

DOENÇA RENAL CRÔNICA: ESTUDO DE CASO

Jéssica Rasche¹, Simone Morelo Dal Bosco²

Resumo: Este estudo visou a descrever um caso de doença renal crônica em tratamento com hemodiálise em uma clínica nefrológica do Vale do Taquari – RS. O paciente foco do estudo é do gênero feminino, tem 80 anos de idade e diagnóstico de doença renal crônica secundária não especificada. Foi-lhe prescrito dieta via oral, normocalórica e hiperproteica e volume diminuído pois apresentava inapetência alimentar – por ser este um fator de risco, optou-se por suplementá-la. Foi ofertado suplementado hipercalórico rico em aminoácidos essenciais específico para nefropatas, buscando evitar possível desnutrição. Após a suplementação, verificou-se melhora na taxa de filtração glomerular (TFG). Observou-se que o tratamento nutricional é de grande importância para os pacientes com doença renal crônica. A dieta minimiza os efeitos causados pelo acúmulo de líquido e toxinas, ajudando a aumentar a sobrevida e melhorando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Hemodiálise. Paciente. Dieta.

1 INTRODUÇÃO

Há um aumento de aproximadamente 7% de pessoas com doença renal crônica (DRC) tratados com terapias renais de substituição da função renal (SZUSTER et al., 2012). A doença renal crônica é um problema de saúde pública mundial. O prognóstico ainda é pobre e os custos de tratamento altos (SADALA et al., 2012).

DRC é a alteração na taxa de filtração glomerular (TFG) ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por três meses no mínimo. Segundo a diretriz sobre DRC, publicada em 2002 pela *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), é portador de DRC qualquer indivíduo que apresente TFG < 60 mL/min/1,73 m² ou > 60 mL/min/1,73 m² associado a pelo menos um marcador de dano renal (por exemplo, proteinúria) presente por três meses (BASTOS, et al., 2011).

A DRC surge de forma assintomática, e, na maioria das vezes, a sintomatologia se dá nos primeiros sinais quando a doença está em fase avançada. Os sintomas são notados em fases mais avançadas da patologia, submetendo a pessoa a tratamento que exige mudança de hábitos de vida (ROSO et al., 2013). Conforme a *National Kidney Foundation*, alguns sintomas podem ser observados nas fases iniciais da doença, como: cansaço, menos energia, dificuldade de se concentrar, redução do apetite, dificuldade de dormir, câibras à noite, pés e tornozelos inchados, pele seca e irritada e urinar com mais frequência especialmente à noite.

Vários fatores influenciam na escolha do tratamento da DRC: as características clínicas e individuais e a preferência do paciente e médico. Outro fator muito importante é a localização geográfica e a situação econômica do paciente (SZUSTER et al., 2012). O tratamento conservador ocorre por meio de medicamentos, dietas e restrição hídrica e tem como objetivos auxiliar na

1 Acadêmica de Nutrição da Univates, Lajeado, RS. Email: jehh_rasche@hotmail.com

2 Doutora em Ciências da Saúde; Professora do Curso de Nutrição da Univates - RS. Email: simonebosco@gmail.com

regressão da doença, manter a função renal e melhorar as condições clínicas, psicológicas e sociais do indivíduo (ROSO et al., 2013).

A diálise peritoneal é um autocuidado, permitindo ao paciente cuidar do seu próprio tratamento. O tratamento consiste em procedimentos de diálise, cuidar do cateter e do seu entorno, medicação, dieta e limitação hídrica (SADALA et al., 2012). Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o processo da diálise peritoneal ocorre dentro do corpo do paciente, com auxílio de um filtro natural, denominado peritônio, como substituto da função renal. Um líquido de diálise é colocado na cavidade e drenado por meio de um cateter, que é permanente e indolor.

O tratamento mais utilizado é a hemodiálise, que deve ser feito por toda a vida, ou até o paciente se submeter ao transplante renal sem rejeição (MADEIRO, et al, 2010). A definição desse tratamento, conforme a SBN é o procedimento no qual uma máquina limpa e filtra o sangue, ou seja, faz parte do trabalho que o rim doente não consegue. Essa filtração é feita por meio da passagem do sangue, por um acesso vascular, cateter ou fistula arteriovenosa, para uma máquina onde há um líquido deslizador que faz a retirada do líquido e toxinas em excesso e devolve o sangue limpo para o paciente pelo acesso vascular.

O transplante renal é a melhor forma de tratamento para DRC em fase terminal, estando em diálise ou fase pré-dialítica, considerando clearance de creatinina $< 20 \text{ mL/min/1,73 m}^2$. O transplante para pacientes em tratamento pré-dialítica são indicados principalmente para diabéticos e crianças (SBN; SBU, 2006). O transplante pode ocorrer por meio de doador vivo ou doador cadáver (PIRES et al., 2013). O transplante ocorre por meio de uma cirurgia, em que o rim do doador é implantado no paciente com DRC. Não são retirados os rins doentes, somente em casos de infecção ou hipertensão. Após a cirurgia, se não houver rejeição, o rim implantado passa a exercer as funções de filtração e eliminação de toxinas e líquido (SBN).

