

Cuidados de enfermagem com fístula arteriovenosa

Nursing care for arteriovenous fistula

Cuidados de enfermería para fístula arteriovenosa

Recebido: 31/03/2024 | Revisado: 10/04/2024 | Aceitado: 11/04/2024 | Publicado: 15/04/2024

Luiz Cláudio Ribeiro Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6832-5832>
Faculdade de Educação da Ibiapaba, Brasil
E-mail: claudioribeiro19@hormail.com

Saulo Barreto Cunha dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5651-5992>
Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Brasil
E-mail: saulocunha98@gmail.com

Aline Alves Mesquita

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9796-8404>
Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Brasil
E-mail: linnyalves18@gmail.com

Francisca Maria Ranielle Albuquerque Bêco

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8141-6084>
Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Brasil
E-mail: ranielebalbuquerque@gmail.com

Eveline Machado de Aguiar Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0371-3834>
Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Brasil
E-mail: eveline_aguiar@hotmail.com

Francisca Milena Martins Elmiro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2098-6678>
Faculdade de Educação da Ibiapaba, Brasil
E-mail: enfermilena.21@outlook.com

Jhonata Pereira Paiva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5112-9689>
Faculdade de Educação da Ibiapaba, Brasil
E-mail: paivajhonata10@gmail.com

Resumo

As doenças crônicas afetam de maneira significativa o cotidiano dos pacientes, dentre essas doenças, destacamos a insuficiência renal. A hemodiálise (HD) é o método de diálise mais comum. Há vários tipos de acessos vasculares, incluindo os temporários, como os cateteres venosos centrais (CVC) e os permanentes, como a Fístula Arteriovenosa (FAV), sendo esta indicada apenas para pacientes renais crônicos. O estudo teve como objetivo evidenciar através da produção científica o cuidado de enfermagem frente ao paciente portador de Fístula Arteriovenosa. Trata-se de estudo descritivo do tipo bibliográfico realizado nas bases de dados Scielo e Bireme, onde foi possível selecionar 10 artigos após cruzamentos e utilização de critério de inclusão e exclusão. A partir das informações foi possível destacar que os principais cuidados com a FAV são: a avaliação do frêmito, colapso, sinais de infecção não aferir PA no membro da FAV, não coletar sangue pela fístula, evitar uso de acessórios como relógio, evitar traumas no membro. Durante a sessão de HD as intercorrências foram: Hematoma ou extravasamento, Saída da agulha durante a sessão de hemodiálise, pressão venosa na alta na fístula, Dor, diminuição ou ausência de frêmito, sangramento, rompimento da fístula arteriovenosa, coágulos na agulha punção difícil. O enfermeiro exerce grande importância frente a estes usuários, pois promovem empoderamento no cuidado.

Palavras-chave: Fístula arteriovenosa; Doença renal crônica; Enfermagem.

Abstract

Chronic diseases significantly affect patients' daily lives, among which we highlight renal insufficiency. Hemodialysis (HD) is the most common dialysis method. There are various types of vascular accesses, including temporary ones such as central venous catheters (CVC) and permanent ones such as Arteriovenous Fistula (AVF), the latter indicated only for chronic renal patients. This study aimed to highlight, through scientific literature, nursing care for patients with Arteriovenous Fistula. It is a descriptive bibliographic study conducted in the Scielo and Bireme databases, where 10 articles were selected after cross-referencing and applying inclusion and exclusion criteria. From the information gathered, it was possible to highlight that the main care for AVF includes assessing thrill, collapse, signs of infection, avoiding measuring blood pressure on the AVF limb, not drawing blood through the fistula, avoiding wearing accessories like watches, and preventing trauma to the limb. During HD sessions, the complications observed

were hematoma or extravasation, needle dislodgment during the dialysis session, high venous pressure in the fistula, pain, decreased or absent thrill, bleeding, AVF rupture, difficult needle puncture due to clots. Nurses play a crucial role in caring for these patients, as they empower them in self-care.

Keywords: Arteriovenous fistula; Chronic kidney disease; Nursing.

