



## RESUMO EXPANDIDO (ENFERMAGEM)

### FÍSTULA ARTERIOVENOSA: AOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO

Lorrany Camila Santos de Pádua  
Bruna Inácio da Silveira Xavier

Acadêmicas do 10º período do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Sandra Mara de Jesus Capelo

Enfermeira, Profª. Esp. do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA (Orientadora).

Submetido: 30 jan. 2020.

Publicado: 26 ago. 2020.

E-mail para correspondência:

[enfermagem@faema.edu.br](mailto:enfermagem@faema.edu.br)

Este é um trabalho de acesso aberto e distribuído sob os Termos da *Creative Commons Attribution License*. A licença permite o uso, a distribuição e a reprodução irrestrita, em qualquer meio, desde que creditado as fontes originais. Imagem: StockPhotos (Todos os direitos reservados).



#### Introdução

A Doença Renal Crônica acomete a atividade renal, de modo constante e irreversível, com comprometimento metabólico e hidroeletrólítico <sup>(1)</sup>. No processo, os resíduos finais que segregavam pela diurese concentram-se no sangue, o que exige recurso terapêutico que reestabeleça o equilíbrio perdido <sup>(2)</sup>. Os tratamentos disponíveis são: o transplante renal e a diálise, em processo peritoneal ou hemodiálise. O inquérito brasileiro de diálise crônica realizado em 2017, apontou que, dos pacientes prevalentes, 93,1% estavam em hemodiálise e 6,9% em diálise peritoneal, enquanto 24% aguardavam transplante <sup>(3)</sup>. O processo de hemodiálise requer um acesso vascular, e a Fístula Arteriovenosa é o padrão ouro que proporciona os melhores resultados, embora represente o ponto fraco da cadeia de terapia de substituição renal pela morbidade relacionada a problemas de maturação, disfunção, infecção ou complicações mais graves, constituindo a terceira causa mais frequente de hospitalização dos portadores <sup>(4)</sup>. Consiste na anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia, habitualmente na região do membro superior não dominante para diminuir as incapacidades funcionais <sup>(5)</sup>. Identificam-se condutas a serem desenvolvidas na fase pré-operatória de fabricação do acesso, durante a sua maturação, previamente e posteriormente às sessões de hemodiálise essenciais para a sua manutenção <sup>(6)</sup>. Pela relação direta com o paciente e manuseio periódico do acesso, o enfermeiro é indicado para instruir o portador da Fístula para avaliação e diagnóstico das modificações que podem ocorrer a fim de evitar danos ao acesso vascular <sup>(7)</sup>. Nesse contexto, o estudo tem o objetivo de sintetizar os cuidados do enfermeiro relacionados ao portador de Fístula Arteriovenosa e, para isso, buscou caracterizar



o portador, explicar a fisiologia do acesso vascular e evidenciar a importância do profissional na sua assistência integral. As estatísticas de prevalência e complicações justificam a relevância de abordar o tema.

### Material e Métodos

Trata-se de revisão de literatura, com a utilização dos Descritores em Ciência da Saúde: anastomose arteriovenosa, fistula arteriovenosa, renal crônico, cuidados de enfermagem e protocolos, utilizados isolados ou combinados entre si. As bases de dados foram a Biblioteca Virtual em Saúde, Medical Literature Analysis and Retrieval System online, National Center for Biotechnology Information, Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe, Sociedade Brasileira de Nefrologia, Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde, Banco de Dados em Enfermagem e Biblioteca Virtual Júlio Bordignon. Foram selecionados artigos em português, inglês e espanhol publicados a partir do início da última década, pois uma busca preliminar nos últimos cinco anos resultou insuficiente, e eliminados artigos duplicados. Foram levantados 205 resumos e utilizados 57 textos.

