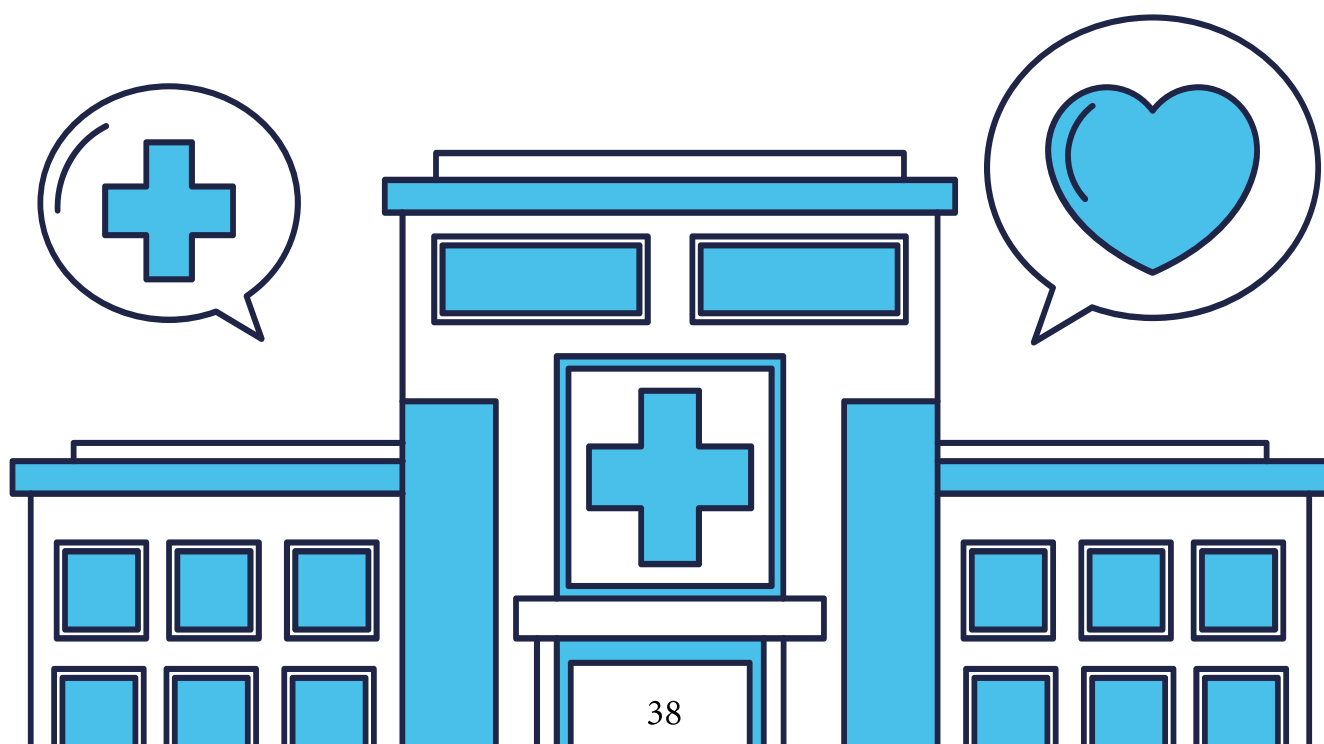


Capítulo 3

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE NO INTERIOR DE SERGIPE



RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE HEMODIÁLISE NO INTERIOR DE SERGIPE

EXPERIENCE REPORT OF THE NURSE IN A HEMODIALYSIS UNIT IN THE INTERIOR OF SERGIPE

Mateus Henrique Dias Guimarães¹

Resumo: Este presente estudo tem como finalidade descrever relato de experiência de um enfermeiro realizada em uma unidade de hemodiálise privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade do interior do Estado Sergipe, levantando as atividades e observações realizadas durante a experiência para elucidar o papel do enfermeiro em terapia renal substitutiva. Trata-se de um estudo descritivo das observações realizadas em uma unidade de hemodiálise privada conveniada com o SUS no interior de Sergipe, sob liberação da instituição. Para levantamento dos argumentos, discussões, e elaboração do presente estudo, utilizou-se o método de revisão bibliográfica da literatura, onde o autor será citado conforme referência bibliográfica. As ferramentas utilizadas foram: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, LILACS, SCIELO, Google Scholar. A presente obra descreve o enfermeiro e equipe que deve ter o olhar atento a todas intercorrências que podem surgir para realização de manejos adequados, diante dessa premissa deve haver treinamento teórico-prático da equipe, sobre o processo da terapia dialítica, técnicas e possíveis intercorrências, identificando habilidades e limitações e pré-determinando os profissionais para cada intervenção. Revisão da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Ministério da Saúde. ANVISA. Publicada em DOU nº50, de 14 de março de 2014. Disponível em: portal.anvisa.gov.br item RDC.