Resumen

Las enfermedades crónicas afectan significativamente la vida cotidiana de los pacientes, entre las cuales destacamos la insuficiencia renal. La hemodiálisis (HD) es el método de diálisis más común. Hay varios tipos de accesos vasculares, incluidos los temporales como los catéteres venosos centrales (CVC) y los permanentes como la Fístula Arteriovenosa (FAV), esta última indicada solo para pacientes renales crónicos. Este estudio tuvo como objetivo evidenciar, a través de la literatura científica, los cuidados de enfermería para pacientes con Fístula Arteriovenosa. Se trata de un estudio bibliográfico descriptivo realizado en las bases de datos Scielo y Bireme, donde se seleccionaron 10 artículos después de cruzar referencias y aplicar criterios de inclusión y exclusión. A partir de la información recopilada, se pudo destacar que los principales cuidados para la FAV incluyen evaluar la sensación de frémito, colapso, signos de infección, evitar medir la presión arterial en el miembro de la FAV, no extraer sangre a través de la fístula, evitar el uso de accesorios como relojes y prevenir traumatismos en el miembro. Durante las sesiones de HD, las complicaciones observadas fueron hematoma o extravasación, desalojo de la aguja durante la sesión de diálisis, presión venosa alta en la fístula, dolor, disminución o ausencia de frémito, sangrado, ruptura de la FAV, punción difícil debido a coágulos. Los enfermeros desempeñan un papel crucial en el cuidado de estos pacientes, ya que los empoderan en el autocuidado.

Palabras clave: Fístula arteriovenosa; Enfermedad renal crónica; Enfermería.

1. Introdução

As doenças crônicas afetam de maneira significativa o cotidiano dos pacientes, em virtude de ocasionarem impacto decorrente das mudanças importantes que impõem, incluindo alterações nos hábitos alimentares, nas atividades do dia-a-dia, assim como pela necessidade de aderir à terapêutica (Martinez et al., 2011).

Dentre as doenças crônicas, pode ser inserida a insuficiência renal, a qual pode ser dividida em doença renal aguda (DRA) e doença renal crônica (DRC). A DRA é a perda aguda da função renal, englobando uma variedade de condições clínicas caracterizadas pela retenção de compostos nitrogenados (ureia, creatinina) e, normalmente, redução do volume urinário a menos de 400 ml/dia. Cerca de 5% dos indivíduos hospitalizados desenvolvem DRA (Moura, 2011).

A DRC é um problema de saúde pública mundial; em todo o mundo mais de um milhão de pacientes estão em programa de terapia renal substitutiva (diálise). Quando levado em conta os pacientes com DRC leve e moderada, os números são ainda maiores. Estima-se que no Brasil dez milhões de indivíduos tenham algum grau de DRC. Segundo o censo de 2013, aproximadamente 100.397 pessoas realizaram tratamento dialítico no Brasil (SBN, 2013).

Atualmente, a DRC é considerada uma epidemia, pois milhares de pacientes recebem terapia renal substitutiva. Várias são as causas para esse crescimento assustador, como o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, possibilitando o maior desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial (Fermi, 2010).

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento e progressão da DRC incluem: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), idade avançada, doença cardiovascular (DCV), história familiar para DM, HAS e DRC, uso de fármacos nefrotóxicos (anti-inflamatórios não hormonais e alguns antibióticos, como os aminoglicosídeos), dislipidemia, obesidade e tabagismo. A HAS e o DM representam 36% e 26% dos diagnósticos primários, respectivamente (Martinez et al., 2011; Rembold et al., 2009).

O tratamento dos pacientes portadores de DRC engloba: a diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e o transplante renal (TX) (Martins & Cesarino, 2005).

A hemodiálise (HD) é o método de diálise mais comum. Esse tratamento é utilizado para os pacientes que estão agudamente doentes e que precisam de diálise por curto prazo (dias ou semanas), bem como para pacientes com doença renal em estágio terminal que precisam de terapia de longo prazo ou permanente. Um dialisador (também referido como um rim

artificial) serve como uma membrana semipermeável sintética, substituindo os glomérulos e túbulos renais como filtros para os rins comprometidos (Smeltzer & Bare, 2009).

