



Práticas assistenciais na Terapia Renal Substitutiva beira leito para pacientes em injúria renal aguda

Leila Maria Siqueira Lalei¹

RESUMO

Objetivo: descrever as práticas assistenciais utilizadas na terapia renal substitutiva beira leito, relacionadas à Injúria Renal Aguda no processo pré, intra e pós-diálise. **Método:** Relato de experiência, desenvolvido em uma instituição hospitalar de grande porte, na região central de Curitiba-PR. Os dados foram coletados em setembro de 2023, por meio de observação participante e diário de campo, no qual foram observadas e registradas as práticas assistenciais aplicadas ao tratamento de Terapia Renal Substitutiva beira leito, nas Unidades de Terapia Intensiva. **Resultados:** Observou-se que as rotinas e práticas assistenciais na hemodiálise ocorrem em três etapas: pré, intra e pós hemodiálise. A pré-hemodiálise exige controle e qualidade da água, realizados diariamente, e deve atender às exigências estabelecidas pelas diretrizes vigentes. São avaliados ainda nesta etapa a funcionalidade dos equipamentos, permeabilidade das vias de acessos e o estado geral do paciente. Na intra hemodiálise é aplicado *checklist* de diálise segura e realizada a monitorização contínua dos dados vitais e do estado hemodinâmico dos pacientes. É necessária a permanência beira leito do profissional, em tempo integral durante a sessão, para a segurança do paciente e atendimento em intercorrências. E no pós hemodiálise, deve ser feita a oclusão e manutenção dos cateteres venosos de uso exclusivo para hemodiálise, aferição dos dados vitais, registro de enfermagem e passagem de plantão para as equipes assistenciais. **Considerações finais:** A hemodiálise é um procedimento crítico, e deve ser realizada por profissionais capacitados e habilitados. A enfermagem possui papel fundamental nesse processo para garantir uma assistência segura e de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem em Nefrologia; Diálise renal; Cuidados de enfermagem; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

A hemodiálise é considerada uma Terapia Renal Substitutiva (TRS) em pacientes com disfunção renal grave. Em pacientes hospitalizados a hemodiálise beira leito, na maioria das vezes, é realizada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mas pode ser realizada em enfermaria. Dentre as doenças que requerem o uso da hemodiálise beira leito está a Injúria Renal Aguda (IRA), também chamada de Lesão Renal Aguda (LRA) (Melo *et al.*, 2020).

¹ siqueiraleila90@gmail.com

Lalei, L.M.S.; Práticas assistenciais na Terapia Renal Substitutiva beira leito para pacientes em injúria renal aguda. Revista Portuguesa de Ciências e Saúde V.4, N°2, p.75-89, Ago./Dez. 2023. Artigo recebido em 14/11/2023. Última versão recebida em 30/11/2023. Aprovado em 10/12/2023.

Pacientes em situação crítica de saúde internados em UTI são mais propensos a desenvolverem IRA, a qual poderá ter como desfecho a doença renal crônica (DRC) ou óbito. Contudo, apesar do potencial para desfechos desfavoráveis, quando a IRA é diagnosticada e tratada precocemente, há uma probabilidade de regressão do quadro clínico (Rampon & Favarin, 2023).

Por estar à beira leito do paciente, a enfermagem, no que se refere à hemodiálise, é prioritária e imprescindível para o alcance da qualidade na prestação e segurança do cuidado em tempo integral (Silva & Loiola, 2022). É o enfermeiro que direciona e toma a iniciativa no controle de riscos e aprimoramento do serviço de hemodiálise, embasado em regulamentações aprovadas por órgãos governamentais, além de ser o gestor dos serviços de diálise (Castilho *et al.*, 2020).

A assistência de enfermagem ao paciente em tratamento hemodialítico engloba o cuidado sistematizado, humanizado e individualizado, mesmo antes do início da TRS (Nobre *et al.*, 2021). As práticas assistenciais relacionadas à hemodiálise beira leito vão além do procedimento em si, envolvem o gerenciamento dos equipamentos, dos insumos utilizados, monitorização da qualidade da água, da interação entre as equipes, segmentos das prescrições de hemodiálise, gerenciamento dos riscos, segurança do paciente, organização do setor e dimensionamento da equipe (Castilho *et al.*, 2020).

