

COMORBIDADES DE PACIENTES RENAI CRÔNICOS E COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

MILENA NUNES ALVES DE SOUSA¹
RAQUEL CAMPOS DE MEDEIROS¹
TARCIANA SAMPAIO COSTA¹
JOSÉ CÁSSIO DE MORAES²
MICHELE BAFFI DINIZ³

1 - Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil

2 - Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brasil

3 - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, Brasil

minualsa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é representada por um diagnóstico complexo de perda progressiva e irreversível do número de néfrons funcionantes responsáveis pela filtração glomerular. Embora a doença renal crônica seja controlável, ela é incurável, progressiva e tem elevada morbidade e letalidade, sendo associada a muitos custos pessoais, familiares e sociais (THOMÉ et al., 2006). A incidência e a prevalência da IRC em estágio terminal têm aumentado progressivamente a cada ano no Brasil e no mundo. Apesar de todos os esforços para a coleta de dados acerca de pacientes com insuficiência renal crônica terminal no Brasil, ainda não há um sistema nacional de registro que forneça, anualmente, dados confiáveis do ponto de vista epidemiológico. Além disso, o conhecimento de dados a respeito de indivíduos com IRC terminal é ainda mais precário (SESSO et al., 2010).

Como a função renal está comprometida, ocorre perda de substâncias químicas essenciais na urina e acúmulo de detritos químicos e toxinas no sangue, resultando em uremia ou azotemia. A ureia formada afeta todo o sistema e, quanto maior o acúmulo de detritos, mais graves serão os sintomas, podendo causar alterações neurológicas, tegumentares, cardiovasculares, pulmonares, gastrintestinais, hematológicas, reprodutivas e musculoesqueléticas (SMELTZER; BARE, 2006).

A IRC pode ser ocasionada por infecções (pielonefrite e tuberculose), anomalias congênitas (policística), hipertensão arterial sistêmica (HAS), processos obstrutivos (cálculos renais e hipertrofia da próstata), distúrbios metabólicos (diabetes mellitus), doenças autoimunes (glomerulonefrite, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide) e insuficiência renal aguda (GUYTON; HALL, 2002).

Dentre os tratamentos utilizados para substituir a função renal, destacam-se o tratamento conservador, que tem como objetivo minimizar a carga imposta aos rins por meio de um suporte nutricional e medicamentoso; as terapias de substituição renal, como a diálise peritoneal ambulatorial contínua, e automatizada, que é uma forma simples de filtrar o plasma artificialmente, e a hemodiálise, que consiste na filtração e depuração de substâncias tóxicas do sangue com um rim artificial; e o transplante renal. Com exceção do transplante renal, os demais tratamentos aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do indivíduo, porém não são curativos (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011).

A hemodiálise é realizada para remover produtos de degradação e outras impurezas do sangue de indivíduos com insuficiência renal. Durante o procedimento, que apresenta duração média de 3 a 4 horas, o sangue do indivíduo é removido de seu organismo por um acesso criado cirurgicamente por meio de uma fístula ou cateter, com ajuda de uma bomba, e circula para uma máquina dialisadora, que é a unidade filtrante. Em seguida, o sangue retorna ao corpo do indivíduo (ARCHER et al., 2005). Esse tratamento, que deve ser feito três vezes por semana ou conforme a necessidade de cada um, embora proporcione reabilitação e melhora

na qualidade de vida, não proporciona o estado de saúde similar a que o indivíduo apresentava anteriormente (MANGANARO et al., 2008).

As principais complicações desta terapêutica relacionam-se ao acesso vascular, as alterações hemodinâmicas, os distúrbios eletrolíticos e os problemas infecciosos. Dentre as complicações mais frequentes, citam-se hipotensão arterial, convulsão, reações febris e calafrios, cefaleia, náuseas, mal-estar, vômitos, tontura, câibras musculares, anemia crônica, embolia gasosa, flebite, espasmo venoso, hemólise, sangramento excessivo, complicações cardiovasculares e distúrbios do metabolismo do cálcio (SWEARINGEN; KEEN, 2005).

O indivíduo em tratamento hemodialítico torna-se desanimado e depressivo, apesar deste prolonga a vida do indivíduo indefinidamente, mas não controla totalmente as alterações do curso natural da doença, produzindo resultados inconstantes em longo prazo (FRAZÃO; RAMOS; LIRA, 2011). Assim, apresenta limitações no seu cotidiano e vivencia sentimentos de perdas e mudanças biopsicossociais, que vão interferir na sua qualidade de vida (MARTINS; CESARINO, 2005). A sua debilitação física dificulta a manutenção dos seus hábitos, causando isolamento social, perda do emprego, dependência da Previdência Social, impossibilidade de locomoção e passeios, diminuição da atividade física, necessidades da adaptação à perda da autonomia, alterações da imagem corporal e, ainda, um sentimento de restrições (GRINCENKOV et al., 2011).