Os pacientes que realizam HD precisam ter um bom acesso venoso. A tendência no tratamento da doença renal em estágio terminal é iniciar o procedimento antes que os sinais e sintomas associados à uremia se tornem graves (Junior et al. 2011).

Para que se alcancem melhores resultados terapêuticos, o acesso vascular adequado para a HD é o definitivo, que consequentemente permite maior sobrevida e melhor qualidade de vida para o paciente em programa de tratamento renal. Há vários tipos de acessos vasculares, incluindo os temporários, como os cateteres venosos centrais (CVC) e os permanentes, como a Fístula Arteriovenosa (FAV), sendo esta indicada apenas para pacientes renais crônicos, consistindo na anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia. Ao longo do tempo (trinta dias, no mínimo) o ramo venoso da fístula se dilata e suas paredes se espessam, o que possibilita a inserção repetida das agulhas de diálise (Fermi, 2010).

Fermi (2010) destaca ainda que, a fístula normalmente é confeccionada no braço não dominante, a fim de não limitar as atividades do paciente. Outro aspecto importante evidenciado é que as fístulas ideais devem possibilitar um bom fluxo arterial (de no mínimo 300 ml/min), um acesso fácil à punção e uma posição confortável para o paciente durante o tratamento hemodialítico. Cada tipo de fístula recebe uma denominação, de acordo com os vasos ligados: radiocefálica, braquicefálica, ulnar-basílica, braquibasílica ou radiobasílica.

O paciente portador da FAV é dependente de seu acesso venoso para a sua sobrevida, por isso os profissionais de enfermagem precisam garantir uma assistência adequada a estes pacientes. É imprescindível que a equipe direcione o cuidado ao paciente de forma específica, enfocando, primordialmente, a orientação sobre sua condição e sobre a necessidade do cuidado com o acesso vascular (Lima, 2006, Moura, 2011).

Assim, interrogou-se para o estudo: O que as produções científicas descrevem como ações do enfermeiro à pessoas com Fístula Arteriovenosa

Espera que a revisão permita esclarecer as ações dos enfermeiros descritas nas publicações de enfermagem sobre a temática, com vistas a disseminar os conhecimentos para o enfermeiro e equipe, pois esse saber o ajudará a planejar cuidados efetivos a esse grupo populacional.

O interesse pelo estudo se manifestou pela observação, na prática profissional, dos pacientes em DRC portadores de FAV, as mudanças presentes na vida dos pacientes com DRC, sendo um aspecto fundamental que os mesmos se integrem às alterações impostas pela doença e pelo tratamento, auxiliando em sua qualidade de vida.

O estudo permitiu analisar, de forma aprofundada os cuidados sobre a manutenção da FAV e, que os mesmos são realizados pelos profissionais de enfermagem, além das orientações aos pacientes, possibilitando planejamento de cuidados de enfermagem centralizada nas respostas dos pacientes a seus problemas de saúde e/ou doença, tendo como objetivo geral evidenciar através da produção científica o cuidado de enfermagem frente ao paciente com fístula arteriovenosa.

2. Metodologia

Trata-se de estudo descritivo do tipo bibliográfico. De acordo com Gil (2010) a pesquisa bibliográfica é realizada com base em materiais já publicados por meio de material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos, outros tipos de fontes, como discos, CDs, bem como o material disponibilizado pela Internet.

Uma revisão bibliográfica visa explicar um determinado questionamento de acordo com o referencial teórico indexado, podendo ser feita de forma independente. Para elaboração deste tipo de pesquisa, é necessário consultar trabalhos publicados em artigos científicos de acordo com a proposta previamente selecionada (Marconi & Lakatos, 2007).

A coleta das informações ocorreu entre meses de agosto e setembro de 2020, nos bancos de dados de artigos

científicos disponíveis nas seguintes bases de dados: Scielo (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDenf (Banco de Dados da Enfermagem).

