

Motivos e freqüência de internação dos pacientes com IRC em tratamento hemodialítico

Reasons and frequency of CRF patients' hospitalization in hemodialysis treatment

Andreza B. Marques¹; Daiane C. Pereira¹; Rita C.H.M. Ribeiro²

¹Acadêmica do 4º ano de enfermagem*; ²Docente e Doutoranda de enfermagem*

* FAMERP – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Resumo A IRC é um conjunto de múltiplos sinais e sintomas decorrentes da incapacidade dos rins em manter a homeostasia interna. Constitui causa prestigiosa de morbi-mortalidade e sem dúvida questão peculiar de saúde pública; na maioria das vezes é diagnosticada em estágio muito avançado; exigindo terapias de substituição, tratamento dialítico e transplante renal. Os objetivos desse trabalho são: caracterizar o paciente com IRC em tratamento hemodialítico e verificar os motivos e a freqüência de internação destes pacientes no Hospital de Base da FUNFARME de São José do Rio Preto – SP. Trata-se de um estudo do tipo descritivo inquérito dos pacientes, como diagnóstico prévio de IRC na unidade de tratamento hemodialítico deste hospital. Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista com instrumento contendo questões abertas e fechadas, após aprovação do CEP da FAMERP. Os dados obtidos foram analisados segundo índices absolutos e percentuais, e são apresentados na forma descritiva. Os resultados mostram que: 53,2% dos pacientes são do sexo masculino; 66,1% têm idade entre 36 – 65 anos; 66,9% são brancos; 45,2% têm como doença de base a HAS. O principal motivo de internação encontrado 25,8% foi decorrente de confecção de fístula e complicações com as mesmas; 92,8% já internaram outras vezes; 64,2% internaram de uma a três vezes; 21,8% dos pacientes declararam um ano de tratamento, 73,4% nunca realizaram outro tratamento; 83,9% receberam alguma orientação, destes 53,9% foi de médicos. Concluímos que a maioria dos pacientes é do sexo masculino, cor branca, na faixa etária produtiva, com doença de base HAS, em um ano de tratamento de hemodiálise, sendo que o principal motivo de internação foi confecção e complicações com fístula, embora tivessem recebido alguma orientação. Assim acreditamos que é necessário um melhor planejamento para a confecção e manutenção da fístula para evitar recidivas de internações.

Palavras-chave Insuficiência renal crônica; Diálise renal; Hospitalização; Pacientes internados; Estudos transversais.

Abstract Chronic Renal Failure (CRF) is a set of multiple signals and symptoms arising from the kidneys incapacity to keep the internal homeostasis. It is an influential cause of morbi-mortality and a peculiar public health question. Most of the time it is diagnosed in a very advanced stage, requiring replacement therapies, dialysis treatment, and renal transplant. The objectives of this work are: to characterize the patient with CRF in a hemodialysis treatment; and to verify the reasons and the frequency of these patients' hospitalization at Hospital of Base - FUNFARME São José do Rio Preto, São Paulo State. This is a patients' descriptive inquiry study as a previous CRF diagnosis in this hospital hemodialysis unit. Data were collected through an interview with open-closed questions after FAMERP Institute Review Board approval. Data obtained were analyzed according to absolute and percentage indexes and are presented in a descriptive form. The results show that 53.2% of the patients are male; 66.1% ranging age from 36-65 years old; 66.9% are white; and 45.2% have SHA as underlying disease. The main reason for hospitalization was caused by fistula confections and resulting complications found in 25.8 of the patients; 92.8% have been hospitalized before; 64.2% have been hospitalized one to three times; 21.8 % were in treatment for a year; 73.4% have never been submitted to another treatment; and 83.9% have had some kind of guidance. Of these patients, 53.9% had clinical counseling. We concluded that the majority of the patients were male, white, in a productive age group, have SHA as underlying disease, and submitted to a one-year hemodialysis treatment. The main reason for hospitalization was caused by fistula confections and resulting complications, although these patients had had some previous guidance. Therefore, a better planning for the management and maintenance of fistulas is necessary to avoid hospitalization recurrence.

