

Manutenção de acessos vasculares para hemodiálise na pandemia da Covid-19: posicionamento do Comitê de Nefrologia Intervencionista da Sociedade Brasileira de Nefrologia

Recommendations from the Brazilian Society of Nephrology regarding the use of cloth face coverings, by chronic kidney patients in dialysis, during the new coronavirus pandemic (Covid-19)

Autores

Ricardo Portioli Franco¹ 
 Ciro Bruno Silveira Costa^{2,3} 
 Clayton Santos Sousa⁵ 
 Anderson Tavares Rodrigues^{6,7} 
 Precil Diego Miranda de Menezes Neves^{8,9} 
 Domingos Candiota Chula^{1,4} 

¹Fundação Pró-Renal, Centro de Nefrologia Intervencionista, Curitiba, PR, Brasil.

²Clínica TRS, Nefrologia e Hemodiálise, Goiânia, Goiás, Brasil.

³Hospital de Acidentados, Goiânia, Goiás, Brasil.

⁴Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Curitiba, PR, Brasil.

⁵Nefrocare Goiânia, GO, Brasil.

⁶Pró-Renal Centro de Nefrologia, Barbacena, MG, Brasil.

⁷Fundação José Bonifácio Lafayette de Andrada, Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil.

⁸Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Divisão de Nefrologia, São Paulo, SP, Brasil.

⁹Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Centro Especializado em Nefrologia e Diálise, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Os acessos vasculares para hemodiálise são considerados a linha da vida do paciente, e sua manutenção é essencial para o seguimento do tratamento. A exemplo de instituições de outros países atingidos pela pandemia da Covid-19, a Sociedade Brasileira de Nefrologia elaborou estas orientações para os serviços de saúde, esclarecendo a importância da realização dos procedimentos de confecção e preservação de acessos vasculares. Consideramos como não eletivos os procedimentos de confecção de acessos definitivos para hemodiálise, próteses e fístulas arteriovenosas, bem como a transição do uso de cateteres não tunelizados para cateteres tunelizados, os quais acarretam menor morbidade. Nos casos de pacientes com infecção suspeita ou confirmada por coronavírus, é aceitável o adiamento dos procedimentos pelo período de quarentena, para evitar disseminação da doença.

Descritores: Diálise; Fístula Arteriovenosa; Fístula; Nefrologia; Radiologia Intervencionista; Angioplastia; Angioplastia com Balão; Cateteres; Procedimentos Endovasculares; Infecções por Coronavirus.

ABSTRACT

Vascular accesses for hemodialysis are considered the patient's lifeline, and their maintenance is essential for treatment follow-up. Following the example of institutions in other countries affected by the Covid-19 pandemic, the Brazilian Society of Nephrology developed these guidelines for healthcare services, elaborating on the importance of carrying out procedures for the preparation and preservation of vascular accesses. Creating definitive accesses for hemodialysis, prostheses and arteriovenous fistulas are non-elective procedures, as well as the transition from the use of non-tunneled catheters to tunneled catheters, which cause less morbidity. In the case of patients with suspected or confirmed coronavirus infection, we may postpone the procedures for the quarantine period, to avoid spreading the disease.

Keywords: Dialysis; Arteriovenous Fistula; Fistula; Nephrology; Radiology, Interventional; Angioplasty; Angioplasty, Balloon; Catheters; Endovascular Procedures; Coronavirus Infections.

Devido à incerteza sobre a duração da pandemia da Covid-19 e à importância dos acessos vasculares na manutenção da hemodiálise (HD), a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) elaborou esta nota técnica com orientações sobre a realização dos procedimentos.

Com a sobrecarga dos sistemas de saúde e o risco de contaminação no ambiente hospitalar, **deve-se dar**

preferência à realização dos procedimentos em regime ambulatorial.

Os casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 devem ter os procedimentos postergados pelo período de quarentena, sempre que possível, para evitar disseminação do vírus.

Os pacientes com cateteres de curta permanência representam os casos mais críticos do ponto de vista de acessos

Correspondência para:

Ricardo Portioli Franco
 E-mail: ricardoportioli@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2020-S110>



vasculares,¹ portanto devem ser prioridade na troca por um cateter tunelizado ou confecção de fístula, pois esses acessos precisam de menos procedimentos de troca ou manutenção de perviedade.