A coleta de informações foi realizada por meio da análise de artigos selecionados que discutiam a temática proposta. Foi realizada uma pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a partir dos seguintes descritores: “Fístula arteriovenosa”, “Enfermagem” e “Cuidados”.

Foram estabelecidos como critério de inclusão: completos, publicados em português, que retratam a temática em estudo e publicados entre 2010 e 2020, totalizando 10 artigos. Consequentemente, os critérios de exclusão foram: que não se enquadrarem aos critérios de inclusão e aqueles cujos resumos fugissem à temática em estudo. Foi realizada uma leitura dos resumos dos artigos, consolidada nos critérios de inclusão e exclusão, conforme descrito pelo Quadro 1 abaixo.

A análise dos dados se deu por meio de quadros para melhor compreensão dos leitores e também por meio da categorização das temáticas convergentes. Os resultados pertinentes aos objetivos serão discutidos à luz da literatura.

De acordo com Gil (2010), os artigos pesquisados tendem a ser variados. Para que essas respostas possam ser analisadas, é necessário, portanto, organizá-los, o que é feito mediante o seu agrupamento em certo número de categorias de modo que respondam aos objetivos.

Quadro 1 - Síntese das bases de dados selecionadas, 2020.

	LILACS	SCIELO	BDENF
Total	259	109	61
Após os filtros	4	3	3

Fonte: Dados da pesquisa.

3. Resultados e Discussão

As análises das informações foram realizadas através de quadros e discutidos de acordo com a literatura pertinente sobre o assunto. Foi realizada uma síntese do conhecimento obtido e elaborado a conclusão dos resultados. Do total de estudos incluídos neste trabalho e relacionados anteriormente, foram encontradas oito publicações que atendem aos objetivos propostos, de acordo com o Quadro 2, que sintetiza as informações referentes a autor, ano, título, tipo de estudo e qual o banco de dados no qual foi encontrado o trabalho.

Quadro 2 - Síntese dos artigos analisados, 2020.

Nº	AUTOR/ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	BANCO DE DADOS
1	Silva, KA; Nunes, ZB/ 2011	As intervenções de enfermagem mais prevalentes em um serviço de hemodiálise frente às intercorrências com a fístula arteriovenosa durante a sessão de hemodiálise	Qualitativo, não experimental, transversal, descritivo	SCIELO
2	Oliveira, PM/ 2012	Cuidados de enfermagem ao doente hemodialisado.	Revisão bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa.	SCIELO
3	Souza, CN/ 2012	Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua	Estudo exploratório, descritivo e transversal	LILACS
4	Anjos, MD; Oselame, GB/ 2013	Cuidados de enfermagem para pacientes idosos com fístula arteriovenosa em terapia de hemodiálise	Revisão bibliográfica, na forma qualitativa	BDENF
5	Barros, DMO/2014	Reflexão acerca dos cuidados de enfermagem com os acessos vasculares em hemodiálise	Uma revisão de literatura	BDENF
6	Medeiros, SCF/ 2015	Importância do cuidado de enfermagem com o acesso vascular para hemodiálise	Revisão de literatura	LILACS
7	Pessoa, NRC; Linhares, FMP / 2015	Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática	Estudo descritivo, corte transversal e abordagem quantitativa	SCIELO
8	Pennafort, VPS et al 2019	Tecnologia educacional para orientação de idosos nos cuidados com a fístula arteriovenosa	Estudo descritivo	LILACS
9	Gonçalves et al, 2020	Cuidados de enfermagem a clientes com fístula arteriovenosa: uma revisão integrativa da literatura	Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa.	LILACS
10	Matias et al., 2020	Cuidado individual domiciliar de pacientes com fístula arteriovenosa.	Estudo descritivo e exploratório.	BDENF

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base nas informações coletadas nos artigos selecionados foi possível elaborar categorias temáticas. As categorias construídas foram: (1) principais cuidados com a FAV e (2) principais intercorrências com a FAV durante a hemodiálise.