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo descrever as práticas assistenciais utilizadas na terapia renal substitutiva beira leito, relacionadas à Injúria Renal Aguda no processo pré, intra e pós-diálise.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e narrativo, do tipo relato de experiência.

2.1 LOCAL DE ESTUDO

Foi realizado em um hospital de grande porte, localizado em Curitiba-PR. Tal local possui corpo clínico com diversas especialidades, tais como cardiologia e cirurgia geral, e é referência em unidade de dor torácica.

O hospital possui ampla infraestrutura, com 128 leitos, dos quais quatorze são destinados para o Pronto Atendimento e 30 para Unidade de Terapia Intensiva. Conta com os seguintes serviços de apoio: hemodinâmica, Central de Materiais Esterilizados (CME), tomografia, endoscopia, ecografia, farmácia, almoxarifado, serviço de nutrição e copa, manutenção, engenharia clínica, serviço de higienização e hotelaria.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são devidamente equipadas para o atendimento de pacientes em situação crítica de saúde. As UTIs coronariana e geral possuem 16 leitos cada, dois leitos destinados para isolamento respiratório.

A instituição apresenta um diferencial em atendimentos a pacientes com IRA e DRC (Doença Renal Crônica). Dispõe de serviço próprio com equipe de nefrologia, sala de hemodiálise e hemodiálise beira leito, atendendo às demandas intra-hospitalares nas urgências e emergências dialíticas.

2.2 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados, no mês de setembro de 2023, por meio de observação participante e diário de campo, no qual foram observadas e registradas as práticas assistenciais aplicadas ao tratamento de Terapia Renal Substitutiva beira leito, nas Unidades de Terapia Intensiva. Foram descritas as rotinas e funcionamento do setor.

A coleta de dados incluiu análise documental como documentos institucionais (procedimentos operacionais padrão, atribuições e rotinas), quantitativo de procedimentos realizados e outras informações disponíveis em sistema de informação, bem como a observação não participante das rotinas e práticas assistenciais, de modo que foi possível descrevê-las.

Foram respeitados os aspectos éticos descritos na Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Dessa forma, as informações foram mantidas em sigilo e anonimato, sem exposição de terceiros.

Os dados foram apresentados de forma narrativa, descrevendo os cuidados realizados pela equipe de enfermagem durante a terapia renal substitutiva beira leito para pacientes com injúria renal aguda.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Durante o período de observação foi realizado o acompanhamento das rotinas do setor responsável pela terapia renal substitutiva beira leito, em pacientes hospitalizados com diagnóstico de IRA. Foram realizadas 67 hemodiálises no período, das quais 43 (64%) foram em leito de UTI, e 24 (36%) em sala de hemodiálise.

As UTIs possuíam suporte para atender pacientes em estado críticos de saúde. Eram equipadas com monitorização, suporte ventilatório e equipe multidisciplinar. O setor de hemodiálise possui procedimentos operacionais padrão (POPs), e rotinas institucionais que descrevem os processos assistenciais relacionados à execução da hemodiálise. Havia um total de 28 POPs, incluindo manuais, rotinas e atribuições direcionadas ao enfermeiro e ao técnico de enfermagem com capacitação em hemodiálise.

Durante a observação foi possível identificar que os cuidados aos pacientes hospitalizados com diagnósticos de IRA, submetidos a terapia renal substitutiva, são prestados por equipe capacitada. Tal equipe é composta por dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro especialista em nefrologia e quatro médicos nefrologistas. Os profissionais desempenham suas funções, conforme as atribuições do setor, descritas em documento interno e regimento institucional. A escala de trabalho é 5/1, com jornada das 7 às 13 horas, e das 13 às 19 horas. Eventualmente, há necessidade de atendimento às emergências, e se utiliza neste caso uma escala de sobreaviso.