¹ Enfermeiro. Pós-graduado em Gestão Pública com Ênfase na Saúde da Família e Enfermagem em Urgência e Emergência. Atuante na Estratégia de Saúde da Família.



Palavras-chaves: Enfermagem em Nefrologia. Enfermeiro em Hemodiálise. Diálise Renal

Abstract: This present study aims to describe the experience report of a nurse performed in a private hemodialysis unit associated with the Unified Health System (SUS) in a city in the interior of the State of Sergipe, raising the activities and observations carried out during the experience to elucidate the nurse's role in renal replacement therapy. This is a descriptive study of the observations made in a private hemodialysis unit associated with the SUS in the interior of Sergipe, under authorization from the institution. To survey the arguments, discussions, and preparation of the present study, the literature review method was used, where the author will be quoted according to the bibliographic reference. The tools used were: Brazilian Society of Nephrology Nursing (SOBEN), Brazilian Society of Nephrology (SBN), Medical-Surgical Nursing Treaty, LILACS, SCIELO, Google Scholar. This work describes the nurse and the team who must be attentive to all interurrences that may arise in order to carry out adequate management, given this premise, there must be theoretical and practical training for the team, on the process of dialysis therapy, techniques and possible interurrences, identifying skills and limitations and pre-determining professionals for each intervention. Collegiate Board Review – RDC No. 11 of March 13, 2014. Ministry of Health. ANVISA. Published in DOU nº50, of March 14, 2014. Available at: [portal.anvisa.gov.br item RDC](http://portal.anvisa.gov.br/item/RDC).

Keywords: Nursing in Nephrology. Nurse in Hemodialysis. kidney dialysis

INTRODUÇÃO

Nefropatias são ocorrências frequentes na admissão em urgências no Brasil. Segundo dados epidemiológicos do Ministério da Saúde um grande número de brasileiros de doenças renais e



muitos dos pacientes já se encontram com quadros pré-existentes de outras doenças e/ou agravos à saúde, como: Diabetes (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SMMELTZER, SUZANNE C; BARE, BRENDA G, 2012; SOBEN 2018).

As doenças citadas como também outros agravos à saúde senão tratados podem levar a falência total do funcionamento dos rins, ocorrendo então o encaminhamento do paciente para diálise. Em todo o mundo 500 milhões de pessoas sofrem de problemas renais e 1,5 milhão delas estão em diálise. No Brasil, a doença atinge 2 milhões de pessoas e aproximadamente 98% dos centros de tratamento possuem convênio com o SUS (LIMA, E. X; SANTOS, 2004; K KNOBEL, E e Cols, 2006).

Diante das informações levantadas e apresentadas, é necessário que os centros de tratamento tenham um serviço qualificado, humanizado e profissionais aptos e preparados para intervir em qualquer intercorrência que venha há existir, sempre com um olhar que vise o paciente como um todo, antecipando em questionamento o que aquele paciente específico pode apresentar e o que eu devo fazer em cada situação.

Sob a supervisão do enfermeiro do turno, foram esboçadas e esclarecidas algumas questões quanto à realização de procedimentos, supervisão, coordenação, possíveis intercorrências e papel do enfermeiro diante delas, relacionamento com equipe e direcionamento das atividades.

O enfermeiro deve atualizar-se e estar ciente das doenças, sintomas e riscos, como: Síndrome Nefrótica Aguda, Síndrome Glomerular, Doença Renal crônica, Insuficiência Renal Aguda ou Crônica e outras, atentando também para complicações da hemodiálise referidas em literatura e confirmadas no estágio supracitado que podem ser evitadas como: hipertensão arterial, hipotensão, anemia, desnutrição, hepatite, aumento de peso por excesso de água, complicações das doenças pré-existentes, diminuição da diurese, aumento de potássio e sódio, hipoglicemia e outros.