3.1 Principais cuidados com a FAV

A leitura exploratória dos artigos em consonância com a pergunta problema permitiu extrair as informações sobre os cuidados da equipe de enfermagem com a fístula arteriovenosa e as informações importantes ao usuário.

Os cuidados em relação à FAV devem ocorrer já no período pré-operatório, por meio de exercícios feitos com as próprias mãos a fim de tonificar a veia e estimular o fluxo sanguíneo na com o intuito de manter um frêmito local. A FAV terá que ser usada depois de um período de 30 dias de amadurecimento (processo fisiológico de adaptação), podendo ser ampliado por mais 180 dias (Anjos & Oselame, 2013).

Segundo Oliveira (2012) entre os cuidados essenciais para preservar a FAV normofuncionante, cita-se a avaliação constante do frêmito, limpeza, investigação de sinais de infecção, compressões do braço, exercícios periódicos e curativos. O tratamento eficaz conta com a ação essencial dos enfermeiros onde deve-se promover treinamento a fim de empoderar a paciente a realizar o autocuidado. É fundamental destacar que a orientação fornecida aos pacientes a respeito do autocuidado não depende só das ações aplicadas pela equipe de saúde, e sim da colaboração da paciente em realizar as ações prescritas.

A higiene é imprescindível na prevenção de infecções, embora a incidência desta complicação varia entre 1 a 2%. No momento em que este cuidado é negligenciado, favorece o aparecimento sinais flogísticos como: edema, rubor, calor, febre,

exsudação, podendo agravar o estado do usuário evoluindo para quadro séptico grave, tendo como fator predisponente a baixa imunidade. Nestes casos, a antibioticoterapia é o tratamento indispensável (Silva & Nunes, 2011).

A trombose é uma das principais razões de perda da fístula está evidente em 80% dos casos. Frequentemente são precedidas de hipotensão, estenose do vaso, redução do fluxo sanguíneo e outras como punções repetidas, hematomas e hemorragias. Estes elementos propiciam a formação de um trombo, podendo este ser evitado desde que alguns cuidados sejam efetuados como: buscar não comprimir excessivamente o lugar da fístula durante o sono, evitar trauma excessivo no membro a ponto de desenvolver hematomas e a utilização de trajes apertados em cima do acesso venoso (Pessoa & Linhares, 2015).

Deve-se evitar a punção da FAV com as agulhas muito próximas no intuito de evitar uma ocorrência chamada de recirculação sanguínea, evidenciada pelo processamento de um sangue já filtrado, implicando na eficácia da diálise, entretanto, para detectar esta intercorrência é preciso avaliar as escórias nitrogenadas por meio de exame de sangue, a de maior importância é a ureia, utilizado como parâmetro que verifica a taxa de recirculação. Se esta taxa for superior a 20% os problemas devem ser corrigidos pela equipe de enfermagem atentando-se no momento de punção da FAV (Pessoa & Linhares, 2015).

Matias et al. (2020) cita que a diminuição do fluxo sanguíneo da FAV, usualmente é provocado por um fluxo não satisfatório, a etiologia geralmente se dá por fibrose, resistência venosa e obstrução do mesmo. Estas ocorrências também favorecem a incidência de recirculação sanguínea e, nesse caso, um estudo angiográfico com a utilização de contrastes detecta local da lesão com o objetivo de que sejam tomadas medidas que impeçam a perda do acesso venoso

A avaliação constante de sinais como: a diminuição do pulso, dor, palidez e diminuição da temperatura da mão são sinais típicos da isquemia, também conhecidas como síndrome de roubo, elas são definidas pelo roubo do fluxo sanguíneo arterial distal, no qual o sangue é desviado para a FAV intensificando a sensação de dor. Isto ocorre em 8% nos membros superiores sendo necessário intervenção cirúrgica para corrigi-lo (Gonçalves, 2020).