O enfermeiro organiza a assistência e a equipe de enfermagem no início da sua rotina de trabalho. Ele avalia os dados referentes as coletas da água realizadas pela técnica de enfermagem, anexa os valores nas planilhas de controle, formaliza quando há alterações e não conformidades, e aplica plano de ação imediata. Após essas análises, certifica-se da funcionalidade dos equipamentos de osmose reversa e máquina de diálise, primordiais para a segurança do paciente e realização da hemodiálise. Utiliza para tal um *checklist*, em que os dados de desinfecção pré e pós hemodiálise são anotados. Solicita materiais e insumos de uso específico do setor. Ele ainda prioriza o dimensionamento da equipe nas urgências e emergências, avaliando a gravidade e estado hemodinâmico dos indivíduos a serem submetidos a terapia renal substitutiva; bem como oferece suporte aos técnicos na execução dos procedimentos, diante de eventuais intercorrências.

Observou-se que as atribuições do enfermeiro envolvem a Sistematização da Assistência de Enfermagem, o que inclui a supervisão da equipe de enfermagem, o planejamento, avaliação dos equipamentos e insumos necessários para hemodiálise. É ele quem organiza e programa as manutenções específicas de cada equipamento, avalia o atendimento prestado aos pacientes submetidos a tratamentos dialíticos, e realiza junto com a equipe o Processos de Enfermagem. Esses cuidados aconteciam antes da iniciação da terapia renal substitutiva, e seguiam os protocolos estabelecidos pelo Núcleo de Segurança do Paciente.

A equipe técnica formada por técnicos de enfermagem, com capacitação em hemodiálise, possui atribuições específicas. Entre elas, foram acompanhados os cuidados relacionados ao preparo dos equipamentos, incluindo o zelo pela limpeza e organização do setor; coletas e controle das águas, conforme estabelecido pelas diretrizes vigentes; execução de cuidados de enfermagem, conforme prescrição médica e de enfermagem, de acordo com sua qualificação técnica e atribuições.

Tendo em vista que o tratamento hemodialítico ocorre em três etapas (pré, intra e pós), serão descritas as práticas assistenciais observadas em cada um desses momentos, na sequência em que eram realizadas.

3.1 ETAPA PRÉ-HEMODIÁLISE

No que se refere às práticas relacionadas à etapa pré-hemodiálise, é primordial o controle e qualidade da água potável utilizada para realização da terapia renal substitutiva. Medidas devem ser adotadas para evitar e prevenir eventos adversos e riscos aos pacientes. O setor de hemodiálise era o responsável por realizar tal controle.

As coletas eram realizadas no início do plantão matutino pela técnica de enfermagem, que por meio de um aparelho específico coletava as águas nos seguintes pontos da rede hospitalar: PN (prédio novo, torneira ligada à água direto da rua), PV (prédio velho, onde ficavam localizadas as caixas da água do hospital), sala de hemodiálise e os leitos de UTI (rodizio de leito diariamente). Eram analisadas as características físicas organolépticas, que seguiam as exigências estabelecidas pela Anvisa na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 13 de março de 2014. As amostras eram analisadas quanto ao teor de cloro residual livre, pH, cor, turbidez, sabor e odor, e deveriam estar dentro dos parâmetros vigentes, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1

Características físicas e organolépticas da água para hemodiálise

| CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E ORGANOLEPTICAS | VALORES DE REFERÊNCIA |
|--|-----------------------|
| Cloro residual livre | >0,2 MG/L |
| pH | 6,0 a 9,5 |
| Turbidez | ausente |
| Sabor | insípido |
| Odor | inodoro |

Fonte: Anvisa, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 13 de março de 2014.

Além das características descritas no quadro acima, eram analisados os componentes microbiológicos presentes na água e equipamentos - osmose reversa e máquina de hemodiálise. Os parâmetros microbiológicos da água são apresentados na tabela 2. Essa avaliação é realizada mensalmente, por laboratório credenciado pela instituição, programados na segunda semana de cada mês.

Tabela 2

Parâmetros microbiológicos da água coletada nos equipamentos

| COMPONENTES MICROBIOLÓGICOS | VALORES MÁXIMO PERMITIDOS |
|--------------------------------------|---------------------------|
| Coliformes totais | Ausência |
| Contagem de bactérias heterotróficas | 500 UFC/ml |

Fonte: Anvisa, Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 13 de março de 2014.