NOVOS ACESSOS PARA HD

Os procedimentos que garantem o acesso vascular para HD NÃO devem ser considerados procedimentos eletivos, portanto não devem ser postergados. O retardo do início da TRS devido à falta de acesso vascular acarreta risco de piora do quadro clínico do paciente. Incluem-se nessa definição:

- Trocas de cateteres de curta permanência por cateteres tunelizados NÃO devem ser considerados eletivos, devido à morbidade associada ao uso prolongado de cateteres de curta permanência.^{1,2}
- Implantes de cateteres em pacientes iniciando HD.
- Confecção de fístulas em pacientes em HD:
 - » A confecção de fístulas arteriovenosas NÃO é considerada eletiva. O paciente com possibilidade de confecção de fístulas e que se beneficie da retirada precoce dos cateteres devem ser encaminhados para cirurgia, com preferência por realização ambulatorial do procedimento.”
 - » Para a confecção de fístulas arteriovenosas, deve-se avaliar o paciente de maneira individualizada. Por exemplo, nos pacientes idosos, já em uso de cateteres tunelizados e sem intercorrências, pode-se postergar a confecção da fístula, devido à mortalidade dessa população nos casos de Covid-19.
 - » No período pós-operatório, sugerimos reduzir o número de consultas. As avaliações pós-operatórias (geralmente em 7 e 30 dias) podem ser feitas pelo nefrologista na clínica, com exame físico ou ultrassonografia com Doppler, se disponível. Sugerimos ainda a realização de **interconsulta com o cirurgião vascular por meio eletrônico**, se necessário, reduzindo assim a exposição do paciente.

DISFUNÇÃO DE ACESSOS PARA HD

Nos casos de pacientes já em HD e com risco de perda por estenoses ou casos com trombose do acesso atual, o tratamento evita a necessidade de implante de

cateteres e a necessidade de mais procedimentos,^{1,3-5} com maior exposição do paciente e sobrecarga do sistema de saúde. Incluem-se nessa definição e NÃO devem ser considerados procedimentos eletivos:

- Trocas de cateteres com disfunção:
 - » Nos casos de disfunção de cateteres, a administração de trombolíticos, se disponível na clínica, é o método preferido de tratamento, evitando procedimento cirúrgico para troca e exposição do paciente.^{1,6}
- Intervenção endovascular em fístulas arteriovenosas ou próteses com sinais clínicos de disfunção (por exemplo, baixo fluxo, impossibilidade de punções, presença de coágulos, etc.), visando evitar perda do acesso e consequente implante de cateteres. Deve-se preferir realização ambulatorial desses procedimentos.⁷
- Procedimentos de salvamento de fístulas arteriovenosas ou próteses (trombólises ou trombectomias).

OUTRAS EMERGÊNCIAS NÃO CONSIDERADAS ELETIVAS

- Casos de infecção relacionada ao acesso vascular com necessidade de abordagem cirúrgica também NÃO são considerados eletivos. Incluem-se nessa definição:
 - » Retiradas ou trocas de cateteres tunelizados devido à bacteremia relacionada ao cateter.
 - » Desativação de fístulas arteriovenosas com infecção sem resposta ao uso de antibióticos.
 - » Retiradas de próteses arteriovenosas com infecção.
- Sangramentos relacionados a acessos vasculares com necessidade de abordagem cirúrgica NÃO são considerados procedimentos eletivos.

SÃO CONSIDERADOS PROCEDIMENTOS ELETIVOS E, PORTANTO, DEVEM SER POSTERGADOS:

- Atendimento ambulatoriais para vigilância dos acessos vasculares.
- Mapeamentos pré-operatórios para confecção de fístulas.

Estas orientações são feitas em regime de urgência e diante de uma evolução incerta da magnitude da epidemia no Brasil e nas unidades de diálise, por isso poderão ser atualizadas nas próximas semanas.

As condutas devem ser reavaliadas semanalmente em cada serviço.

REFERÊNCIAS

1. NKF-K/DOQI. Clinical practice guidelines for vascular access. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2006;48 Suppl 1:S248-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16813991>
2. Maki DG, Kluger DM, Crnich CJ. The Risk of Bloodstream Infection in Adults With Different Intravascular Devices: A Systematic Review of 200 Published Prospective Studies. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2006 Sep [cited 2020 May 19];81(9):1159–71. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619611612275>
3. Beathard G a., Arnold P, Jackson J, Litchfield T. Aggressive treatment of early fistula failure. *Kidney Int.* 2003;64(4):1487–94.
4. Coentrão L, Bizarro P, Ribeiro C, Neto R, Pestana M. Percutaneous treatment of thrombosed arteriovenous fistulas: clinical and economic implications. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;
5. Agarwal AK, Patel BM, Haddad NJ. Central Vein Stenosis: A Nephrologist's Perspective. *Semin Dial.* 2007;(7).
6. Mendes ML, Castro JH, Silva TN, Barretti P, Ponce D. Effective Use of Alteplase for Occluded Tunneled Venous Catheter in Hemodialysis Patients. 2014;38(5):399–403.
7. Mishler R, Sands JJ, Ofsthun NJ, Teng M, Schon D, Lazarus JM. Dedicated outpatient vascular access center decreases hospitalization and missed outpatient dialysis treatments. *Kidney Int.* 2006 Jan;69(2):393–8.