O aumento do calibre do vaso e desgaste da parede favorece o surgimento de pseudo-aneurismas ou aneurismas. O processo decorre por múltiplas punções associado à fraqueza da veia. O enfermeiro deve observar se há probabilidade de rompimento desta parede e comunicar o serviço médico para que, se necessário, seja submetido a aneurismorrafia. A ocorrência deste problema nas pesquisas é da ordem de 51% dos pacientes renais, podendo aparecer outras importantes complicações como infecções, trombose e hemorragia (Medeiros, 2015).

As manifestações cutâneas se desenvolvem em detrimento da própria disfunção renal, o prurido é visto como um dos sintomas mais comuns e é ocasionada pelo quadro de uremia associada a outros fatores podendo afetar 90% das pacientes em diálise. A coceira promove desconforto, irritabilidade, lesões cutâneas e possíveis inflamações. Para aliviar é indicado o uso de pomadas, hidratantes, fototerapia e medicações. Os portadores de IRC também apresentam ressecamento na pele, cor amarelada, hiperpigmentação, hematomas, bolhas, elasticidade actínica (Pennafort, 2019).

Considerando a importância da preservação do acesso vascular para o paciente renal crônico, é fundamental a realização de programas de educação para os pacientes, deve-se orientá-los sobre a importância de alguns cuidados com a fístula como: preservar o braço evitando a verificação de PA, assim como a coleta de sangue; evitar uso de relógios ou outro objeto que pressione o braço, bem como carregar peso e dormir sobre o membro do acesso; e palpar diariamente o acesso para verificar a presença de frêmito (Souza, 2012).

3.2 Principais intercorrências com a FAV durante a hemodiálise

A partir das complicações encontradas nas publicações foi realizada uma compilação das ações de enfermagem frente a estas intercorrências durante as sessões de HD.

O hematoma é extravasamento de sangue causando dor e desconforto, ocorre em grande número, à literatura nos diz

que na ocorrência deste agravo seja no momento da punção, durante a sessão ou ao seu término, a agulha deve ser retirada, o local comprimido até a hemostasia, com realização de compressa fria no local (Souza, 2012).

Ainda sobre o estudo de Souza (2012) Foi notória a taxa de incidência deste agravo, em todos os estudos a compressão do hematoma foi cita, porém, nem todos há relatos da retirada das agulhas e aplicação de compressa fria, em alguns artigos as ações conflitaram com a literatura, foi descrito também a drenagem do local onde ocorreu o hematoma não corroborando com a literatura pertinente.

O colabamento da FAV pode ser provocado por hipotensão e consequentemente hipofluxo, vasoespasmos, presença de coágulos na agulha ou no acesso, dobra da linha arterial (influxo), e a punção com agulhas com calibre incompatíveis com fluxo sanguíneo. Uma importante causa citada é a sucção excessiva no influxo (arterial), acarretando no fornecimento insuficiente de sangue para bomba promovendo o colapso de influxo (Pessoa & Linhares, 2015).

A avaliação das pesquisas citam as seguintes intervenções: manipular a agulha, comunicar a equipe de enfermeira e médica, reposicionamento da agulha, podendo esta estar aderida ao endotélio, puncionar se necessário, além de diminuir o fluxo de sanguíneo da máquina. Quanto ao menor fluxo, indica-se a mudança da punção, ou garrotear o membro próximo à FAV. As ações buscam manter evitar que a FAV colabe e, contudo, tenha uma diálise eficaz, evitando a implantação de um cateter de duplo lúmen (CDL), e que aumente o fluxo de sangue (Anjos & Oselame, 2013).

Para Anjos e Oselame (2013) quando há diminuição ou ausência do frêmito, é orientado ao paciente a realizar exercícios para aumentar o calibre dos vasos (como apertar uma bolinha com a mão do membro que foi confeccionada a FAV), principalmente do segmento venoso durante um período de quatro a seis semanas, essa dilatação torna possível a punção com agulhas de grosso calibre no local.