### Resultados e Discussão

O recurso terapêutico de hemodiálise requer um acesso venoso calibroso, eficiente e durável, que garanta uma adequada passagem do fluxo de sangue para o filtro de hemodiálise e, depois de realizado o processo de filtragem, permita o seu retorno ao paciente<sup>(8)</sup>. Os acessos vasculares para hemodiálise são desenvolvidos, na grande maioria, pela Fístula Arteriovenosa; encontrando-se a impossibilidade de sua elaboração, opta-se pelo uso de prótese ou cateter de duplo lúmen<sup>(9)</sup>. Em comparação ao período de funcionalidade dos acessos, verifica-se um tempo de quatro anos para as Fístulas Arteriovenosas contínuas, dois anos para as próteses e nove meses para os cateteres<sup>(10)</sup>. A fístula arteriovenosa consiste



na junção subcutânea entre uma artéria e uma veia para servir de acesso para a execução do processo de hemodiálise <sup>(11)</sup>. A intenção é um acesso mais calibroso e duradouro, a fim de que as punções com as agulhas de hemodiálise sejam capazes de ocorrer sem complicações. A cirurgia é realizada por um cirurgião vascular por meio de anestesia local, preferencialmente 2 a 3 meses antes de se iniciar a hemodiálise <sup>(12)</sup>.

Essas regiões de acesso precisam efetivamente conter uma vida longa e uma taxa baixa de complicações, como trombozes, infecção, estenose, formação de aneurisma e até mesmo isquemia do membro distal. Na atualidade, não existe nenhum tipo de acesso que cumpra todos esses parâmetros. Contudo, os índices de perviedade a longo prazo atestam que as Fístulas Arteriovenosas autólogas possuem os melhores resultados com menos interferências cirúrgicas <sup>(6)</sup>. Esta proporção relaciona-se com a conservação do acesso desde o diagnóstico de insuficiência renal crônica até a confecção da FAV. A intenção é conservar a área vascular para impedir punções venosas e verificação de pressão arterial no braço em que será confeccionado, com a finalidade de preservar os vasos sanguíneos <sup>(13)</sup>.

Antes do início do uso do novo acesso, a Fístula Arteriovenosa deve ser avaliada quanto à sua maturação, no prazo ideal de seis semanas após a criação. O fluxo através do vaso deve ser maior do que 600 ml/minuto, e o vaso deve apresentar um diâmetro de pelo menos 6 mm, situado a menos de 6 mm da superfície cutânea. Este conjunto de observações compreende a regra dos 6 para avaliação do estado de maturação <sup>(4)</sup>.

A canulação adequada é fator fundamental na manutenção e preservação do acesso, devendo o enfermeiro qualificar-se para gerir todos os aspectos relacionados ao processo, que envolvem a avaliação prévia através de entrevista e exame físico, a técnica de acesso com rigor asséptico, paramentação recomendada, orientação ao paciente, emprego da técnica recomendada conforme a característica do acesso, a gestão de complicações, o processo de educação em saúde do portador, a interação multiprofissional e a documentação do processo <sup>(4)</sup>. No que se refere ao autocuidado, o enfermeiro tem o dever de explicar ao



paciente como conservar o membro antes de procedimento e como manter o curativo da sutura seco e protegido de manipulação após a confecção, além de salvaguardar a região do braço de eventos infecciosos, não autorizar a coleta de sangue e a verificação da pressão arterial, não deitar, repousar e adormecer em cima do membro, não transportar pesos, evitar o uso de vestes apertadas e não usar relógios ou braceletes <sup>(15)</sup>. Além disso, inspecionar o membro diária e periodicamente para reconhecimento das funcionalidades do acesso, como a leve palpação para identificação de vibração e alterações, como resfriamento ou calor, edema, dor e as transformações na cor da região da mão, para conseguir caracterizar manifestações clínicas de infecção e trombose. Orientar higiene diária do braço, especialmente antes de cada sessão de diálise e não remover o curativo hemostático por 4 horas após a hemóstase, conforme protocolo do serviço <sup>(16)</sup>.

### Conclusões

Com a finalidade de reduzir as disfunções do acesso vascular, torna-se fundamental que exista uma estreita contribuição entre os profissionais da rede de atenção à saúde mais envolvidos diretamente com os pacientes renais crônicos portadores de fistula arteriovenosa, tais como nefrologistas, cirurgiões vasculares, enfermeiros do centro de diálise, da atenção básica, ambulatorial e hospitalar e os próprios pacientes em diálise, para potencializar a vigilância e os cuidados para preservação da Fístula Arteriovenosa, considerando que representa fator de hospitalização e morbidade nessa população.