O enfermeiro deve receber seu plantão ciente das intercorrências que houveram no turno anterior e quais foram as medidas tomadas, checando o livro de ordens e ocorrências e abrindo seu turno. A equipe deve ser orientada quanto à realização dos procedimentos, como lavagem do capilar,



funcionamento do dialisador, checagem pré e pós-teste, registrando as checagens do box da equipe, admitir novos pacientes, se for o caso e, evolui-los conforme a Sistematização de Assistência de Enfermagem-SAE, e registros das anotações e evoluções de enfermagem, revisando os cuidados prestados ao paciente, sempre promovendo sua segurança, conforme protocolos do Ministério da Saúde (KNOBEL, E E COLS, 2006; SBN, 2006).

A equipe deve ser orientada quanto aos sinais de filtração, edema, câimbras, vazamentos, hipertensão, hipotensão, taquicardia, taquiarritmia, cefaleia, administração de medicamentos no horário correto e técnicas corretas conforme prescrição do médico plantonista, dificuldade respiratória, técnica correta de acesso da Fístula Arteriovenosa (FAV), limpeza de Cateter Duplo Lúmen (CDL), troca de curativo, aceitação da dieta, controle de pré e pós peso para evitar complicações de edema pulmonar e outros, atentar para sinais vitais, queixas do paciente, se o mesmo relatou quando em casa apresentou calafrios, câimbras, febre, pressão alta (SANTANA S. T; FONTENELLE T; MAGALHÃES L. M, 2013; COSTA ET ALL, 2015).

Realizar checagem do carrinho de parada e atentar para risco de Parada Cardiorrespiratória (PCR), e direcionar equipe diante dessas premissas.

O enfermeiro possui atividades de supervisão, coordenação, organização do serviços, promoção e prevenção de saúde e, de assistência ao paciente nas intercorrências. Todo o serviço deve ser pautado sob a RDC nº 11, de 13 de março de 2014, pois ela dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento dos serviços de diálise e dá outras providencias (ANVISA, 2014). A RDC esboça os requisitos para funcionamento dos serviços de diálise (condições organizacionais, da atenção ao paciente, da infraestrutura, gerenciamento de tecnologias, dialisadores e linhas arteriais e venosas, dos equipamentos e materiais, concentrado para hemodiálise, qualidade da água, análises microbiológicas do dialisato e físicas da água, o padrão da qualidade da mesma para hemodiálise no controle de manutenção da osmose (ANVISA, 2014).



Objetivo

Este presente estudo tem como finalidade descrever relato de experiência realizada em uma unidade de hemodiálise privada conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade do interior do Estado Sergipe, levantando as atividades e observações realizadas durante a experiência para elucidar o papel do enfermeiro em terapia renal substitutiva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo das observações realizadas em uma unidade de hemodiálise privada conveniada com o SUS no interior de Sergipe, sob liberação da instituição.

Para levantamento dos argumentos, discussões, e elaboração do presente estudo, utilizou-se o método de revisão bibliográfica da literatura, onde o autor será citado conforme referência bibliográfica. As ferramentas utilizadas foram: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, LILACS, SCIELO, Google Scholar.

Os descritores utilizados como critérios de elegibilidade para produção foram: Enfermagem em Nefrologia; Atualização em Nefrologia; Hemodiálise; Terapia Renal Substitutiva.

UNIDADE DE HEMODIÁLISE

A unidade de hemodiálise em estudo situa-se na Rua Camerino, 83, no centro de Estância-SE. A clínica Nefroes é uma unidade sofisticada, com infraestrutura qualificada para atender pacientes da cidade de Estância e outras cidades circunvizinhas como: Arauá, Boquim, Cristinápolis, Indiaroba, Itabaianinha, Pedrinhas, Santa Luzia do Itanhi, Tomar do Geru e Umbaúba, contando com serviços



de diálise e nefrologia, laboratório clínico, serviço de hemoterapia e atividade médica ambulatorial.

Os atendimentos realizados são credenciados pelo SUS através em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município por meio do Ministério da Saúde. O serviço conta com máquinas de última geração, beneficiando todos os pacientes um serviço de diálise de qualidade, com técnicas e sempre visando a segurança do paciente.

O centro é equipado com 21 máquinas específicas, atendendo por volta de 150 em três turnos, funcionando de segunda a sábado, possuindo sala de emergência, para possíveis intercorrências, serviço social, almoxarifado, osmose, reuso, bem-estar médico, sala de espera de acompanhantes, salas de diálise, banheiros acessíveis e adaptados, e outras; contando também com equipe multidisciplinar: enfermeiros, profissionais de enfermagem, assistente social, nutricionista, psicólogo, nutrição.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O estágio supracitado deu-se início no turno da manhã, onde fui recebido pela Enfermeira do plantão e sua equipe. A experiência obtida durante o mesmo se deu na sala branca 1 de tratamento, onde pude acompanhar de perto a rotina da equipe do ambiente da sala. Durante este período compareci, todos os dias úteis da semana, no turno da tarde, escolhido este por apresentar maior número de casos de diversas doenças nefrológicas, sob supervisão do Enfermeiro do turno.