Em caso de sangramento na fístula durante a sessão de hemodiálise, indica-se a retirada das agulhas e que a profissional pressione no mínimo 10 minutos no local para que ocorra a hemostasia, deve-se ter o cuidado de não comprimir de maneira muito forte e, portanto bloquear o fluxo sanguíneo, deve-se também refazer o curativo para que este auxilie a hemostasia e se não houver melhora é indicada a realização de uma nova punção (Medeiros, 2015).

A coagulação da agulha e da parte venosa do acesso vascular é uma das principais complicações que podem causar a elevação da pressão venosa, neste caso é necessário e coerente a realização de uma nova punção, evitando o aumento dessa pressão intravascular evitando danos maiores (Barros, 2014).

O enfermeiro exerce um grande papel frente aos usuários com DRC, pois este paciente necessita de cuidados em diferentes frentes como: mudança no estilo de vida, cuidado psicossocial e educação sobre a manutenção dos acessos para HD.

Observa-se que a FAV é um dispositivo de grande importância para o bem estar desta população, logo, para os profissionais que os acompanham haja visto que a sua manutenção permite o cumprimento das sessões e promove a manutenção da homeostasia.

4. Conclusão

Destaca-se que a FAV é o principal mecanismo de acesso venoso para a realização de hemodiálise, sua preservação determina a eficácia da terapia. Desta forma, mantê-la em bom funcionamento evita possíveis complicações.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde, em virtude da natureza dos seus cuidados, que contactam diretamente com a FAV e manipulam o acesso vascular da pessoa com DRC em tratamento hemodialítico, bem como atuam na educação em saúde orientando sobre os cuidados a serem desenvolvidos pelos pacientes no intuito de prolongar a vida útil desta estrutura.

Constatou-se que o cuidado com a FAV começa mesmo antes da confecção com exercícios, seguido com a avaliação da qualidade onde a avaliação do frêmito, percepção do colabamento, sinais de infecção e orientações sobre cuidados como

não aferição da PA no membro da FAV, não coletar sangue pela fístula, evitar uso de acessórios como relógio, evitar traumas e peso excessivo bem como não dormir por cima do membro.

Durante a sessão de HD as intercorrências seguidas de suas intervenções mais predominantes foram: Hematoma ou extravasamento onde a agulha deve ser retirada, o local comprimido até a hemostasia e drenagem, fístula arteriovenosa colabando deve-se promover o aumento do fluxo no acesso, Saída da agulha durante a sessão de hemodiálise com a necessidade de repuncionar e realizar hemostasia, pressão venosa na alta na fístula, onde necessita avaliação.

Dor no local da punção tem como indicação analgesia com compressa fria, diminuição ou ausência de frêmito remete a necessidade de exercícios específicos, sangramento na fístula arteriovenosa é protocolo a hemostasia onde o cuidado maior se dá em não aplicar força excessiva, rompimento da fístula arteriovenosa, coágulos na agulha da fístula arteriovenosa e punção difícil pela dificuldade do acesso ou por imaturidade da FAV.

Concluiu-se após a análise e discussão dos dados, que uma das intervenções mais prevalentes não corresponde com a indicada na literatura utilizada para realização deste estudo, porém a coerência na ação, deixando-se deduzir que na instituição de pesquisa poderia haver protocolos para assistência de enfermagem, ou ações individuais que poderiam influenciar a ação de outros sujeitos, na falta de protocolos.

Os resultados obtidos neste trabalho demonstram a necessidade de realização de novos estudos em busca de compreender as variáveis que surgiram durante a sua realização, contribuindo para o enriquecimento dos materiais disponíveis para estudo, e que terá como resultado final uma assistência de enfermagem técnica, de qualidade e segura para o paciente durante a sessão de hemodiálise.