Após as rotinas de coletas da água, os equipamentos (máquina de hemodiálise e aparelho de osmose reversa) passavam por processos de desinfecção química interna, com esterilizante ácido peracético 3,5%, e, externa, com desinfetante hospitalar PHMB + Tensoativos (detergentes), antes do contato com paciente hemodialítico. Medidas realizadas como meio de prevenção para fontes de contaminação cruzada. Foi presenciado seu preparo, cada processo químico tinha duração de trinta minutos e os dados eram informados nos documentos de controle de desinfecção diária.

O equipamento de osmose reversa purifica cerca de 95% da água utilizada na hemodiálise, retirando os contaminantes orgânicos e não orgânicos, de modo que o controle da manutenção e os processos de desinfecção são rigorosos. Além das coletas

mensais, são necessárias a troca do filtro de carvão e a observação da condutividade. Como a instituição hospitalar não apresenta tratamento específico para água, o equipamento de osmose reversa portátil é responsável por essa função. Os filtros de carvão são trocados a cada doze procedimentos, seguindo as normativas e recomendações dos fabricantes. É o enfermeiro que fiscaliza e efetua essa troca, cujo controle é identificado com data, hora e nome do executor.

Foi possível observar as atividades realizadas pela técnica de enfermagem diante das prescrições de hemodiálise solicitadas pela equipe de nefrologia. Como conduta entrava em contato com a equipe assistencial do setor, agendava a hemodiálise, e informava acerca do aprazamento das medicações, como horário e ajustes da dosagem conforme função renal, principalmente antibióticos. Tais procedimentos e medidas visavam seguir as rotinas institucionais, garantindo eficácia dos planos terapêuticos, a segurança na hemodiálise e evitar eventos adversos durante as sessões.

A técnica em enfermagem era responsável pela solicitação de materiais via sistema e retirada na farmácia; avaliação do estado geral do paciente com a indicação da terapia renal substitutiva, em que se certificava que as vias de acesso estavam com permeabilidade e fluxo do acesso venoso central satisfatórias para a realização da terapia.

Mediante as avaliação e solicitações, a técnica em enfermagem ainda dispunha os equipamentos no leito do paciente; realizava instalação das conexões da máquina e osmose portátil a rede de esgoto e sistema de água hospitalar; montava a máquina com o sistema extracorpóreo, que contém linha arterial, venosa e capilar, e soluções de diálise. Efetuava programação da máquina de diálise, conforme prescrito, tempo do tratamento, fluxo da bomba da máquina, temperatura do dialisado, taxa de ultrafiltração e heparinização de sistema. Na indicação de não heparinização de sistema, programava a lavagem do sistema extracorpóreo com solução fisiológica, a cada trinta minutos ou conforme a necessidade de cada paciente. Tais medidas visavam evitar a coagulação do sistema extracorpóreo, desperdício de materiais e danos aos pacientes.

Após o preparo e programação da máquina era realizada a higiene das mãos, e paramentação (uso dos equipamentos de proteção individual - óculos de proteção, luva de procedimento, avental, máscara). Após esse procedimento era efetuado o manuseio do acesso venoso central com técnica asséptica, utilizava-se campo fenestrado e luva estéril, fazia-se assepsia com gaze e clorexidina alcoólica, com movimentos de fricção nos

lúmens; era aspirado com uma seringa a heparina presente no lumen de cada via, cerca de 2 ml por via, e então era conectado o paciente ao sistema extracorpóreo, e dado início a hemodiálise. O profissional permanecia beira leito durante todo o processo.

Já o enfermeiro inspecionava o cateter, local da inserção, tipo de curativo, certificava-se quanto a presença de hematomas, edema e sangramento, adotando medidas de prevenção de controle de infecção relacionadas a corrente sanguínea.

3.2 ETAPA INTRA-HEMODIÁLISE

Essa etapa se refere a realização da hemodiálise em si. Observou-se que a técnica de enfermagem permanecia beira leito durante todo o tempo programado, avaliava criteriosamente os sinais vitais do paciente a cada 10 minutos via monitor, monitorando a pressão arterial, ritmos cardíacos, temperatura corporal e oximetria de pulso.