Desenvolvi atividades concernentes do papel do enfermeiro de supervisão, gerenciamento e de orientação da equipe direcionadas para cada situação específica que o paciente requeria no momento, onde apresenta-se relativo número de pacientes que se queixam de câimbras, cefaleia, tonturas, e alguns apresentando hipotensão/hipertensão arterial sistêmica, conforme esboçado em literatura sobre as intercorrências que podem surgir.

Conhecendo de perto as atividades dos demais componentes da equipe e quais intercorrências podem surgir, e orientação dos mesmos à estarem atentos aos diversos sinais de comprometimen-



tos tanto na prática quanto na diária clínica.

No decorrer do estágio pude esclarecer dúvidas concernentes quanto às intercorrências, seus sinais e sintomas e estar atento às problematizações que podem se desenvolver no processo clínico de tratamento e procedimentos, onde tive a oportunidade de aprimorar meus conhecimentos sobre a enfermagem em nefrologia.

Diante das atividades desenvolvidas, quero destacar dois casos:

O primeiro caso, na sala de emergência, em companhia da enfermeira do turno, foi de um paciente que apresentava alterações de sinais vitais com queda expressiva e significativa da Pressão Arterial (PA), bem abaixo dos padrões da normalidade, hipoglicemia, elevação dos batimentos cardíacos, sudorese e risco de choque séptico (diagnóstico médico da unidade predecessora). Foram tomadas todas as medidas cabíveis e assistenciais, com diagnóstico médico, administração de medicações SOS e O₂, conforme prescrição médica, acompanhamento e avaliações dos sinais vitais e de diagnóstico de enfermagem para assistência integral e segurança do paciente.

No segundo, tive a oportunidade de poder assistir/participar, em companhia do médico plantonista e enfermeiro, do procedimento de acesso venoso central de cateter duplo lúmen na artéria subclávia, pois o paciente em questão advinha de um serviço de internamento e sua situação de saúde requeria e caracterizava a necessidade de tratamento de diálise, comprovado por exames laboratoriais, distúrbios eletrolíticos, achados clínicos (sinais e sintomas), e diagnóstico médico, onde o mesmo foi encaminhado à sala branca para dar início ao seu tratamento, atendido conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

Os profissionais de nível superior da unidade têm registro de especialistas em nefrologia, como requer a norma regulamentadora. Os pacientes são atendidos de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem, sempre com um olhar clínico e humanizado mais rebuscado para atendimento das necessidades dos pacientes.

Observou-se orientação do enfermeiro e da equipe para com os pacientes se os mesmos



apresentaram algum sintoma incomum em casa, quanto ao ganho de peso, ingestão de líquidos e alimentos, cuidados necessários quanto ao risco de infecção do cateter, onde aplaudo nessas questões supracitadas.

Os profissionais da unidade de serviço estão sempre atentos as condições do paciente, com um olhar humanizado, não somente voltado para anotações/evoluções de enfermagem e/ou cuidados com a máquina, mas sim, vendo o paciente como um todo, estabelecendo vínculo, confiança, afeto, troca mútua entre os saberes.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE TREINAMENTO E ATIVIDADES PRÉ-ESTABELECIDAS PARA INTERVENÇÃO DE PACIENTES EM PCR EM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE NASCIMENTO C, D & MARQUES I, R, 2005; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2016; CARDOSO LF, 2014, COSTA ET ALL, 2015).

O enfermeiro da unidade orientou intrinsecamente quanto ao próprio enfermeiro e sua equipe estar atento aos sinais de intercorrências mais comuns que podem surgir em um serviço de hemodiálise.

Partindo desse pressuposto tivemos a ideia de elaborar um projeto de proposta de implantação de treinamento e atividades pré-estabelecidas como manual/protocolo, pautados sempre em conhecimento científico, para intervenções de pacientes que apresentam as intercorrências mais comuns que podem evoluir para uma Parada Cardiorrespiratória (PCR).