Keywords Chronic renal failure; Renal dialysis; Hospitalization; Inpatients; Cross-sectional Studies.

Introdução

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é a perda progressiva e irreversível da função renal, no qual o organismo não mantém o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico, que fatalmente termina em uremia. Os resultados finais da doença são sinais e sintomas tais como: cefaléia, fraqueza, anorexia, náuseas, vômitos, câibras, diarreia, oligúria, edema, confusão mental, sede, impotência, perda do olfato e paladar, sonolência, hipertensão arterial e tendência à hemorragia decorrentes da incapacidade renal, além de adnamia, palidez cutânea, xerose, miopatia proximal, dismenorréia, amenorréia, atrofia testicular, impotência, déficit de atenção, asterixe, obinubilização e coma. Assim as manifestações da IRC não poupam nenhum sistema orgânico, a poliúria progride para anúria e alteram-se os padrões diurnos normais de diurese, todas as funções renais normais declinam, evoluindo para a perda^{1,2,3}.

As causas ou etiologias da IRC podem ser divididas em três grupos: 1) doenças primárias dos rins; 2) doenças sistêmicas que também acometem os rins; e 3) doenças do trato urinário ou urológico. A freqüência das etiologias varia de acordo com a faixa etária e com a população de renal crônica estudada (em diálise ou não). No Registro Americano de todos os pacientes com IRC, a principal causa apontada é o Diabetes Mellitus (DM), seguido pela Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as glomerulonefrites⁴.

Cerca de 25% dos pacientes com IRC que necessitavam de diálise ou transplante a cada ano nos EUA eram diabéticos⁵.

Os primeiros sintomas da IRC podem demorar anos para serem notados, o mesmo ocorre com a síndrome urêmica, típica da IRC terminal, o que demonstra grande capacidade adaptativa dos rins, permitindo que seres humanos mantenham-se vivos com apenas 10% da função renal. Essa capacidade adaptativa faz com que indivíduos portadores de IRC na maioria das vezes, não se percebam, culminando em um dano renal cada vez maior, sendo submetidos a uma terapia de substituição renal imediatamente ao receberem o diagnóstico da doença. Com um diagnóstico precoce poderia ser retardada a progressão natural da doença e algumas complicações decorrentes da mesma, prevenida⁶.

Desta forma, a IRC constitui causa prestigiosa de morbi-mortalidade e sem dúvida questão peculiar de saúde pública. Na realidade incide na sua fase terminal numa freqüência que atinge 40 a 80 indivíduos por milhões de habitantes ao ano. A incidência de IRC aumentou a uma taxa de 8% por ano durante os últimos 5 anos, com cerca de 258.000 pacientes sendo tratados nos EUA^{7,8}.

Para tratamento do paciente com IRC temos várias opções, como o tratamento conservador (não dialítico) que é eficiente e também impede a progressão da doença, consta da restrição dietética e do tratamento medicamentoso. Temos ainda o tratamento de substituição, dialítico: a hemodiálise, a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD), a diálise peritoneal cicladora contínua (CCPD), a diálise peritoneal intermitente (DPI) e o transplante renal (TR), com doador vivo ou doador cadáver⁹.

Infelizmente não há dados fidedignos no Brasil sobre a incidência e prevalência de IRC terminal. Sabe-se que tivemos em 1996 aproximadamente 25 mil pacientes em tratamento dialítico no país, que, para uma população de 150 milhões, revelava uma prevalência de 166 pacientes por milhões de habitantes. A incidência, ou seja, o número de pacientes que entra no programa dialítico por ano, é estimado em 70 por milhão, que indicaria uma entrada de 10.500 pacientes novos por ano em tratamento dialítico. O Registro americano revela uma incidência em 1992 de 214 pacientes por milhões de habitantes e uma prevalência (número

de pacientes recebendo tratamento dialítico) de 791 pacientes por milhão. Desde 1984, o crescimento anual de pacientes em diálise nos EUA tem sido de 8,7%. Portanto, estes dados revelam que no Brasil possivelmente um grande número de pacientes não está sendo identificado a tempo para receber o tratamento dialítico^{4,10}.