Ante a exposição, objetivou-se identificar as comorbidades dos pacientes renais crônicos e as principais complicações manifestadas durante o tratamento hemodialítico.

MÉTODO

Estudo epidemiológico transversal, de natureza descritiva com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Clínica Nefrológica Santo Amaro, localizada no município de Patos-PB, Brasil. A escolha do local se deu ao fato desta clínica, fundada em 2001, ser o único centro hemodialítico da cidade, prestando atendimento a indivíduos portadores de doença renal crônica. A população foi composta por indivíduos portadores de IRC em terapêutica hemodialítica, totalizando 85, contudo apenas 58 indivíduos participaram da pesquisa. Durante a coleta dos dados realizada no período de setembro a outubro de 2011, inicialmente a pesquisadora prestou os esclarecimentos a respeito da pesquisa, seguindo o processo de coleta propriamente dito, durante as sessões de hemodiálise, com o procedimento estável. Para a análise, os dados foram tabulados em planilha do programa *Excel for Windows* e analisados mediante estatística descritiva (frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão). Considerou-se a Resolução 196/96 que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética sob protocolo CE/UCS-093/2011.

RESULTADOS

No presente estudo, a média geral de idade dos 58 indivíduos investigados foi de 44,4 anos \pm 13,9 anos. Dos participantes, 30 (51,7%) eram do gênero masculino. A faixa etária variou entre 18 a 79 anos, sendo que prevaleceu a de adultos entre 18 a 59 anos (81%). Em relação à cor da pele, os pardos e negros foram os grupos de maior prevalência. Quanto à escolaridade, observou-se que (82,7%) sabiam ler e escrever. No mais, a maioria dos entrevistados tinha companheiro(a) (60,3%).

Tabela 1 - Distribuição das causas e comorbidades relacionadas à insuficiência

Causas da IRC	Total		Comorbidades	Total	
	n	%		n	%
Glomerulonefrite crônica	0	0	Insuficiência cardíaca	6	10,3
Nefrite túbulo intersticial	1	1,7	Infarto do miocárdio	4	6,9
Rins policísticos	5	8,6	Doença cerebrovascular	0	0

Diabetes Mellitus tipo 1	0	0	Pericardite	0	0
Diabetes Mellitus tipo 2	6	10,3	Varizes	2	3,4
Pielonefrite crônica	1	1,7	Neoplasia maligna	0	0
Doenças cardiovasculares	1	1,7	Doença autoimune	0	0
Ira	0	0	Déficit visual	4	6,9
Hipertensão arterial	27	46,6	Neoplasia benigna	0	0
Nefrite lúpica	0	0	Catarata	2	3,4
Outra(s)	12	20,7	Osteopatias	1	1,7
Indeterminado	7	12,1	Hepatopatia	0	0
Não sabe	4	6,9	Hipertensão arterial	20	34,5
			Diabetes Mellitus	8	13,8
			Déficit auditivo	0	0
			Outra(s)	2	3,4

Conforme a tabela 1, é possível verificar que as principais causas da IRC referidas pelos pacientes entrevistados foram hipertensão arterial (46,6%), outras causas (20,7%), indeterminado (12,1%), diabetes mellitus tipo 2 (10,3%) e rins policísticos (8,6%). Com relação à distribuição das comorbidades relacionadas à IRC, as mais frequentes encontradas foram: hipertensão arterial (34,5%), diabetes mellitus (13,8%), insuficiência cardíaca (10,3%) e infarto do miocárdio (6,9%) e déficit visual (6,9%). Foi calculado em 0,8 o número médio de comorbidades de cada paciente.

Tabela 2 - Distribuição das complicações físicas relacionadas à IRC dos pacientes em tratamento hemodialítico (n=58)

Complicações físicas relacionadas à IRC e hemodiálise	Total	
	n	%
Cãibra	38	65,5
Hipotensão arterial (durante diálise)	21	36,2
Hipertensão arterial (durante diálise)	28	48,3
Dor de cabeça	28	48,3
Fraqueza	29	50,0
Dor	15	25,9
Infecção repetitiva	0	0
Infertilidade	2	3,4
Anemia	22	37,9
Coceira	20	34,5
Perda de peso	26	44,8
Ganho de peso	11	19
Constipação intestinal	16	27,6
Arritmia cardíaca	14	24,1
Outra(s)	0	0

Conforme a tabela 2, a qual contempla a distribuição das complicações físicas relacionadas à IRC dos pacientes em tratamento hemodialítico, verifica-se que as maiores prevalências foram cãibra (65,5%), fraqueza (50%), hipertensão arterial durante diálise (48,3%), dor de cabeça (48,3%) e perda de peso (44,8%). Calculou-se em 4,7 o número médio de complicações físicas para cada paciente.