Diante da perspectiva, percebe-se que o treinamento, conhecimento e capacitação dos profissionais é de suma importância para um melhor atendimento à população de Insuficiência Renal Crônica (IRC); segue abaixo:

Parada Cardiorrespiratória Convencional



Apresenta os seguintes achados clínicos que necessitam de uma investigação e intervenção imediata para evitar colapso.

1. Rebaixamento do nível de consciência
2. Alteração dos SSVV:
 - Respiração > 30 ou < 8 irpm
 - Saturação (SatO²) $< 90\%$
 - Frequência Cardíaca (FC) > 100 ou < 50 bpm
 - Pressão Arterial Sistólica (PAS) < 90 mmhg
 - Tempo de Enchimento Capilar > 3 s
3. Achados emergenciais:
 - Dor Torácica
 - Febre
 - Suspeita de Obstrução da Via aérea
 - Intoxicações
 - Hematêmese, enterorragia, hemoptise
 - Dor intensa

No reconhecimento dos sinais de complicações, o profissional deve:

- Avaliar a responsividade: Chamá-lo pelo nome.
- Avaliar respiração e pulso por 10 segundos.
- Em caso de detecção de ausência da responsividade, respiração e pulso, solicite a outro

profissional que:

- Acione o médico



- Traga o carrinho de emergência
- Traga o desfibrilador

Enquanto isso, deve-se iniciar as compressões torácicas e ventilação (se presença de pulso e não respiração, usar bolsa-válva-máscara – 1 ventilação a cada 6s).

- Frequência: 100 a 120 compressões/ minuto (numa relação 30:2) com profundidade mínima de 2 polegadas (5 cm) e máximo 2,4 polegadas (6 cm) permitindo o retorno total do tórax após cada compressão. Não apoiar-se sobre o tórax entre as compressões; minimizar as interrupções nas compressões. Não interromper as compressões por mais de 10 segundos; colocar a prancha rígida embaixo do tórax do paciente, assim que disponível.

- Monitorar o paciente com o desfibrilador (Manual ou DEA) usar o DEA imediatamente, se disponível. Após o choque, independentemente do tipo de desfibrilador, reiniciar a reanimação cardiopulmonar. Se ainda persistir avançar com o suporte avançado de vida, avaliação ABCDE ofertando oxigênio, acesso venoso, monitor e preparação para intubação.

A Atribuição de cada profissional no atendimento à PCR de acordo com a orientação da American Heart Association (AHA), a equipe de atendimento deve dispor de seis elementos assim distribuídos:

- Um líder da equipe;
- Um na ventilação;
- Um na compressão torácica;
- Um anotador de medicamentos e de tempo;
- Um na manipulação dos medicamentos;
- Um no comando, próximo ao monitor/ECG.



Dentro da realidade de cada instituição, procura-se padronizar as funções dessas pessoas com atribuições mais específicas, tornando o atendimento mais eficiente e rápido (ACLS, 2015).

Enfermeiro

- Coordena as ações e direciona as atribuições da equipe de enfermagem.
- Instala o desfibrilador (DEA) e se indicado realiza a desfibrilação.
- Prepara o desfibrilador convencional.
- Instala o monitor, no caso de não haver possibilidade ou necessidade de realizar a desfibrilação, ou quando a primeira desfibrilação não teve sucesso.
- Auxilia o médico nas manobras de RCP, assumindo a ventilação ou a compressão torácica.

Auxiliar e Técnico de Enfermagem

- Aproximação do carro de emergência e colocação da tábua rígida;
- Preparo de medicação;
- Controle do tempo de administração de cada medicamento;
- Obtenção de via de acesso venoso.

No entanto, é necessário proatividade, agilidade, e realização de técnicas e manobras eficientes para a correção do problema, diminuindo as chances de sequelas e complicações e aumentando as chances de sobrevida.

Intercorrências

Segundo Moraes EB (2011), as intercorrências mais comuns são: cefaleia, e em segundo lugar hipotensão, a maioria em pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 46 a 55 anos, sendo a principal doença de base a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).



No entanto, diante da análise dos fatos a equipe deve estar preparada para intervir nos seguintes casos de intercorrências para que não evoluam em parada, como:

Atentar!