Para garantir a segurança do paciente, os responsáveis pela realização da hemodiálise os técnicos e enfermeiro realizavam o *checklist* de diálise segura, que visava evitar erros e falhas no processo. Tal, prática abrange: paciente certo (pulseira de identificação e leito do paciente), prescrição médica, hemodialisador correto (numeração), checagem da lavagem do sistema, programação da máquina, soluções ácida e bicarbonato 8,4 (dialisatos), heparina, temperatura da máquina, tempo de diálise, perfil de sódio.

Comumente as sessões tinham tempo de programação de três a quatro horas. Em pacientes com uremia e obesos a utilização de hemodialisador de nº 21 era mais comum, por potencializar a filtração das escórias presente no sangue. O volume das soluções de diálise ácida e bicarbonato atendiam de 400 ml a 500 ml com temperatura de 36° a 37°C. O uso de anticoagulante (heparina) era realizado com cautela, e variava de 1000 UI a 2000 UI. Em quadros agudos o risco de sangramento é mais provável, então a lavagem do sistema com solução fisiológica 0,9% era solicitada pelos nefrologistas. Do mesmo modo, perfil de sódio nos quadros de hipotensão e alterações de eletrólitos.

A hemodiálise por ser um procedimento crítico e invasivo pode desencadear instabilidade hemodinâmica durante sua realização. Foram realizadas 67 hemodiálises no período observado, eventos adversos como hipotensão ocorreram em 50 (75%) delas, hipoglicemia em 49 (73%) e fibrilação arterial em cinco (7%). Esses eventos foram os que ocorreram com maior frequência.

Diante de tais situações, foi possível acompanhar a atuação da equipe de enfermagem, que buscou de forma rápida e resolutiva reverter o quadro, com apoio da equipe assistencial e nefrologista. Nesses casos, é acionada a equipe médica, comunicado o nefrologista, diante da conduta médica se efetuam ajustes nos equipamentos, como diminuição da taxa de ultrafiltração, redução do fluxo da bomba de sangue da máquina de hemodiálise, infusão de drogas vasopressoras em bomba de infusão contínua, administração de solução salina ou interrupção do procedimento até estabilização do quadro hemodinâmico do paciente.

As verificações da glicemia capilar são realizadas pré, intra e pós hemodiálise. Conforme as alterações existentes o profissional que estava à frente da hemodiálise administrava medicações para manter os níveis glicêmicos dentro dos valores de referência. Tendo em vista que vez pacientes em tratamento hemodialítico apresentam risco de glicemia instável, as aferições ocorriam de hora em hora, ou conforme resultado inicial, muitas vezes foram em períodos mais curto, a cada quinze minutos. Quando havia hipoglicemia eram administradas solução glicosada com glicose hipertônica, e o controle glicêmico era feito a cada quinze minutos até o termino programado da hemodiálise. A medicação era liberada pelo enfermeiro, com dupla checagem. A resposta do paciente era observada, bem como realizados os registros e comunicação das intercorrências entre as equipes assistencial e nefrologia.

3.3 ETAPA PÓS-HEMODIÁLISE

Ao termino da hemodiálise é feita a oclusão e manutenção dos cateteres, que são de uso exclusivo para a hemodiálise. Esse procedimento é de responsabilidade do técnico em enfermagem. Observou-se que no manuseio do cateter era utilizada solução de clorexidina alcoólica 0,5% para desinfecção dos lumens, realizada lavagem das vias com solução fisiológica 0,9%, cada via com 10 ml, e heparinização das vias, de acordo com o volume indicado para cada lúmen proximal e distal, entre 1,5 a 2 ml, e inserção do ocluser estéril. Após avaliação hemodinâmica e dos dados vitais do paciente a hemodiálise era finalizada. A realização dos curativos dos cateteres é de responsabilidade do enfermeiro. Ele, portanto, realizava a troca de maneira asséptica, utilizando curativo simples com gaze e clorexidina alcoólica a 0,5%, identificando data e hora do curativo, data da inserção do cateter.