DISCUSSÃO

Em relação ao sexo da população estudada, não houve diferença significativa entre o sexo masculino e o feminino. No censo de 2011 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN,

2011), dos 50.128 pacientes em diálise, 57,3% (28.739) são do sexo masculino e 42,7% (21.389) do feminino.

Dos indivíduos que constituíram a população estudada, a média de idade foi de 44,4 anos e a maioria (81%) foi composta por adultos, com idade entre 18 a 59 anos, e a minoria (19%) foi de idosos, com idade igual ou maior a 60 anos. Resultados semelhantes foram descritos por Kusumoto et al. (2008). De acordo com o censo de 2011 da SBN (2011), 66,9% dos pacientes em diálise encontram-se na faixa etária entre 19 e 64 anos. A faixa dos 20 anos é o auge do desenvolvimento físico do indivíduo. Assim, o impacto de uma doença crônica grave na vida desses adultos pode gerar uma percepção menor de sua qualidade de vida (MARIOTTI, 2009). É importante ressaltar que o aumento da população com IRC pode ser atribuído ao envelhecimento da população em geral (ROMÃO JÚNIOR et al., 2003).

Quanto à escolaridade, foi observado que a maioria dos indivíduos sabia ler e escrever. Estudos (KUSUMOTO et al., 2008; SESSO; RODRIGUES-NETO; FERRAZ, 2003) observaram resultados semelhantes ao presente estudo. A variável escolaridade não explica o processo patológico, mas é um elemento de grande importância no diagnóstico e tratamento precoce, visto que a procura por serviços de saúde acontece ainda na vigência dos sintomas iniciais entre indivíduos com mais escolaridade, talvez por uma maior facilidade de comunicação com o profissional que lhe presta atendimento. Em contrapartida, o baixo grau de escolaridade revela tratar-se de indivíduos pobres e sem instrução, dificultando a compreensão e a adesão ao tratamento hemodialítico (CALADO et al., 2007).

Os achados quanto ao estado conjugal corroboram com os de Kusumoto et al. (2008), nos quais houve maior prevalência de indivíduos que moram com companheiro(a) ou esposo(a). Esse fato pode ser considerado como um ponto positivo, pois o acompanhante pode dar suporte ao indivíduo no diagnóstico da doença e durante o tratamento, para que não se sinta sozinho nessa batalha, possuindo assim um apoio familiar. O fato de residir com a família ou ter alguém para acompanhá-lo pode contribuir para melhorar o suporte social, assumindo função protetora relacionado às complicações em decorrência da IRC, do tratamento hemodialítico e das comorbidades (MADEIRO et al., 2010).

Em relação às causas da IRC, o resultado de maior prevalência foi hipertensão arterial, seguido de diabetes mellitus e rins policísticos, coincidindo com os dados do censo 2011 da SBN (2011), que apontam como causas da IRC a hipertensão arterial (35,1%), diabetes mellitus (28,4%), glomerulonefrite (11,4%), rins policísticos (3,8%), outras (12%) e indefinido (9,3%). As causas da IRC envolvem as doenças primárias e doenças sistêmicas que acometem os rins e as doenças do trato urinário (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011). Estudos (SANTOS; ROCHA; BERARDINELLI, 2011; SESSO et al., 2010) demonstram que as causas mais comuns da IRC são hipertensão, diabetes mellitus e glomerulonefrite. O número de pacientes com IRC vem aumentando devido ao envelhecimento da população em geral e ao aumento do número de pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus ou história familiar da doença (ROMÃO JÚNIOR et al., 2003). Como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças silenciosas, seus portadores podem desconhecer que as possuem, ou ainda, têm conhecimento, porém não aderem ao tratamento por julgarem-no desnecessário, uma vez que não há manifestações clínicas importantes. Assim, o não monitoramento e o tratamento inadequado dessas doenças, com o passar dos anos, desenvolverão lesões lentas e progressivas nos rins, podendo levar à IRC (KUSUMOTO et al., 2008).