As contraindicações absolutas para a realização do transplante renal incluem os pacientes portadores de neoplasias malignas, doença pulmonar crônica avançada, doença cardíaca grave sem indicação de tratamento cirúrgico, vasculopatia periférica grave e portadores de cirrose hepática. Algumas outras situações podem ser contraindicadas no caso do transplante renal, as quais são avaliadas pelo médico (SBN; SBU, 2006).

Recentemente em um estudo foi relatado que a DRC é fator de risco para o envelhecimento cognitivo. A gravidade e a prevalência dessa condição estão associadas a um declínio no comprometimento cognitivo do paciente, semelhante a três anos de envelhecimento por decréscimo de $15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ na TFG (STRINGUETTA-BELIK et al., 2014).

A desnutrição proteica-calórica precisa ser monitorada, por meio do acompanhamento nutricional, periodicamente nesses pacientes. As perdas de nutrientes durante a diálise podem ser um fator importante para a desnutrição. O estado de inflamação crônica com níveis aumentados de proteína C-reativa circulantes e citosinas pró-inflamatórias como fator de necrose tumoral-alfa e interleucina 6 tem sido reconhecido como um dos fatores mais importantes para a desnutrição proteica-calórica (OLIVEIRA, et al., 2010).

A utilização da dieta é uma forma de tentar manter o estado nutricional do paciente renal. Como as perdas de nutrientes são grandes durante o tratamento de diálise, é quase impossível que o paciente mantenha uma ingestão ótima de nutrientes somente por meio da dieta. São muito usados nesses casos os suplementos nutricionais industrializados, a alimentação por sonda, incluindo as gastrostomias, e a nutrição parenteral, incluindo a intradialítica e o uso de aminoácidos via intraperitoneal (RIELLA, et al., 2001)

2 METODOLOGIA

A coleta de dados foi realizada durante o estágio supervisionado de nutrição clínica do hospital, nos meses de agosto e setembro. Foi realizada a Avaliação Subjetiva Global, em que o paciente forneceu informações, avaliação nutricional por meio do cálculo do IMC (peso/altura²), em que se utilizou o peso seco, ou seja, peso pós-diálise e prescrição de dieta via oral (VO). Foram realizados exames bioquímicos, os quais foram incluídos no estudo, triglicerídeos, colesterol, HDL e LDL, cálcio, fósforo, potássio. Após foram analisados e comparados com os valores de referência.

3 RELATO DO CASO

Paciente do gênero feminino, 80 anos. Reside em uma cidade do vale do Taquari, no estado do Rio Grande do Sul. Apresenta diagnóstico de DRC (TFG 4,38 mL/min/173 m²) secundária não especificada desde julho de 2014. Apresenta insuficiência cardíaca congestiva, fibrilação atrial e teve infecção urinária já tratada antes do diagnóstico de DRC.

Paciente em tratamento com hemodiálise três vezes por semana, medicamentoso e dieta para possível recuperação da função renal. Os medicamentos utilizados pela paciente são: analgésico (paracetamol) 750 mg - 1 cápsula (cp) 6/6 horas, diurético (furosemida) 40 mg - 1 cp manhã, anti-hipertensivo (losartan) 50 mg - 1cp manhã e noite, antiarrítmico (propafenona) 300 mg - 1 cp 20 horas, antidepressivo (sertralina) 50 mg - 1cp manhã, betabloqueador (selozok) 1cp manhã. Nenhum deles tem interação com os nutrientes da dieta. Podem ter seu efeito aumentado na presença de álcool e cigarro, mas a paciente nega ser etilista e tabagista.

Acompanhamento nutricional familiar relatou que a paciente apresenta inapetência alimentar, mastigação comprometida devido ao uso de prótese dentária e deglutição preservada. Função intestinal constipada. Apresenta náuseas ao término das seções de hemodiálise, porém sem vômito. Seu peso final é 54,3 kg, altura 1,65 m. pela avaliação antropométrica seu índice de massa corporal (IMC) é de 19,94 kcal/m², que, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2002), indica que a paciente está com baixo peso. Segundo os dados da Avaliação Subjetiva Global, a paciente se encontra bem nutrido.

Exames bioquímicos são realizados todos os meses e alguns trimestrais para controle. Exames realizados no mês de agosto, após o diagnóstico de IRC, mostram que a paciente se encontrava com a TFG em 4.38 ml/min/1.73 m², cálcio 8,0 mg/dL, colesterol total 112 mg/dL, LDL 69,6 mg/dL, HDL 27 mg/dL, potássio 5,4 mg/dL, fósforo 4,4 mg/dL e triglicerídeos 77 mg/dL.