- HIPOTENSÃO

→ Causas relacionadas à excessiva redução no volume sanguíneo: flutuações na taxa de UF, altas taxas de UF (para tratar grandes ganhos de peso interdialítico), peso seco almejado muito baixo, solução de diálise com concentração de Na⁺ muito baixa

→ Causas relacionadas à perda de vasoconstricção, solução de diálise contendo acetato, solução de diálise muito quente, ingestão alimentar (vasodilatação esplâncnica), isquemia tecidual (agravada por baixo hematócrito), Neuropatia autonômica (diabético), medicações anti-hipertensivas

→ Causas relacionadas a fatores cardíacos: débito cardíaco dependente do enchimento cardíaco (disfunção diastólica devido à HVA, doença cardíaca isquêmica), falha em aumentar a FC (uso de β-bloqueador, neuropatia autonômica urêmica, idosos), inabilidade de aumentar a DC por outras razões (contratilidade miocárdica t pela idade, hipertensão, arteriosclerose, calcificação miocárdica, doença valvar, etc.).

→ Causas incomuns: Tamponamento cardíaco, infarto do miocárdio, hemorragia oculta, sepse, arritmia, reação ao dialisador, hemólise, embolia gasosa

→ Tratamento: colocar o paciente em posição de trendelemburg, bolus de solução salina 0,9% na linha venosa (100 - 500 ml), reduzir a taxa de UF, solução hipertônica de sódio (NaCl 10 ou 20%) ou glicose (benefício quando houver cãibra associada), redução do fluxo sanguíneo (quando hipotensão severa e sem resposta às medidas anteriores), diminuir temperatura do banho de diálise.

→ Estratégias para prevenir hipotensão durante hemodiálise: usar máquinas de diálise com controle de UF sempre que possível, orientar o paciente a limitar a ingestão de sal e o ganho de peso



interdialítico, idealmente < 1 Kg/dia, não ultrafiltrar quando o paciente estiver abaixo do peso seco, manter o Na da solução de diálise igualou acima do nível sérico de Na ou utilizar diálise com gradiente de Na (controverso), administrar medicações anti-hipertensivas após a diálise e não antes; uso de solução de diálise com bicarbonato; assegurar o Hematócrito $> 33\%$ antes da diálise; não administrar alimentos ou glicose oral durante diálise em pacientes que tendem à hipotensão; considerar o uso de agonista adrenérgico durante a diálise.

- HIPERTENSÃO ARTERIAL

→ Causas: hipervolemia (principal causa), ingestão excessiva de sal, elevação do hematócrito (uso de eritropoietina em doses elevadas), remoção das medicações anti-hipertensivas

→ Tratamento

1. Modificações no estilo de vida: moderar ingestão de sal, aumentar atividade física, limitar ingestão de álcool, evitar tabagismo, reduzir ingestão de gorduras saturadas e colesterol.

2. Atingir o peso seco com diálise e/ou diurético.

3. Insistir no peso seco e modificações do estilo de vida.

4. Iniciar tratamento farmacológico: antagonistas de canal de cálcio, inibidores da ECA, betabloqueadores, agentes anti-adrenérgicos.

5. Titular a dose máxima.

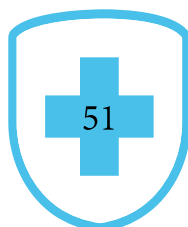
6. Adicionar uma segunda droga

7. Avaliar causas de hipertensão resistente: não adesão ao tratamento, interação de drogas, administração de eritropoietina, hipertensão secundária

8. Considerar CAPD

9. Considerar nefrectomia (cirúrgica x embolização)

- ARRITMIAS



→ Risco elevado: presença de alterações cardiovasculares como HVE, doença cardíaca isquêmica, idosos.

→ Tratamento : se arritmia severa = suspender hemodiálise; tratamento farmacológico; considerar diálise peritoneal se ocorrência freqüente.

• NÁUSEAS E VÔMITOS

→ Causas: ocorrem em > 10% dos tratamentos: maioria dos episódios relacionados com hipotensão, síndrome de desequilíbrio: reações ao dialisador, manifestações não relacionadas com a diálise (hipercalcemia).

→ Tratamento: tratar a hipotensão: antiemético (plasil 2cc EV diluído ou Dramin 86 1 ampola EV)

• CEFALEIA

→ Causas: sintoma comum durante hemodiálise, síndrome de desequilíbrio, abstinência da cafeína (por retirada na diálise, em pacientes que ingerem grandes quantidades de café), pico hipertensivo, sangramento intracraniano.

→ Tratamento: aferir a pressão arterial, anti-hipertensivo se necessário, analgésico VO (dipirona, acetaminofen) ou EV dependendo da intensidade da dor; Se houver suspeita de sangramento intracraniano, tomografia computadorizada de crânio; reduzir ou até não administrar heparina na diálise.

