

PRINCIPAIS CAUSAS QUE CONDUZ UM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA RENAL CRÔNICA A REALIZAR TRATAMENTO DIALÍTICO

Priscila Almeida De Oliveira¹, Danielle De Castro Lemos²

¹ Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade Ciências da Saúde, SJC, pritarta@gmail.com

² Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade Ciências da Saúde, SJC, daniellelemos@yahoo.com.br

Resumo - Este artigo trata de uma pesquisa, de caráter descritivo, que foi desenvolvido por alunas do curso de Enfermagem (quarto ano) acima citadas. Foram pesquisadas 30 pessoas com Insuficiência Renal Crônica (IRC) em tratamento de hemodiálise em um hospital situado em São José dos Campos. Partindo da supervisão de uma docente da Universidade do Vale do Paraíba, do corpo docente de Enfermagem, e o apoio técnico de um Enfermeiro especializado em Nefrologia, este artigo tem como objetivo conhecer, por meio de entrevistas e pesquisas em prontuários, qual a maior incidência que leva um portador de doença renal crônica a ser portador de tratamento dialítico. De acordo com os resultados alcançados, foi constatado que pacientes que possuem hipertensão de longa data e que não seguem tratamento adequado e supervisionado, são os mais propícios a ter que realizar hemodiálise continuamente.

Palavras-chave: Hemodiálise; Nefrosclerose Hipertensiva; Doença Renal Crônica.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

Os rins são importantes órgãos para nós seres humanos, pois é através deles que ocorre a degradação dos produtos que são ingeridos ou produzidos pelo metabolismo. (GUYTON, 1996). Porém, esta não é a sua única função. Além de filtrar eles controlam o volume e composição dos líquidos corporais, regulam a pressão arterial, regulam a secreção de hormônios e regulam o equilíbrio ácido-básico (MERCK SHARP & DOHME, 2002).

Na presença de insuficiência renal aguda ou crônica, essas funções podem vir a ficar comprometidas, podendo ocorrer acúmulos de líquidos e eletrólitos e evoluindo, principalmente no caso de doença renal crônica, a perda irreversível dessas funções. (GUYTON, 1996).

Segundo Boundy et al (2004), a insuficiência renal crônica é o resultado final da perda progressiva e gradativa da função renal, sendo algumas vezes, decorrentes de doença progressiva que destrói os nefros, causando lesão renal irreversível. Por ser lenta e progressiva, esta perda resulta em processos adaptativos que, até certo ponto, mantêm o paciente sem sintomas da doença.

De acordo com Junior (2004), para que se obtenha algum sinal ou sintoma é necessário que tenha se perdido cerca de 50% de sua função renal, a anemia hipertensão, edema, mudanças no hábito de urinar são alguns dos sintomas que podem aparecer nesses pacientes.

Inúmeras são as doenças que podem levar a deficiência renal, entre elas podemos citar as mais comuns, como a hipertensão, que atualmente vem

sendo uma das maiores causas (JUNIOR, 2004), doenças endócrinas, como a diabetes, infecções crônicas como a pielonefrite e doenças do colágeno como Lupus Eritematoso.

O tratamento consiste em uma dieta hipoproteica (para que se reduza a produção dos produtos finais do metabolismo das proteínas, que os rins têm dificuldade de excretar), o controle de ingestão hídrica e ingestão de suplementos como o ferro e eritropoetina sintética (BOUNDY et al, 2004).

Dependendo da gravidade da lesão ou da diminuição do funcionamento renal, como já dito anteriormente, podem ser necessárias intervenções mais intensivas, como por exemplo tratamento com auxílio da hemodiálise, isso para que se alcance a restauração, pelo menos parcialmente de suas funções.

A hemodiálise consiste em um tratamento no qual, por meio de uma circulação extracorpórea, utilizando acesso vascular temporário ou permanente (Fístula Arteriovenosa (FAV), cateter de duplo lúmen ou enxerto), as toxinas e outras impurezas presentes no sangue, que são incapazes de ser retiradas decorrentes da deficiência renal, são removidas do corpo e depois de filtrado são devolvidas ao corpo (DRAIBE, 2002).

Segundo Boundy et al (2004), a hemodiálise é indicada para pacientes portadores de insuficiência renal aguda, quando em caráter de emergência, ou para pacientes portadores de doença renal crônica.

Para que seja realizada a hemodiálise é necessário que o paciente primeiramente seja submetido a uma cirurgia, a fim de criar o acesso

vascular. A localização e o tipo de acesso escolhido variam, pois dependem da duração da diálise, da condição do cliente e da preferência do cirurgião (BOUNDY et al, 2004).

Os tipos de acesso mais comuns são a fístula arteriovenosa, cateteres de duplo lúmen e enxertos. A fístula Arteriovenosa é uma ligação entre uma artéria e uma veia. Para que a veia da fístula esteja em boas condições de punção, ou como dizem, para que a fístula amadureça, são necessárias algumas semanas. Por isso, mais recomendado é que se faça esta pequena cirurgia alguns meses antes de se iniciar a hemodiálise. (MERCK SHARP & DOHME, 2002). O cateter de duplo lúmen permite a retirada e a devolução do sangue, sendo utilizado quando há necessidade de se iniciar o tratamento de hemodiálise, mas não houve tempo para a realização da fístula, se ela não amadureceu o suficiente ou ainda se existe algum problema com a fístula. Essa técnica é feita introduzindo uma agulha introdutória dentro da veia jugular interna outras opções incluem a veia subclávia, e veias femurais. Esse acesso venoso é rápido, seguro e temporário. (PITTA et al, 2003). O último acesso mais comum é o do tipo enxerto onde faz-se uma inserção no antebraço, no braço ou na coxa do cliente. Em seguida, cria-se um túnel para que se passe um enxerto natural ou sintético sob a pele e sutura-se a ponta distal a uma artéria e a ponta proximal a uma veia (BOUNDY et al, 2004).

