

CENTRO DE CAPACITAÇÃO EDUCACIONAL

MICHELLE CAROLINE CAVALCANTI BRITO

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

RECIFE
2018

MICHELLE CAROLINE CAVALCANTI BRITO

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Atualiza Cursos e Centro de Capacitação Educacional, como exigência do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Enfermagem em Nefrologia.

RECIFE
2018

MICHELLE CAROLINE CAVALCANTI BRITO

PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE:
UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada à Atualiza Cursos e Centro de Capacitação Educacional,
como exigência do Curso de Pós-Graduação Latu Sensu em Enfermagem em
Nefrologia.

Recife, 15 de abril de 2018.

EXAMINADOR

Nome: _____

Titulação: _____

PARECER FINAL:

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes, pelos ensinamentos de todos os dias.

RESUMO

As transições epidemiológica e demográfica levaram a um aumento no número de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas diabetes e hipertensão, causas da Insuficiência Renal Crônica. A Insuficiência Renal Crônica caracteriza-se pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal e tem como opções de tratamento a diálise peritoneal, que usa o próprio peritônio como filtro, o transplante renal, que enxerta um rim funcionante e a hemodiálise(HD), esta última responsável pela manutenção da vida de mais de 90% desses pacientes. A HD remove as escórias nitrogenadas do sangue através de um dialisador, pelos processos de difusão, ultrafiltração e convecção. Este estudo de revisão bibliográfica visa mostrar as principais intercorrências intradialíticas em pacientes em hemodiálise e suas possíveis causas: hipotensão arterial, hipertensão arterial, câibras, cefaléia, náuseas e vômitos e prurido, além de outras não tão frequentes mas nem por isso menos graves e que, se não tratadas, podem levar o paciente a óbito.

Palavras-chave: insuficiência renal crônica; hemodiálise; intercorrências.

ABSTRACT

Epidemiological and demographic transitions have led to an increase in the number of patients with chronic noncommunicable diseases, including diabetes and hypertension, causes of chronic renal failure. Chronic Renal Insufficiency is characterized by slow, progressive and irreversible loss of renal function and its treatment options are peritoneal dialysis, which uses the peritoneum as a filter, renal transplantation, which grafts a functioning kidney and hemodialysis (HD) , the latter responsible for maintaining the lives of more than 90% of these patients. The HD removes the nitrogenous slags from the blood through a dialyser, by the processes of diffusion, ultrafiltration and convection. This literature review aims to show the main intradialytic intercurrents in hemodialysis patients and their possible causes: hypotension, arterial hypertension, cramps, headache, nausea and vomiting and pruritus, besides others not so frequent but not less serious and that , if left untreated, can lead to death.

Keywords: chronic renal failure; hemodialysis; complications.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 METODOLOGIA	9
2 DISCUSSÃO	10
2.1 HIPOTENSÃO.....	10
2.2 CÃIBRAS.....	10
2.3 CEFALÉIA.....	11
2.4 NÁUSEAS E VÔMITOS.....	11
2.5 PRURIDO.....	12
2.6 HIPERTENSÃO.....	12
CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	14
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS	16

INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica têm levado a um aumento na expectativa de vida da população e, conseqüentemente, um aumento significativo do percentual de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis. (DAUGIRDAS,2010) Entre essas doenças estão algumas das principais causas da Insuficiência Renal Crônica(IRC), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) (RIELLA,2003).

O portador de IRC apresenta um declínio progressivo e irreversível da função renal, Juntamente com a queda da taxa de filtração glomerular, tornando os rins incapazes de filtrar e excretar os produtos do metabolismo proteico, levando a um desequilíbrio hormonal, hidroeletrolítico e metabólico, que, se não corrigidos pela diálise ou transplante renal, poderão levar o paciente à morte.(SMELTZER,2005) No início, quando o comprometimento da função renal é parcial, o paciente não apresenta sintomas, com o desenvolvimento da doença esses começam a aparecer, como inapetência, enjoos, hipervolemia, acidose metabólica, dores musculares e distúrbios eletrolíticos. As causas de IRC incluem, além de DM e HAS, doença renal policística, cálculos e tumores renais, infecções, uso prolongado de substâncias nefrotóxicas, glomerulopatias, lúpus eritematoso sistêmico, entre outras. (FERMI,2010)

O diagnóstico clínico pode ser feito observando alterações da micção, do volume urinário, cor da urina, hálito, pele e unhas. O diagnóstico laboratorial deverá levar em consideração alterações no clearance de creatinina, creatinina e uréia plasmática. O exame de imagem de escolha é a ultrassonografia abdominal, que deverá mostrar rins com dimensões reduzidas (FERMI,2010).