Segundo o último censo brasileiro referente a pacientes em tratamento dialítico de 2005, constatou-se uma população de 54.311 (100,0%) pacientes em tratamento dialítico; destes, 48.362 (89,0%) estão em tratamento hemodialítico¹¹.

Os tratamentos dialíticos não chegam a substituir integralmente a função renal, mas representam condições para manter a sobrevivência da pessoa, permitindo que este retorne a uma vida normal e produtiva, prevenindo até a morte precoce^{5,12}.

Estima-se que mais de 100 mil pacientes norte-americanos atualmente recebam hemodiálise⁵.

O aumento da idade da população em diálise é um fenômeno mundial tanto no Brasil como na Europa e Estados Unidos, o que parte poderia ser responsável por um aumento da mortalidade nesses grupos provavelmente por acréscimo de comorbidades. Estudos revelam taxas de sobrevivência em 1 e 5 anos de 77 e 58% para pacientes com média de idade de 43 anos e 10% com diabetes, esta sobrevivência é semelhante à européia e maior que a americana¹³.

Diante desta problemática, procurou-se caracterizar o paciente com IRC em tratamento, na unidade de tratamento hemodialítico do Hospital de Base da Funfarme de São José do Rio Preto-SP, assim como verificar os motivos e a freqüência de internação destes pacientes no hospital.

Metodologia

O presente estudo foi realizado na unidade de tratamento hemodialítico do Hospital de Base da Funfarme de São José do Rio Preto-SP, centro de referência para a população local e de outros estados; possuindo materiais de tecnologia de ponta para atendimento de seus clientes.

Para atendermos aos objetivos deste estudo optamos por realizar uma pesquisa do tipo descritivo inquérito.

O universo deste estudo foi constituído de pacientes com IRC da unidade de tratamento hemodialítico do Hospital de Base da Funfarme de São José do Rio Preto, SP; com diagnóstico prévio de IRC em tratamento hemodialítico e que aceitaram participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Antes de iniciarmos a coleta de dados o trabalho foi submetido à aprovação da comissão de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Após a aprovação do mesmo, foi fornecido o termo de consentimento para a participação da pesquisa aos pacientes, garantindo-lhes todo o esclarecimento a respeito do estudo e sigilo das informações colhidas e da identidade dos pacientes.

Foi realizada entrevista com cada paciente, utilizando um questionário semi-estruturado, contendo questões aberto-fechada; além de consulta ao prontuário.

Os dados foram analisados segundo índices absolutos e percentuais, e foram apresentados na forma descritiva.

Resultados

Esclarece-se que, de acordo com os objetivos definidos, participaram da pesquisa 124 pacientes em tratamento hemodialítico no início do estudo, com faixa etária de 18 a 82 anos. Os outros pacientes foram excluídos do trabalho, pois 21 se recusaram a

participar, 11 mudaram de tratamento dialítico, 7 foram transferidos para outro serviço, 6 realizaram transplante renal e 16 faleceram.

Em relação ao sexo, notou-se que 66 (53,2%) pacientes eram do sexo masculino e 58 (46,8%) do sexo feminino.

Quanto à faixa etária dos pacientes, observou-se que 82 (66,1%) pacientes tinham de 36 a 65 anos, 27 (21,8%) pacientes de 66 a 85 anos de idade e 15 (12,1%) de 15 a 35 anos.

Constatou-se que 83 (66,9%) pacientes eram brancos, 38 (30,6%) eram negros e 3 (2,5%) amarelos.

A respeito da patologia de base da IRC, verificou-se que 82 (66,1%) pacientes tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Ainda observou-se que 10 (8,1%) pacientes tinham Diabetes Mellitus (DM). A doença glomerular apareceu em 7 (5,7%) pacientes. Em 5 (4,0%) pacientes a doença de base para IRC não foi detectada, sendo classificada como ignorada.

