refere que a estratégia para controle da contaminação do sistema de HD deve incluir a desinfecção de todos os componentes como tanques, tubulações e máquinas a um só tempo para que se considere a desinfecção eficaz. É necessário, também, a desinfecção das máquinas de HD ao final de cada sessão de tratamento.

Para evitar a coagulação no circuito extracorpóreo, uma dose de heparina é administrada para produzir anticoagulação do sistema, sendo essa, individualizada e calculada com base no peso do paciente (SILVA, et al, 1996).

Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizados para o mesmo paciente até doze vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até vinte vezes quando utilizado reprocessamento automático. Após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indicando uma redução superior a 20% do volume inicial, torna obrigatório o descarte do dialisador, independentemente do método empregado para o seu reprocessamento (SILVA, et al, 1996).

É tarefa da enfermagem realizar a remoção da solução esterilizante fazendo-se circular soro fisiológico a 0,9% através do compartimento sanguíneo enquanto corre a solução de diálise aquecida através do compartimento de dialisato durante 15 minutos. O circuito de sangue deve ser checado quanto a quantidades residuais de germicida imediatamente antes de ser usado (FERMI, 2003).

CONCLUSÃO

A realização desse estudo oportunizou identificar aspectos que dizem respeito à IRC e aos cuidados de enfermagem ao paciente submetido à HD acometidos dessa patologia, e chegamos às seguintes conclusões:

No tocante a IRC, vimos que essa doença constitui causa significativa de morbimortalidade e é, sem dúvida, questão peculiar de Saúde Pública. O tratamento da IRC pode ser através de HD, DP e TR, sendo a HD o mais utilizado.

Ao analisarmos os cuidados de enfermagem ao paciente com IRC em tratamento de HD, vimos que o enfermeiro executa inúmeras funções no gerenciamento, não sendo possível

separar as funções administrativas, assistenciais, educativas e de pesquisa, pois são funções interdependentes que se completam visando à melhor assistência ao cliente.

Portanto, o sucesso da assistência prestada a esse paciente e a sua família envolve a cooperação de uma equipe multidisciplinar e, embora se atribua a médicos e enfermeiros a maior parcela de responsabilidade e autoridade, é indispensável à participação de outros profissionais que poderão atuar de forma eventual ou sistemática.

REFERÊNCIAS

BASTOS, M. G. et al. Doença Renal Crônica: Problemas e Soluções. **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 4, dez. 2004.

BERTOLIN, D. C. **Modos de enfrentamento de pessoas com insuficiência crônica terminal em tratamento hemodialítico**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. São Paulo, 2007.

BEZERRA, K V. **Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica (IRC), em hemodiálise**. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2006.

BEZERRA, R G; CRUZ, I C F. **Produção científica de enfermagem sobre hemodiálise: implicações para a (o) enfermeira (o) de métodos dialíticos**. 2001. Disponível em <http://www.uff.br/nepae/hemodialise.doc> Acesso em 03 Mai 2008.

CRUZ, I C F. Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem: recriando os instrumentos de trabalho. **Texto e Contexto**. v. 4. n. 1, p. 160-69, jan./ jun., 1995.

FERMI, M R V. **Manual de diálise para a enfermagem**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RIELLA, M C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

SILVA, A M M et al. **Revisão/Atualização em Diálise: Água para hemodiálise**. **J. Bras. Nefrol**. 1996; 18(2): 180-188. Disponível em <<http://www.sbn.org.br/JBN/18-2/v8e2p180.pdf>> Acesso em 04 Mai 2008.

SMELTZER, S C. et al. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica: Histórico e tratamento de pacientes com Diabetes Mellitus**. 9. ed, vol. 2. cap. 37, pág. 933-983.. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.

Autor principal: IZAURA LUZIA SILVÉRIO FREIRE - R. São João, 1233, Lagoa Seca. Cond. Dão Silveira, Ap. 601, Bloco A. E-mail: izaurafreire@hotmail.com

Co-autores: LÍDIA MARIA COSTA ARAÚJO: lidiamca@yahoo.com.br

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA: a.elza@uol.com.br

JULIANA TEIXEIRA JALES MENESCAL PINTO: jujales@hotmail.com

GILSON DE VASCONCELOS TORRES: gvt@ufrnet.br