O número de pacientes em terapia renal substitutiva(TRS) vem aumentando constantemente e, conseqüentemente, aumentam também os custos para o Sistema Único de Saúde(BELTRAME,2011), tornando a IRC um problema de Saúde Pública. As modalidades de TRS são a hemodiálise(HD), diálise peritoneal(DP) e o transplante renal.(SMELTZER,2005)

Segundo a SBN, em julho de 2016 o número de pacientes em tratamento dialítico era de 122.825 , sendo 92% desses pacientes em HD e 8% em DP, além de 24% estarem na fila de espera para transplante. (SBN,2017)

A diálise peritoneal utiliza o peritônio do paciente como filtro, permitindo o tratamento em domicílio e o transplante substitui um dos rins por um funcionante. A hemodiálise é o processo de filtração do sangue por meio de uma membrana semipermeável artificial(dialisador) e acontece de três formas: difusão, passagem do soluto de um meio mais concentrado para um de menor concentração; ultrafiltração, ação de pressão hidrostática ou osmótica para remoção de líquidos; e convecção, arraste de solutos durante a ultrafiltração. (RIELLA,2003)

O sangue pode ser retirado, filtrado e devolvido aos pacientes de duas formas, principalmente: o cateter venoso (CDL) de duplo lúmen na veia jugular, femoral ou subclávia do paciente, e a fístula arteriovenosa (FAV), uma anastomose feita entre uma artéria e uma veia para aumentar o fluxo sanguíneo na segunda, permitindo uma maior qualidade do tratamento, além de um menor risco de infecções desde que seguidos os cuidados de assepsia e antisepsia.(THOMÉ,1999)

Apesar de garantir a manutenção da vida dos pacientes e de todos os investimentos e pesquisas para melhorias na eficácia e segurança, como o aprimoramento das máquinas, uso de dialisadores mais eficientes e maior qualidade dos acessos venosos, a hemodiálise é um tratamento que pode apresentar muitas intercorrências, desde as mais simples até as fatais(LUGON,2005). Este estudo visa fazer uma revisão de literatura das principais intercorrências durante a sessão de hemodiálise.

1 METODOLOGIA

Trabalhos de revisão são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral ou um relatório sobre um tópico específico. (NORONHA,2000)

Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica, de produções científicas em língua portuguesa, entre 2000 e 2015 nas bases de dados LILACS, Scielo, BVS, MEDLINE e bibliotecas locais, usando os descritores: IRC, hemodiálise, intercorrências.

Além dos trabalhos selecionados, foram utilizados livros na área de fisiologia renal, enfermagem em nefrologia e assistência aos pacientes renais crônicos.

Os artigos encontrados e que se encaixavam no objetivo da pesquisa foram empregados na elaboração deste trabalho, que iniciou-se com a leitura exploratória, passando posteriormente para a leitura seletiva, reunindo e sintetizando resultados sobre um tema definido, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento.

2 DISCUSSÃO

Segundo a SBN, em 2016, os pacientes em tratamento dialítico eram em sua maioria homens (57%), tinham entre 20 a 64 anos (65,7%), em hemodiálise (92,1%), apresentavam como doença renal primária HAS (34%) e DM (30%), tinham FAV como acesso principal e tiveram uma taxa de óbitos de 18,2%.(SBN,2017)

Por sua complexidade, o tratamento dialítico era restrito aos médicos, porém com o passar dos anos a enfermagem passou a representar papel preponderante no acompanhamento, identificação e implementação de condutas relacionadas ao procedimento e complicações. Apesar de a HD ter se tornado nos últimos anos um tratamento eficaz e seguro, em cerca de 30% das sessões ocorrem intercorrências(SILVA,2009).

2.1 HIPOTENSÃO

A hipotensão é uma complicação frequente, ocorre em cerca de 20% das sessões e deve-se em grande medida às alterações hemodinâmicas causadas pelo volume de líquidos removido durante uma sessão de HD, queda da osmolaridade e temperatura do dialisato. (SOARES,2001) Quando a taxa de reenchimento vascular não for proporcional ao ritmo de ultrafiltração(UF), a hipovolemia levará à hipotensão.(MARQUES,2005)

Segundo Martins e Riella (2001), o ganho de peso interdialítico(GPID) dos pacientes não deveria ultrapassar 2kg, minimizando assim a ocorrência dessa complicação.