Conforme a rotina, era realizada a desinfecção interna e externa dos equipamentos deixando-o pronto para outra sessão, bem como observação do pacientes pós-hemodiálise. A enfermeira sinalizava para a equipe de nefrologista sobre o procedimento (sucesso e intercorrências), a fim de evitar ou minimizar possíveis intercorrências em novas sessões.

O plano de cuidados era elaborado pela enfermeira, e o processo de enfermagem construído em conjunto com a equipe técnica. As ações e observações sobre a sessão eram registradas em prontuário eletrônico, pela enfermeira e técnica de enfermagem, conforme suas atribuições e competências. Dentre as informações registradas estavam o tempo programado, as intercorrências durante a sessão, o controle dos sinais vitais e a passagem de plantão para a equipe assistencial.

3.4 PLANOS DE AÇÃO

Serão descritas nessa sessão as práticas referentes as análises da qualidade e controle da água, primordiais para a realização da hemodiálise.

Quando são identificadas não conformidades relativas as coletas da água, o enfermeiro tem por conduta solicitar ou realizar uma nova coleta, e comunicar o setor de manutenção da instituição. Este último é o responsável pela dosagem do cloro do sistema de abastecimento das caixas de água. Na obtenção de um valor do cloro residual de $>0,2$ mg/l ou $<0,2$ mg/l e amostra do pH superior a 9,5, eles ajustam a bomba de cloro até que ocorra a normalização dos parâmetros de controle e exigência.

Já as não conformidades dos equipamentos requerem ação imediata, como o isolamento do equipamento (máquina de diálise e osmose reversa). Paralelamente, a Comissão de Controle de Infecção (CCIH) e a equipe responsável pela manutenção técnica e periódica dos equipamentos são comunicadas. É realizado um processo mais crítico de desinfecção, desinfecção térmica por aquecimento interno do equipamento, ácido peracético puro e ácido cítrico que tem ação desinfectante e desincrustante. [

Após esse processo o enfermeiro aciona o laboratório e efetua nova coleta. Os equipamentos ficam fora de uso até que se obtenha laudo positivo de liberação. Nesse período ocorre o rastreio dos pacientes que utilizaram os equipamentos no período da contaminação. O enfermeiro identifica por meio dos prontuários, nome e período da utilização dos equipamentos, envia para CCIH, que acompanha através de exames

laboratoriais, desfechos clínicos, piora diagnóstica que possam ter relação com o uso dos equipamentos, entre elas infecção de corrente sanguínea. É realizada notificação se confirmado o evento adverso.

O enfermeiro sinaliza e registra as notificações do gerenciamento de riscos, faz busca ativa, caso sejam identificados eventos relacionados a falhas de processos ou profissional. Quando identificada falha profissional o enfermeiro deve aplicar treinamento, intensificar o monitoramento e supervisão da assistência prestada pela equipa técnica, bem como das manutenções dos equipamentos, previstas nos manuais de instruções e rotinas estabelecidas pelos fabricantes e exigências da Anvisa.

4. DISCUSSÃO

As práticas assistenciais de terapia renal beira leito para pacientes em injúria renal aguda coadunam com aquelas descritas na literatura científica. Neste sentido, em relação ao controle e qualidade da água para hemodiálise, Ferreira (2020) menciona que independentemente de sua origem ou tratamento prévio da água e de abastecimento deve ser inspecionada pelo técnico responsável, avaliações das características físicas e organolépticas devem ser realizadas diariamente. O autor menciona ainda que os equipamentos com osmose reversam necessitam de pré-tratamento, a fim de evitar rotura das membranas, colonização bacterina e passagem de grandes contaminantes químicos.

Do mesmo modo, a verificação dos sinais vitais e estado hemodinâmico antes do procedimento dialítico é considerada uma atividade ímpar, que reduzi os riscos e evita complicações durante as sessões de hemodiálise (Silva *et al.*, 2022).

Segundo Silva e Loiola (2022), práticas relacionadas a inspeção do cateter, do local da inserção, buscando presença de sinais flogísticos, hematomas como trauma vascular e a permeabilidade, fluxo durante a sessão, estão relacionadas a segurança do paciente. Devem ser realizadas pela equipe de enfermagem que permanece beira leito, com atenção aos sinais vitais a cada trinta minutos. Tais medidas são cruciais para minimizar as complicações que a hemodiálise possa desencadear. A instituição em estudo adota uma monitoração ainda mais rígida, uma vez que preconiza a aferição dos sinais vitais a casa dez minutos.