Outras 20 (16,1%) doenças de base foram classificadas como "outras": 4 (3,3%) pacientes tinham litíase, 2 (1,6%) pacientes tinham HAS/AVE, 2 (1,6%) com DM/problema respiratório, 2 (1,6%) pacientes com HAS/outras; 1 (0,8%) paciente com HAS/problema cardíaco, 1 (0,8%) com HAS/problema respiratório, 1 (0,8%) paciente com HAS/problema circulatório, 1 (0,8%) com HAS/doença glomerular, 1 (0,8%) com HAS/lúpus, 1 (0,8%) DM/problema cardíaco, 1 (0,8%) DM/AVE, 1 (0,8%) DM/problema circulatório, 1 (0,8%) DM/doença glomerular e 1 (0,8%) paciente com DM/outras.

Quanto ao motivo da última internação, 17 (25,0%) homens ficaram internados para confecção de fístula arterio-venosa (FAV), 7 (10,3%) pacientes ficaram internados por anasarca, 5 (7,3%) para realizar algum tipo de cirurgia, 4 (5,9%) por edema agudo de pulmão (EAP), 4 (5,9%) pacientes internaram por ICDL.

Igualmente 3 (4,4%) pacientes apresentaram algum problema de ordem renal e por algum tipo de infecção, 2 (3,0%) foram internados por HAS, 1 (1,5%) apresentou alguma complicação com a fístula.

Dois (3,0%) pacientes nunca internaram e 20 (29,3%) por outros motivos como: pancreatite, erisipela, vômito, emagrecimento, fraqueza, cateterismo, realização de exames, peritonite, anemia, diminuição de peso, derrame pulmonar, IRC, DM descompensado, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Em relação às mulheres, 10 (17,9%) ficaram internadas para confecção da FAV, 5 (9,0%) para realizar alguma cirurgia, igualmente 4 (7,1%) problema renais, por HAS e por complicações com a fístula, 3 (5,3%) apresentaram alguma infecção, 2 (3,6%) por EAP e anasarca, 1 (1,8%) com ICDL e 23 (41,1%) por outros motivos com: AVC, implante de cateter de duplo lúmen, realização de exames, vômito, peritonite, dispnéia, fraqueza, diarreia, trombose, fratura, derrame pulmonar, hepatite e DM descompensada.

Quanto a outras internações ou não do paciente, pode-se observar que 115 (92,8%) pacientes já internaram outras vezes e 9 (7,2%) pacientes não internaram outras vezes. Dos pacientes que já internaram 74 (64,3%) internaram de uma a três vezes; 32 (27,9%) internaram de quatro a seis vezes; 6 (5,2%) pacientes internaram de sete a nove vezes e 3 (2,6%) internaram mais de dez vezes.

Em relação ao tempo de tratamento hemodialítico dos pacientes tem-se que 27 (21,8%) pacientes declararam um ano de tratamento, 25 (20,1%) com menos de um ano, 19 (15,3%) com quatro anos, 18 (14,5%) com dois anos, 16 (12,9%) com três anos, igualmente sete (5,7%) com cinco anos e mais de seis anos, cinco (4,0%) com seis anos de tratamento. Assim a maioria dos pacientes estava em hemodiálise há menos de um ano a quatro anos de

tratamento.

Constatou-se que 91 (73,4%) pacientes nunca fizeram outro tipo de tratamento e 33 (26,6%) pacientes já fizeram outro tratamento com: 18 (54,5%) pacientes já se trataram através de DPI, 12 (36,4%) por CAPD e três (9,1%) por CCPD.