• DOR TORÁCICA

→ Dor torácica leve ocorre em 1-4 % das diálises

→ Causas: hipotensão, arritmia, angina, hemólise, embolia gasosa, causa desconhecida

→ Tratamento: aferir a pressão arterial, oxigênio nasal 3L1min, reduzir o fluxo de sangue



(?), reduzir a UF para zero, tratar a hipotensão imediatamente, Isordil SL se não houver hipotensão e se a dor sugere angina. SE PERSISTIR DESLIGAR A HEMODIÁLISE.

- SÍNDROME DE DESEQUILÍBRIO

→ conjunto de sintomas sistêmicos e neurológicos que podem ocorrer durante ou após a hemodiálise , geralmente nas primeiras sessões, usualmente nas primeiras 24 horas após diálise e duram algumas horas

→ Manifestações clínicas: náuseas, vômitos, fadiga, hipertensão, tremores, cefaléia, agitação, convulsões, delírio e coma.

→ Causas: redução rápida dos solutos plasmáticos durante a diálise, alterações agudas no pH do líquido cérebro-espinhal durante a HD

→ Condições que mimetizam hemorragia intracraniana - subdural, subaracnóide ou intracraniana, alterações metabólicas = estados hiperosmolares, hipercalcemia, hipoglicemia, hiponatremia, infarto cerebral, hipotensão - excessiva UF, arritmia cardíaca, infarto do miocárdio, anafilaxia - intoxicação por alumínio (subaguda)

→ Tratamento: Desequilíbrio leve: tratamento sintomático, reduzir o fluxo sanguíneo, interromper a diálise mais precocemente.

- Desequilíbrio severo (com convulsões): Interromper a diálise, suporte clínico Manitol EV pode ser útil.

- EMBOLIA GASOSA

Situação De Emergência

→ passagem de ar através de capilares pulmonares e o VE pode resultar em embolização do



ar para artérias do cérebro e coração, com disfunção neurológica e cardíaca. → locais mais comuns de entrada de ar : agulha arterial, linha arterial pré-bomba, cateter venoso central inadvertidamente aberto.

→ Sintomas: dor torácica, dispnéia súbita e progressiva com sensação de sufocação, cianose.

→ Tratamento: clampar a linha venosa e desligar imediatamente a bomba sanguínea, colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com tórax e cabeça inclinados para baixo, suporte cardiorrespiratório.

Diante das intercorrências mais corriqueiras supracitadas, a equipe deve atentar para o conjunto desses sinais e sintomas no processo de hemodiálise, caso o paciente evolua para PCR, deve-se:

- Realizar avaliação da responsividade e pulso, se ausente,
- Devolver SF 0,9% e devolver e parar a bomba,
- Iniciar compressões torácicas,
- Chamar o médico através de alguém ordenado da equipe,
- Ordenar profissional a trazer a prancheta para sala de hemodiálise, enquanto isso não deixar de realizar as compressões, se preciso, não mais de 10s,
- Transportá-lo para a sala de emergência,
- Conectá-lo ao cardioversor,
- Ofertar máscara de O₂ através de bolsa-válvula-máscara,
- Realizar acesso,
- Com a chegada do médico e posterior avaliação inicia-se:
- Choque com o DEA, se TV e FV, até cardioversão,
- Ordenar outro profissional para preparação de medicamentos, administração, conforme orientação médica.
- Se cardiovertido, retorná-lo ao processo de diálise, ligando-o a bomba conforme evolução



clínica e orientação médica.

- Continuando em processo de observação rigorosa de evolução e sinais vitais.

Nas Intercorrências deve-se preparar e dividir a equipe:

- Líder de equipe: líder definido para ordenação das atividades atribuindo funções aos membros da equipe,

- Medicações IV: realizar acesso e administração dos medicamentos,

- Cronometrista: anota os horários das medicações e das intervenções já realizadas e comunica as próximas,

- Compressor: avalia o paciente e realiza as compressões, executando 5 ciclos de compressões alternando com o DEA,

- DEA: opera o DEA alternando com o profissional das compressões,

- Via aérea: abre via, administração de ventilações, inserir equipamentos necessários.

CONCLUSÃO

Conclui-se que durante meu eletivo, pude alcançar de maneira geral meus objetivos, sendo uma experiência válida, pois obtive um considerável conhecimento nas áreas clínico-assistencial-administrativa em enfermagem em nefrologia, mais especificamente no tratamento/processo de diálise, onde me inscrevi em um curso de “Atualização em Enfermagem em Nefrologia – 60h”, para abranger e compreender sobre o processo, superando minhas expectativas.