Neste contexto, a maior produção de estudos e conteúdos sobre a terapêutica de hemodiálise, o portador de Fístula Arteriovenosa e os cuidados relacionados à sua preservação podem ser o início de um processo de transformação que começa na academia e estende seus reflexos para a realidade local. Para o curso de bacharel em enfermagem e a área do conhecimento que envolve a gestão do cuidado respaldado cientificamente,



pesquisas e trabalhos sobre o tema são cada vez mais necessários e pertinentes como forma de contribuição ao corpo científico e social existente.

**Palavras-chave:** Anastomose Arteriovenosa. Fistula Arteriovenosa. Renal Crônico. Cuidados de Enfermagem e Protocolos.

### Referências

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
2. Pio de Abreu A. Hemodiálise. São Paulo: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2019. [acesso em 23 fev 2019]. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/tratamentos/hemodialise/>.
3. Thomé FS, Sesso RC, Lopes AA, Lugon JR, Martins CT. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.) 2019;41(2):208-214.
4. Parisotto MT, Pancirova J (ed). Acesso Vascular: canulação e cuidado, manual de boas práticas de enfermagem para a fístula arteriovenosa. Lucerne: EDTNA/ERCA; 2015.
5. Pessoa NC, Linhares FP. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. Esc Anna Nery. 2015;19(1):73-79.
6. Cheung AK, Imrey PB, Alpers CE, Robbin ML, Radeva M, Larive B, et al. Intimal Hyperplasia, Stenosis, and Arteriovenous Fistula Maturation Failure in the Hemodialysis Fistula Maturation Study. Journal of the American Society of Nephrology, California. 2017;28(10):3005-3013.



7. Oliveira SC, Rodrigues AA, Ferreira, LF. Atuação do enfermeiro nos cuidados a pacientes com fístula arteriovenosa. *Journal of Specialist: Scientific Journal, Portugal*. 2018;2(2):14-18.
8. Franco, RP. Fístulas arteriovenosas em hemodiálise: atores de sucesso e o papel do nefrologista. *Braz Journal of Nephrology, Curitiba*. 2018;40(4):309-311.
9. Diegoli H, Silva MCG, Machado DSB, Nova Cruz CER. Encaminhamento tardio ao nefrologista e a associação com mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2015;37(1):35-40.
10. Amaral RR, Giacomello CM, Silva DG, Schwantes GC, Paludo L, Ribas CR, et al. Acesso Vascular para Hemodiálise. *Acta-médica Ligas Acadêmicas*. 2018;39(1):270-280.
11. Frazão CQ, Delgado MF, Araújo MGA, Silva BBL, Sá JD, Lira ANBC. Nursing care for chronic renal patients on hemodialysis. *Rev. Rene*. 2014;15(4):701-709.
12. Tanner NC, Silva A. Tratamento adjuvante médico para aumentar a patência de fístulas arteriovenosas e enxertos. *Melhor Saúde*. 2015;5(8):130-137.
13. Farber A, Imrey PB, Huber TS, Kaufman JM, Kraiss LW, Larive B, et al. Multiple preoperative and intraoperative factors predict early fistula thrombosis in the Hemodialysis Fistula Maturation Study. *Journal Of Vascular Surgery, Estados Unidos*. 2016;63(1):163-170.
14. Parisotto MT, Pancirova J (ed.). *Canulação e Cuidados do Acesso Vascular: manual de boas práticas de enfermagem para Fistulas Arteriovenosas*. 2. ed. Madri Espanha: Edtna/Erca; 2015.
15. Sousa CN, Apóstolo JL, Figueiredo MH, Martins MM, Dias VF. Intervenções para promover o autocuidado de pessoas com fístula arteriovenosa. *Jcn Clinical Nursing*. 2014;23(13-14):1796-1802.
16. Maniva SJCF, Freitas CHA. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fístula arteriovenosa. *Rev. Rene, Brasil*. 2010;11(1):30-35.