Foi realizada intervenção dietética com o objetivo de manutenção do estado nutricional e prevenção da desnutrição para possível recuperação da função renal. Foi entregue plano alimentar de consistência normal e volume diminuído, fracionamento com cinco refeições/dia, normocalórica, normoglicídica, normolipídica e hiperproteica com 1661,67 kcal/dia. Devido à inapetência relatada, foi prescrito o uso de suplemento em pó hipercalórico e hiperproteico, rico em aminoácidos essenciais, prevenindo a desnutrição, sem o aumento da ureia e compostos nitrogenados, e isenta de sacarose, lactose e glúten. Foi recomendado, via oral, uma medida (90 g) ao dia.

No mês de setembro os exames não apresentaram alteração. A TFG teve melhora, ficando em 5,54 mL/min/1,73 m², cálcio 8,6 mg/dL, potássio 5,1 mg/dL, fósforo 4,5 mg/dL. A paciente não está ganhando peso entre as diálises, o que pode ser indicativo de adesão à dieta e/ou que esteja eliminando mais líquido pela urina, o que mostra uma melhora no quadro.

Ao final do estágio a paciente ainda se encontrava em tratamento com hemodiálise.

4 CONCLUSÃO

A nutrição junto com um trabalho multidisciplinar é muito importante no tratamento para que o paciente com DRC tenha maior sobrevida e melhor qualidade de vida. Em casos de doença renal crônica secundária existe a possibilidade de recuperação da função renal, o que torna a dieta um fator indispensável na melhora. As perdas e os acúmulos de nutrientes que ocorrem durante e após as sessões de hemodiálise fazem com que deficiências e toxicidades ocorram, podendo levar a uma piora do quadro clínico e até a morte.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora dos desfechos em pacientes ainda não submetidos à diálise. [s.l.]: **Jornal Brasileiro Nefrologia**, 2011. p.93-108, Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/podcast/artigo2.pdf> > Acesso em: 14 ago. 2014.
- MADEIRO, A. C. et al. Adesão de pacientes com insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. [s.l.]: **Acta Paulista de Enfermagem**, 2010, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/16.pdf> > Acesso em: 14 ago. 2014.
- NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. Insuficiência renal crônica: guia para pacientes e familiares. [s.l.]: **National Kidney Foundation**. Disponível em: < http://www.kidney.org/atoz/pdf/international/portuguese/11-50-1201_KAI_PatBro_AboutCKD_Pharmantet_Portuguese_Nov08.pdf > Acesso em: 27 ago. 2014.
- OLIVEIRA, C. M. C. et al. Desnutrição na Insuficiência renal crônica: Qual o melhor método diagnóstico na prática clínica? [s.l.]: **Jornal Brasileiro Nefrologia**, 2010. p.57-70, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32n1/v32n1a11.pdf> > Acesso em: 18 ago. 2014.
- PIRES, R. A. et al.; Transplante renal e incompatibilidade ABO. [s.l.]: **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, 2013. p.5-21, Disponível em: < <http://srv02.fainor.com.br/revista237/index.php/memorias/article/view/221/150> > Acesso em: 15 ago. 2014.
- RIELLA, M. C.; MARTINS, C. **Nutrição e o Rim**. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2001.
- ROSO, C. C. et al. O cuidado de si de pessoas em tratamento conservador da insuficiência renal crônica. [s.l.]: **Texto Contexto Enfermagem**, 2013, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a21.pdf> > Acesso em: 15 ago. 2014.
- SADALA, M. L. A. et al. A experiência vivida pelo pacientes em diálise peritoneal domiciliar: uma abordagem fenomenológica. [s.l.]: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2012, Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_10.pdf > Acesso em: 15 ago. 2014.
- STRINGUETTA-BELIK, F. et al. Comprometimento cognitivo na doença renal crônica. [s.l.]: **Jornal Brasileiro Nefrologia**, 2014. p.116-117, Disponível em: < http://www.jbn.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1640 > Acesso em: 14 ago. 2014.
- SZUSTER, D. A. C. et al. Sobrevida de pacientes em diálise no SUS no Brasil. [s.l.]: **Caderno de Saúde Pública**, 2012. p.415-424, Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/02.pdf> > Acesso em: 18 ago. 2014.
- TRATAMENTOS e doenças. [s.l.]: Sociedade Brasileira de Nefrologia. Disponível em: < <http://www.sbn.org.br/publico/dialise-peritoneal> > Acesso em: 15 ago. 2014.

TRANSPLANTE renal: Indicação e contraindicação. [s.l.]: Sociedade Brasileira de Nefrologia; Sociedade Brasileira de Urologia. Projeto Diretrizes, 2006, Disponível em: < http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/32-Transpren.pdf > Acesso em: 27 ago. 2014.