As máquinas de HD, atualmente, ajudam no controle da hipotensão, controlando a UF ao toque de um botão, também permitindo a variação no controle de sódio do dialisato; um nível de sódio mais alto no dialisato representa menos sódio removido do sangue, mantendo o líquido no compartimento intravascular. (MORTON,2011)

2.2 CÃIBRAS

As câibras são ocorrências em 5% a 20% das sessões de HD, e acontecem quando o espaço extracelular perde rapidamente líquidos e eletrólitos, provocando alterações na perfusão tissular.(RIBEIRO,2009) Ocorrem predominantemente nos membros inferiores, nas horas finais da diálise e, frequentemente, perduram mesmo após a pressão arterial ser normalizada. (CASTRO,2001) A hipotensão, solução hipossódica de diálise e peso abaixo do peso seco estão entre as principais causas dessa complicação, sendo assim, a prevenção de episódios de hipotensão evitaria a maioria dos episódios de câibra. (TERRA,2010). Podem ser tratadas administrando solução de glicose ou soro fisiológico hipertônico, na tentativa de aumentar a perfusão para os músculos(LIMA,2004)

2.3 CEFALÉIA

A cefaléia é uma ocorrência comum durante a diálise,muitas variáveis estão envolvidas no processo, muitos dos pacientes apresentam essa queixa e a sua causa, apesar de comumente considerada multifatorial, ainda é desconhecida(FERMI,2010). Os fatores desencadeantes mais relacionados são: hipertensão, nenhum fator identificado, hipotensão e alterações no peso corporal, podendo estar ligada à síndrome do desequilíbrio, ansiedade ou abstinência de cafeína, já que a diálise retira a cafeína.(ANTONIAZZI,2002). A dipirona é o analgésico mais frequentemente administrado e os cuidados devem incluir um ambiente tranquilo, com pouca luz e pouco barulho(MARQUES,2005)

2.4 NÁUSEAS E VÔMITOS

Ocorrem em cerca de 10% das sessões e tem etiologia multifatorial, estando ligados à hipotensão arterial, síndrome do desequilíbrio, reações ao dialisador.(TERRA,2010). A síndrome do desequilíbrio é um conjunto de sintomas neurológicos e sistêmicos, caracterizado por confusão mental, cefaleia, vômitos, tremores, agitação, náuseas, delírio ou crises convulsivas generalizadas. (ARAUJO,2012) Deve-se corrigir primeiramente a hipotensão, havendo continuidade dos sintomas, deve-se administrar o antiemético conforme prescrição médica. A redução em 30% da velocidade do fluxo sanguíneo pode ser efetiva durante a primeira hora de HD, porém o tempo deverá ser proporcionalmente corrigido.

É importante lembrar que a ocorrência de vômitos durante a HD poderá levar à broncoaspiração, dependendo do estado de consciência e do decúbito do paciente. (CRUZ,2012)

2.5 PRURIDO

Entre as alterações de pele relacionadas ao paciente portador de IRC, o prurido é a mais comum. O conhecimento sobre o mecanismo fisiopatológico do prurido é incompleto, sendo atribuído principalmente ao efeito tóxico da uremia na pele, xerose, hiperparatireoidismo secundário, níveis séricos elevados de fosfato e magnésio e materiais das membradas do dialisador e pode, em alguns pacientes, iniciar ou piorar durante a HD (WELTER, 2008)

É uma ocorrência menos frequente, graças a fatores como: melhora nos métodos de esterilização de dialisadores e linhas e qualidade de anticoagulantes. (CRUZ,2012)

O uso do carbonato de cálcio quando o produto cálcio-fósforo for elevado, emolientes à base de cânfora, anti-histamínicos e controle de fósforo na dieta costumam ser eficazes na redução dos sintomas(CASTRO,2001)

2.6 HIPERTENSÃO

A hipertensão intradialítica costuma ser causada pelo excesso de líquidos(GPID elevado), de sódio e ansiedade. A suspensão da medicação anti-hipertensiva em dias de HD pode também contribuir para a elevação da pressão arterial(CASTRO,2001)

Quando a hipervolemia for a causa da hipertensão, a ultrafiltração reduzirá a pressão sanguínea, normalizando-a.(DIAS, 2003)

A ansiedade e apreensão podem produzir hipertensão passageira, podendo haver necessidade do uso de sedativos, caso os anti-hipertensivos não atinjam o resultado desejado. (CALIXTO,2003)

Outras complicações aparecem em menor número mas não necessariamente com menor gravidade, como febre, calafrios, infecção de cateter, embolia gasosa e hemólise. Todas oferecem risco para o paciente e devem ser acompanhadas com atenção pela equipe multidisciplinar na assistência ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entendimento das causas da IRC e das complicações do tratamento dialítico é essencial para uma boa assistência. Esse estudo mostrou as principais intercorrências nas sessões de hemodiálise, sendo muitas delas evitáveis ou controláveis, desde que haja um trabalho contínuo de educação em saúde e conscientização dos pacientes e familiares sobre os cuidados na dieta, ingestão hídrica e uso correto das medicações prescritas pelo médico. A necessidade de ajustes individuais, o acompanhamento das alterações hemodinâmicas e o conhecimento do paciente sobre os cuidados fora do ambiente hospitalar são fatores que influenciam na manutenção do tratamento e na qualidade de vida.

Este estudo também observou a carência de estudos e aprofundamento sobre o tema proposto, especialmente realizados por enfermeiros, já que são estes que estão mais diretamente ligados à assistência ao paciente.