Outra prática observada na instituição pesquisada, foi o uso de *checklist* para segurança do paciente na hemodiálise. Mendes (2021) ressalta que tais instrumentos são úteis na operacionalização de rotinas complexas, auxiliam a equipe de saúde na tomada de decisão. Quando conduzidos de forma sistematizada, de acordo com os as metas de segurança ao paciente diminuem a ocorrência de erros derivados da omissão do cuidado, e propiciam melhorias na comunicação entre os profissionais de saúde.

Quanto aos cateteres venosos para hemodiálise, observou-se que a na instituição utiliza clorexidina alcoólica a 0,5% no processo de assepsia dos cateteres, enquanto o álcool 70% é usado exclusivamente para higienização das mãos.

Silva *et al.* (2022) reforça a importância dos cateteres venosos serem utilizados de forma exclusiva para hemodiálise. Menciona ainda que as manipulações devem ser assépticas; a necessidade de limpeza dos lúmens antes do manuseio com solução alcóolica à 70%; aplicar nos curativos cobertura transparente, semipermeável, cuja troca deve ser realizada a cada sete dias; e quando utilizado o curativo convencional, a troca deve ser diária ou sempre que necessário. Tais ações são medidas específicas para prevenção da Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) do tipo Infecção de Corrente Sanguínea Relacionada a Cateter Vascular.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que as práticas assistenciais para pacientes submetidos a TRS realizadas no local do estudo enfocam a segurança do paciente, desde antes do início até seu término. Tendo em vista a complexidade do procedimento é fundamental que seja executado por profissionais capacitados, com habilidades e conhecimentos para atuar diante das intercorrências.

A aplicação do *checklist* da diálise segura, o controle rigoroso da qualidade da água, a funcionalidade dos equipamentos, a avaliação do estado hemodinâmico do paciente, e a permanência beira leito durante toda execução da sessão de hemodiálise são necessários para minimizar e reduzir danos potenciais à saúde dos indivíduos com IRA. Desse modo, a enfermagem exerce papel primordial para garantia de um procedimento seguro e de qualidade.

Dentre as limitações desse estudo, aponta-se que as informações foram coletadas em uma única instituição hospitalar, o que reflete uma realidade local. Por outro lado, a instituição apresenta um diferencial em relação às demais, apresenta um serviço próprio, com equipe especializada e equipamentos próprios para realização da hemodiálise beira leito. Portanto, esse estudo pode encorajar a implantação desses serviços em outras localidades e fomentar melhorias nos processos já existentes.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2014). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 11, de 13 de março de 2014. BVS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0011_13_03_2014.pdf
- Castilho, F. N. Martins, J. N., Maia, C. C., Maia, G. C., Carvalho, D. N., & Pinto, R. F. (2020). Perfil dos enfermeiros gerentes do serviço de hemodiálise de uma instituição privada da região norte. *Res. Soc. Dev.*, 9(10), e8429109003. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9003>
- Ferreira, A. Siqueira, A. L., Teixeira, G. S., Tomiura, T. J., & Moreno, A. H. (2020). Importância do tratamento da água no setor de terapia renal. *Cuid. Enferm.*, 14(2), 181-187. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1147114>
- Melo, G. A., Silva, R. A., Galindo Neto, N. M., Lima, M. A., Machado, M. F., & Caetano, J. A. (2020). Conhecimento e prática assistencial de enfermeiros de unidades de terapia intensiva sobre injúria renal aguda. *Texto Contexto Enferm.*
- Mendes, S. R. (2021). *Adaptação transcultural e validação do conteúdo do "hemodialysis safety checklist" para o contexto brasileiro*. 2021. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife). <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/40917>
- Nobre, V. N., Lago, P. N., Vieira, E. C., Silva, M. S., Silva, F. C., Abreu Jr, R. A., Sousa, R. P., Carvalho, A. P., Silva, M. T., Albuquerque, G. T., Prado, R. L., Vasconcelos, A. P., Santos, A. L., & Silva, F. N. (2021). Lesão renal aguda: cuidados de enfermagem durante a sessão de hemodiálise em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Res. Soc. Dev.*, 10(8), e12910817108. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17108>