No presente estudo, as comorbidades de maior prevalência foram hipertensão arterial, diabetes mellitus e insuficiência cardíaca. Isso se dá pela sobrecarga do tratamento. A crise hipertensiva é uma complicação frequente nesses indivíduos, pois a elevação súbita da pressão arterial durante a diálise pode ser devida a sobrecarga de volume, ansiedade ou síndrome de desequilíbrio (TERRA et al., 2010). É importante destacar que magnitude do processo da insuficiência renal não se deve somente às manifestações clínicas decorrentes da falência do processo de filtração, mas também às patologias crônicas causais que vêm

contribuir para o agravamento do estado clínico e emocional de seu portador (SMELTZER; BARE, 2006).

Dentre as complicações físicas mais frequentes no estudo, observa-se a cãibra, a fraqueza, a hipertensão arterial durante diálise, a dor de cabeça e a perda de peso. A IRC e o tratamento hemodialítico causam no paciente alterações nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, musculoesquelético e epitelial. O envelhecimento precoce é uma característica da doença devido ao comprometimento do sistema muscular e esquelético, a descoloração da pele, o edema, o emagrecimento, falta de energia para fazer suas atividades rotineiras e sensação de desânimo. Com isso, portadores de IRC em tratamento hemodialítico enfrentam perdas associadas tanto na dimensão física, quanto na pessoal, manifestada por tristeza, frustração, depressão e raiva (TRENTINI et al., 2004).

CONCLUSÃO

Dentre os indivíduos que participaram do estudo, a maioria foi composta homens, adultos jovens (18 a 59 anos), os quais viviam com companheiro(a). Em relação as comorbidades associadas com a IRC identificou-se a hipertensão arterial e diabetes mellitus como as mais prevalentes e as principais complicações foram: cãibras, fraqueza, hipertensão arterial durante diálise, dor de cabeça e perda de peso, elementos a serem considerados na assistência à saúde.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica. Comorbidade. Diálise Renal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARCHER, E. et al. **Procedimentos e protocolos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CALADO, I. L. et al. Avaliação nutricional de pacientes renais em programa de hemodiálise em um Hospital Universitário de São Luís do Maranhão. **J Bras Nefrol.**, v. 29, n. 4, p. 215-21, 2007.
- FRAZÃO, C. M. F. Q.; RAMOS, V. P.; LIRA, A. L. B. C. Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 577-82, 2011.
- GRINCENKOV, F. R. S et al. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes incidentes em diálise peritoneal no Brasil (BRAZPD). **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 33, n. 31, p. 38-44, 2011.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- KUSUMOTO, L. et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 21, n. 1, p. 52-159, 2008.
- MADEIRO, A. C. et al. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 546-51, 2010.
- MANGANARO, M. M. et al. Enfermagem na saúde do adulto. In: MURTA, G. F. **Saberes e práticas: guia para ensino e aprendizagem de enfermagem**. 4. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2008. p. 303.
- MARIOTTI, M. C. **Qualidade de vida na hemodiálise: impacto de um programa de terapia ocupacional**. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Paraná Curitiba, 2009.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 670-6, 2005.
- ROMÃO JÚNIOR, J. E. et al. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. **J Bras Nefrol.**, v. 25, n. 4, p. 188-99, 2003.
- SANTOS, I.; ROCHA, R. P. F.; BERARDINELLI, L. M. M. Qualidade de vida de clientes em hemodiálise. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 31-8, 2011.
- SESSO, R. C. C. et al. Censo brasileiro de diálise, 2009. **J Bras Nefrol.**, v. 32, n. 4, p. 380-384,

2010.

SESSO, R.; RODRIGUES-NETO, J. F.; FERRAZ, M. B. Impact of socioeconomic status on the quality of life of ESRD patients. **Am J Kidney Dis.**, v. 41, n. 1, p. 186-95, 2003.

SMELTZER, C. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). **Censo de diálise 2011**. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

SWEARINGEN, P. L.; KEEN, J. H. **Manual de enfermagem no cuidado crítico**: intervenções em enfermagem e problemas colaborativos. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

THOMÉ, F. S. et al. Insuficiência renal crônica. In: BARROS E. et al. **Nefrologia**: rotina, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 381-404.

TRENTINI, M. et al. Qualidade de vida de pessoas dependentes de hemodiálise considerando alguns aspectos físicos, sociais e emocionais. **Rev Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 74-82, 2004.

Milena Nunes Alves de Sousa

Endereço para correspondência: Rua Severino Soares, SN, Q13, L8. Maternidade, Patos-PB.

CEP: 58701-360.