Os desafios enfrentados pelos pacientes de hemodiálise e pelas equipes de saúde são grandes e constantes, havendo necessidade de maiores investimentos em pesquisa na área de nefrologia para garantia de melhor qualidade no tratamento e uma maior distribuição de saberes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTONIAZZI AL, *et al.* **Cefaléia relacionada à hemodiálise**: análise dos possíveis fatores desencadeantes e do tratamento empregado. *Arq NeuroPsiquiatr* 2002; 60 (3): 25-63.
- ARAUJO ACS, SANTO EE. **A importância das intervenções do enfermeiro nas intercorrências durante a sessão de hemodiálise**. *Caderno de Saúde e Desenvolvimento*. 2012 Jul/Dez;1(1):44-58
- BARROS E, *et al.* **Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006
- BELTRAME V, *et al.* **Intervenções de enfermagem nas intercorrências do tratamento hemodialítico**. *Ágora: R. Divulg. Cient.* 2011;18(1):131-40
- CALIXTO RC, *et al.* **Intercorrências dialíticas em hemodiálise**. *J.Bras.Nefro* 2003;25
- CASTRO MCM. **Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise**. *J Bras Nefrol* 2001; 23 (2): 108-13.
- CRUZ SCGR, OLIVEIRA SC, MARSUI T. **Terapia Renal Substitutiva**. 1. Ed. São Paulo:Fundap, 2012.
- DAUGIRDAS JT, *et al.* **Manual de diálise**. 3.ed. Minas Gerais:Medsj,2010.
- DIAS TS, REIS EMK. **Eventos mórbidos em sessões hemodialíticas**: otimização das ações de enfermagem. *J Bras Nefro* 2003;25.
- FERMI MRV. **Diálise para enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- LIMA EX, SANTOS I(org). **Atualização em Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro:SOBEN,2004.
- LUGON JR. **Uremic pruritus:a review**. *Hemodial Int.*2005;9:180-8
- MARTINS C, RIELLA MC. **Nutrição e o rim**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- MARQUES IR, NASCIMENTO CD. **Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise**:revisão de literatura. *Rev. Bras. Enferm.* 2005 Nov/Dez; 58(6):719-22
- MORTON PG, FONTAINE DK. **Cuidados Críticos de Enfermagem**: uma abordagem holística. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;2011.

NORONHA DP, FERREIRA SMSP. Revisões de Literatura. In: CAMPELLO BS, CONDON BV, KREMER JM, organizadores. **Fontes de Informação para Pesquisadores e Profissionais**. Belo Horizonte:UFMG,2000,

RIBEIRO RCHM, *et al.* **O perfil sociodemográfico e as principais complicações intradialíticas entre pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise**. São Paulo: Arq. Ciênc. Saúde,2009.

RIELLA MC. Princípio de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

SILVA GLDF da, THOMÉ EGR. **Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem**. Rev Gaúcha Enferm.,Porto Alegre,2009 mar;30(1)33-9.

SMELTZER SC, BARE BG. BRUNNER e SUDDARTH: **Tratado de enfermagem medicocirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

SOARES CB, OCHIRO EY, SANNOMIYA NT. **Relação da temperatura da solução de diálise e a hipotensão arterial sintomática observada durante sessões de hemodiálise em pacientes com insuficiência renal crônica**. São Paulo: Ver. Esc. Enferm. USP, 2001.

Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Censo de diálise SBN 2016**. Disponível em <http://www.censo-sbn.org.br/censosanteriores>

TERRA FS, *et al.* **As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise**. Rev. Bras. Clin. Méd. 2010; 8(3):187-9

THOMÉ FS, *et al.* Métodos Dialíticos In:BARROS, E, *et al.* **Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento**. 2.ed.Porto Alegre:Artmed,1999.

WELTER EQ,*et al.* **Relação entre grau de prurido e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise**. An. Bras. Dermatol.2008;83(2):137-40

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Eu, Michelle Caroline Cavalcanti Brito, portadora do RG 5528042 SDS-PE, CPF 02969138476, aluna regularmente matriculada no Curso de Pós-graduação em Enfermagem em Nefrologia do programa *Latu Sensu* da Atualiza Cursos, declaro a quem possa interessar e para todos os fins de direito, que:

1. Sou a legítima autora da monografia cujo título é “PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NAS SESSÕES DE HEMODIÁLISE : UMA REVISÃO DE LITERATURA”, da qual esta declaração faz parte, em seus ANEXOS;
2. Respeitei a legislação vigente sobre direitos autorais, em especial, citando sempre as fontes às quais recorri para transcrever ou adaptar textos produzidos por terceiros, conforme as normas técnicas em vigor.

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

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

Recife, 15 de maio de 2018.

Assinatura do Aluno