- Rampon, T. R., & Favarin, J. C. (2023). Avaliação da evolução da Injúria Renal Aguda em pacientes internados na UTI de um hospital do meio-oeste catarinense. *Res. Soc. Dev.*, 12(3), e16612340576. <https://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i8.17108>
- Silva, M. C., Moreira, D. P., Meira, C. N., Souza, G. L., & Bomfim, A. D. (2022). Gerenciamento de enfermagem para pacientes em hemodiálise em Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa. *Res. Soc. Dev.*, 11(9), e33611931849. <https://doi10.33448/rsd-v11i9.31849>
- Silva, U. J., & Loiola, A. M. S. (2022). Assistência de enfermagem a pacientes em tratamento hemodialítico no quarto. *Res. Soc. Dev.*, 11(12), e519111234945. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34945>

Care practices in bedside Renal Replacement Therapy for patients with acute kidney injury

ABSTRACT

Objective: To describe the care practices applied to patients undergoing bedside renal replacement therapy carried out by the nursing team trained in hemodialysis. **Method:** Experience report developed in a large hospital institution in the central region of Curitiba, state of Paraná-PR. Data were collected in September 2023. **Results:** The routines and care practices in hemodialysis occurring in three stages, pre, intra and post-hemodialysis, were observed during the experience. Pre-hemodialysis requires water quality and control carried out daily, and the requirements established by current guidelines must be met. The functionality of the equipment, permeability of the access routes and general condition of the patient are also evaluated at this stage. In intra hemodialysis, a safe dialysis checklist is applied and patients' vital data and hemodynamic status are continuously monitored. The professional must remain at the bedside full-time during the session for patient safety and assistance in case of complications. In post-hemodialysis, the occlusion and maintenance of venous catheters for exclusive use in hemodialysis must be carried out, as well as measurement of vital data, nursing records and shift handover to care teams in relation to hemodialysis. **Final considerations:** Hemodialysis is a critical procedure, and must be carried out by trained and qualified professionals. Nursing plays a fundamental role in this process to ensure safe and quality care.

Keywords: Nephrology nursing; Renal dialysis; Nursing care; Nursing.

Prácticas asistenciales en la Terapia de Reemplazo Renal de cabecera para pacientes con lesión renal aguda

RESUMEN

Objetivo: Describir las prácticas de cuidado aplicadas a los pacientes sometidos a terapia de reemplazo renal a pie de cama, realizadas por el equipo de enfermería capacitado en hemodiálisis. **Método:** Relato de experiencia, desarrollado en una gran institución hospitalaria, en la región central de Curitiba-PR. Los datos fueron recolectados en septiembre de 2023. **Resultados:** Durante la experiencia se observaron rutinas y prácticas de cuidado en hemodiálisis, que ocurren en tres etapas: pre, intra y post hemodiálisis. La prehemodiálisis requiere un control y calidad del agua, realizado diariamente, y debe cumplir con los requisitos establecidos por las directrices vigentes. En esta etapa también se evalúa la funcionalidad del equipo, la permeabilidad de las vías de acceso y el estado general del paciente. En intrahemodiálisis se aplica una lista de control de diálisis segura y se realiza un seguimiento continuo de los datos vitales y del estado hemodinámico de los pacientes. Es necesario que el profesional permanezca al lado de la cama, tiempo completo durante la sesión, para seguridad del paciente y asistencia en caso de complicaciones. Y después de la hemodiálisis se debe realizar la oclusión y mantenimiento de catéteres venosos de uso exclusivo para hemodiálisis, medición de datos vitales, registros de enfermería, cambio de turnos a los equipos asistenciales en relación a la hemodiálisis. **Consideraciones finales:** La hemodiálisis es un procedimiento crítico y debe ser realizada por profesionales capacitados y calificados. Enfermería juega un papel fundamental en este proceso para garantizar una atención segura y de calidad.

Palabras clave: Enfermería Nefrología; Diálisis renal; Cuidado de enfermera; Enfermería.