Creio que o aprendizado obtido na prática foi de suma importância em agregação dos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades, não teria surgido o mesmo efeito em sala de aula, por exemplo, pois, vivenciando situações é que aprendemos a lidar com elas.



Diante da perspectiva, percebe-se que o treinamento, conhecimento e capacitação dos profissionais é de suma importância para um melhor atendimento à população dos doentes renais. Com o aumento crescente e contínuo de pacientes portadores de doenças renais que precisam se submeter ao processo de hemodiálise, é necessário que profissionais de saúde atentem para os sinais de complicações que podem ou não evoluir para uma PCR.

Os fatos, estudos e levantamentos realizados, pode-se ressaltar que é muito deficiente na literatura encontrar casos que envolveram parada e quais os manejos adequados. Partindo do pressuposto, pode-se trabalhar com controle das intercorrências mais comuns para que não evoluam em parada, como forma preventiva e recuperativa das mesmas.

No entanto, a equipe deve ter o olhar atento a todas intercorrências que podem surgir para realização de manejos adequados, diante dessa premissa deve haver treinamento teórico-prático da equipe, sobre o processo da terapia dialítica, técnicas e possíveis intercorrências, identificando habilidades e limitações e pré-determinando os profissionais para cada intervenção.

Esta experiência também serviu para mostrar a evolução que pude desenvolver/criar em nível profissional e pessoal, contato com ambiente da clínica, ajuda dos enfermeiros e demais profissionais da equipe, ajudou a esclarecer dúvidas e aprender a manejar várias patologias e intercorrências de doenças cardiovasculares, metabólicas e outras associadas aos problemas renais, tomando decisões, e manejo dos eventos.

Agradeço ao Dr. P.T., pelo espaço, a F., pelo carinho e atenção, à enfermeira B. e sua equipe: A, S, L, J, pelas informações, técnicas, atenção e cuidado. Ao enfermeiro e responsável técnico C. A, e sua equipe: F, I, R, F, R, pela experiência, acompanhamento nas atividades de supervisão, intercorrências, obrigado por toda paciência, compreensão e oportunidade.

REFERÊNCIAS



AMERICAN HEART ASSOCIATION. ACLS: Provider supplementary material: airway management, devices to provide supplementary oxygen. pag.4, 2016

CARDOSO, LF. Protocolo de atendimento a Parada Cardiorrespiratória (PCR). <https://www.hospital-siriolibanes.org.br/institucional/gestao-da-qualidade/Paginas/protocolos.aspx>

Clínica Nefrológica do Hospital Getúlio Vargas. Manual de Rotinas Médicas. Teresina, Março de 2012.

KNOBEL, E e Cols. Terapia Intensiva: enfermagem. São Paulo: Atneu, 2006.

LIMA, E. X; SANTOS, I. Atualização de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2004.

Manual de padrões certificação hospitalar. Consórcio Brasileiro de Acreditação em sistemas de Saúde – CBA. Rio de Janeiro, 3ª edição, 2008.

MORAES, B. E; Intercorrências em Pacientes com insuficiência Renal Crônica durante as sessões de Hemodiálise. Atualiza Cursos. Pós-Graduação. Salvador, BA, 2011.

SMMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

Suporte Avançado de Vida Cardiovascular. American Heart Association. Manual do profissional. 2016.



Cristiano Dias Nascimento, Isaac R Marques. Intervenções de Enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* 58 (6), 719-722, 2005.

Hemodiálise. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: sbn.org.br/hemodialise > acesso em 20 de abril de 2020.

Hemodiálise. Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Disponível em: soben.org.br/o-que-e-hemodialise/ > acesso em 20 de abril de 2020.

Costa et all. Complicações em pacientes renais durante sessões hemodialíticas e intervenções de enfermagem. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online* 7 (1), 2137-2146, 2015.

Santana S. T; Fontenelle T; Magalhães L. M; Assistência de enfermagem prestada aos pacientes em tratamento hemodialítico nas unidades de nefrologia. *Revista Científica do ITPAC* 6 (3), 1-11, 2013.

Revisão da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 de 13 de março de 2014. Ministério da Saúde. ANVISA. Publicada em DOU nº50, de 14 de março de 2014. Disponível em: portal.anvisa.gov.br/item/RDC.