Referências

- Barros, E, Manfro, R. C., Thomé, F. S., & Gonçalves, L. F. (2006). Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. (3a ed.). Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria nº 211 de 15 de junho de 2004. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, Brasília/DF.
- Carvalho, F. J. W. (2008). Insuficiência renal crônica. Ed. Rubio,
- Cesarino, C. B., & Casagrande, L. D. R. (1998). Paciente com doença renal crônica em tratamento hemodialítico: atividade educativa do enfermeiro. *Rev. Latino americana*.
- Corrêa, J A, et al. (2005). Fístula arteriovenosa safeno-femoral superficial como acesso à hemodiálise – descrição de técnica operatória e experiência clínica inicial. *J Vasc Br*. 2005.
- Daugirdas, T. J., Blake, G. P., & Ing, S. T. (2008). Manual de diálise. (4a ed.). Guanabara Koogan.
- Fermi, M. R. V. (2010). Manual de diálise para enfermagem. Ed. Medsi.
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). Métodos de Pesquisa. Editora da UFRGS.
- Gil, A. C. (2010). Como elaborar projetos de pesquisa. (4a ed.), Atlas.
- Gonçalves, L. M., Cunha, L. P., Silva, F. V. C., Pires, A. S., Azevedo, A. L., & Silva, P. S. (2020). Cuidados de enfermagem a clientes com fistula arteriovenosa: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Pesqui*. 12, 462-467.
- Junior Neves, M. A., & Melo, R. C., et al. (2011). Avaliação da Perviedade Precoce das Fístulas Arteriovenosas para Hemodiálise. *Jornal Vascular Brasileiro*.
- Koepe, G. B., & Araújo, S. T. C. (2008). A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. *Acta Paul Enferm*. 21.
- Lima, A. F. C. (2006). Reflexão sobre o cuidar a partir do cenário da hemodiálise. O corpo como mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. *O mundo da saúde*. 150-155.
- Linardi, F., Bevilacqua, J. L., Morad, J. F. M., & Costa, J. A. (2004). Programa de melhoria continuada em acesso vascular para hemodiálise. *J Vasc Bras*.
- Maniva, S. J. C. F., & Freitas, C. H. A. (2012). O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2007). *Metodologia científica*. (5a ed.). Atlas.
- Martinez, B. B., Morato, S. M. S., & Moreira, T. M. (2011). Fatores de risco para doença renal crônica em diabéticos. *Rev Bras Clin Med*.

- Martins, M. R. I., & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- Matias, D. M. M., Castro Júnior, A. R., et al. (2020). Cuidado individual domiciliar de pacientes com fistula arteriovenosa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 14: [1-7].
- Moura, (2011). Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo dos Centros de Diálise do Brasil.
- Oliveira, M. M. (2008). *Como fazer: Projeto, relatórios, monografias, dissertações e teses*. (4a ed.). Elsevier.
- Pennafort, V. P. S., Lobo, F. L. M., Barbosa, T. O. & Pontes, F. G. (2019). Tecnologia educacional para orientação de idosos nos cuidados com a fistula arteriovenosa. *Enferm. foco* (Brasília), 10(6): 79-84.
- Pitta, G. G. B., Castro, A. A., & Burihan, E. (2003). *Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Editora UNCISAL/ECMAL.
- Ramos, C. I., Queiroz, M. V. O., Jorge, M. S. B., & Santos, M. L. O. (2008). Portador de insuficiência renal crônica em hemodiálise: significados da experiência vivida na implementação do cuidado. *Acta Sci. Health Sci.* 30, 73-79.
- Riella, M. C. (2010). *Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos*. (5a ed.). Guanabara Koogan.
- Sancho, L. G., & Dain, S. (2008). Análise de custo-efetividade em relação às terapias renais substitutivas: como pensar estudos em relação a essas intervenções no Brasil? *Cad. Saúde Pública*. 24(6), 1279-90.
- Silva, G. S. T., et al. (2010). Experiência inicial com a técnica de buttonhole em um centro de hemodiálise brasileiro. *Jorn. Bras Nefrol.*
- Smeltzer, S. C., & Bare, A. G. (2009). *Brunner&Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (11a ed.). Guanabara Koogan.
- Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2013). Censo 2013. Disponível em: [http://sbn.org.br/pdf/censo 2013 publico leigo.pdf](http://sbn.org.br/pdf/censo%202013%20publico%20leigo.pdf). São Paulo.