Contudo, conhecer e oferecer informação sobre qual a maior causa que conduz uma pessoa portadora de doença renal crônica a ser submetido a tratamento dialítico é o nosso principal objetivo com essa pesquisa.

Metodologia

O presente estudo é de caráter descritivo, tendo como universo de pesquisa o setor de Hemodiálise localizado em um Hospital da cidade de São José dos Campos. Fizeram parte da pesquisa 29 clientes em tratamento dialítico, dessa instituição.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um formulário desenvolvido especificamente para a pesquisa, e através de estudo individuais aos prontuários, tendo ocorrido durante o período de estágio da disciplina de Administração dos serviços de Enfermagem.

Após término das avaliações aos prontuários e entrevistas, explorou-se o raciocínio para que houvesse uma análise comparativa do estudo de acordo com a bibliografia consultada.

Resultados

Conforme visto na Tabela 1, após análise dos dados constatou-se que o fator que mais

predomina para que uma pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica precise de tratamento dialítico é o diagnóstico de hipertensão arterial.

Pode-se observar que dos 30 pacientes pesquisados, 66,6% (20 pacientes) possuíam hipertensão arterial, sendo que dos mesmos, 40% evoluíram para nefrosclerose hipertensiva. Dos pacientes restantes, 6 possuíam glomerulonefrite, 3 pielonefrite, 3 nefropatia diabética, 1 síndrome nefrótica, 1 policitemia Vera e um único paciente Lupus eritematoso.

Tabela 1- Índice de causas para tratamento dialítico

Diagnóstico	Nº de paciente	Porcentagem
Nefrosclerose Hipertensiva	12	41,4%
Glomerulonefrite	6	21,5%
Pielonefrite	3	11,5%
Nefropatia diabética	3	11,5%
Policitemia Vera	1	4,7%
Síndrome Nefrótica	1	4,7%
Lupus Eritematoso	1	4,7%

Discussão

A hipertensão, freqüente nas nefropatias crônicas, chega a estar presente em 75% a 80% dos pacientes com insuficiência renal crônica.

Sabe-se que a nefrosclerose hipertensiva é uma das principais causas de tratamento dialítico hoje. (Lima, 2003). E em nosso estudo observamos que a hipertensão foi os preditores de pacientes submetidos a hemodiálise.

Porém, segundo o mesmo autor, estima-se que apenas 1 entre 2.200 hipertensos evolui para insuficiência renal anualmente. Na realidade verificamos que pode haver controvérsia em relação a esse índice, pois como já demonstrado o índice de hipertensos que evoluíram para uma nefropatia crônica pareceu consideravelmente alto (41,4%). Disso, decorre que nefropatas com hipertensão têm aceleração da perda de função quando comparados a nefropatas sem hipertensão.

O estudo pode nos mostrar que independentemente da causa que levou à doença renal, a maioria dos pacientes renais crônicos desenvolvem hipertensão arterial com a piora da

função renal. Por outro lado, Cuppari(2005)relata que o controle adequado da hipertensão arterial sistêmica, em associação com outras abordagens terapêuticas, tem se mostrado benéfico em diminuir o ritmo de perda da função renal.

Vale resaltar que o nível de pressão arterial deve ser mantido em 130/80 mmHg. Esta recomendação se baseia,segundo Cuppari(2005) em estudos que mostram uma perda mais rápida da função renal nos pacientes com pressão diastólica superior a 80-85 mmHg na ausência de hipertensão sistólica. Já nos pacientes com proteinúria maior que 1 g/dia a pressão arterial deve ser reduzida ainda mais devendo ficar em 125/75 mmHg.

Conclusão

A nefrosclerose hipertensiva foi a que mais contribuiu para que um portador de Insuficiência Renal Crônica fizesse tratamento dialítico.

Concluindo, os resultados obtidos neste estudo sugerimos que se dê uma atenção prioritária quanto a importância de informar toda a população, dos riscos de obter graves sequelas renais decorrente de um tratamento não controlado da hipertensão arterial.

Referências

- BOUNDY, J et al. *Enfermagem médico - cirúrgica*; Tradução COSENDEY, CH. Reichmann & Affonso Editores, Rio de Janeiro, 2004.

- CUPPARI, L; e tal. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar: Nutrição clínica no Adulto*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005, p. 189-220.

- DRAIBE, AD; AIZEN, H. INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. Nefrologia, 2002. Disponível em: www.virtual.unifesp.br.

- JUNIOR, JER. O rim e suas doenças. Banco de dados. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>

- LIMA, J. J. G. de. Rim e Hipertensão. *Revista Socesp Cardiologia*. São Paulo 2003; 1: 78-84

- MERCK SHARP & DOHME. *Manual Merck de informação médica. Saúde para família*. 1ª Edição, Manole, 2002.

- PITTA GBB; CASTRO, AA; ANDRADE, ART Burihan E, editores. *Acesso Venoso Central para hemodiálise Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado*. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA;

2003. Disponível em: URL:
<http://www.lava.med.br/livro>