Cento e quatro (83,9%) pacientes receberam alguma orientação durante todo o tratamento e 20 (16,1%) não tiveram orientação do profissional de saúde. Dos pacientes que receberam orientação, 56 (54,0%) foram de médicos, 15 (14,4%) de psicólogos, 9 (8,8%) de médico / enfermeiro, 7 (6,8%) de enfermeiro, 6 (6,0%) não sabem qual profissional orientou, igualmente 3 (3,0%) de nutricionista e médico / psicólogo, 2 (2,0%) psicólogo / médico / assistente social e 1 (1,0%) nutricionista / médico, enfermeiro / psicólogo, assistente social.

Discussão

Cerca de uma a cada 1.000 pessoas nos EUA recebem tratamento para IRC, isso totaliza cerca de 300.000 indivíduos. Sendo que a prevalência de IRC em tratamento tem aumentado em taxas de cerca de 8,0% ao ano¹⁴.

Em um estudo com pacientes em tratamento dialítico observou-se que 55,4% eram do sexo masculino e 44,6% do sexo feminino. Uma outra pesquisa, concluiu que 63% dos pacientes com IRC em hemodiálise eram do sexo masculino e 37% do sexo feminino^{15,16}.

Alguns estudiosos já descreviam uma incidência mais elevada entre pessoas de meia idade. Estudos recentes encontraram uma média de idade de 53,8 anos em brancos; 47,3 anos em mulatos e 48,3 anos em negros^{3,17}.

Observou-se na literatura que 46% dos pacientes eram brancos; 19,9% negros / mulatos e 4,1% dos pacientes eram amarelos. Em um outro estudo verificou-se um predomínio de pacientes da raça branca (53,0%) sobre os não brancos (47,0%). Porém, outros observaram que há uma tendência para um risco maior de IRC terminal em pessoas classificadas como negras ou mulatas do que brancos^{12, 15, 18}.

A idade avançada, raça negra, sexo masculino e baixo nível sócio econômicos estão relacionados a uma chance maior de desenvolver IRC¹⁴.

A HAS é o fator de risco mais importante para as doenças vasculares renal, cerebral e coronária e o número de pessoas identificadas como hipertensas continua a aumentar. Se não forem tratados, cerca de 10 a 15% dos pacientes hipertensos morrerão de IRC. Vários estudos epidemiológicos demonstram a importância dos níveis elevados de pressão arterial, tanto a diastólica como a sistólica, como um fator de risco independente não somente para doença arterial coronariana, como também para insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e insuficiência renal^{19, 20}.

A HAS é um dos principais agravos de saúde no Brasil. Eleva o custo médico social, principalmente pelas suas complicações, como a doença cérebro-vascular, arterial coronariana e vascular das extremidades, além da insuficiência cardíaca e IRC. Por ser a HAS multifatorial e envolver orientações voltadas para vários objetivos, poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde além do médico. A formação da equipe multiprofissional irá proporcionar uma ação diferenciada aos hipertensos²¹.

A nefropatia diabética (ND) é atualmente a causa mais comum de IRC no mundo, responsável por 1/3 dos pacientes que iniciam programas de reposição renal. Alguns estudos verificaram que a causa diabética para a IRC desponta como a primeira em frequência na Europa, seguida da glomerulonefrite e HAS. De-

tectaram ainda que o DM figura como doença básica que determina a IRC em 9,0% dos pacientes, estando atrás da causa indeterminada (36,0%), da glomerulonefrite (26,0%) e hipertensão arterial (17,0%)^{22,23}.

A ND é responsável pelo aumento de paciente em diálise em países em desenvolvimento, e já é a principal causa de terapia de substituição renal nos países desenvolvidos²⁴.

Apesar dos grandes progressos obtidos nos últimos anos no controle de metabólico e no tratamento anti-hipertensivo, muitos pacientes diabéticos ainda continuam evoluindo para IRC terminal. Nos países Europeus os registros da European Dialysis and Transplantation Association (EDTA) mostram que, desde 1965, tem ocorrido um contínuo aumento no número de pacientes diabéticos que iniciam anualmente a terapêutica de substituição de função renal; entre 1966 a 1973, menos de 2% de todos os pacientes que atingiam a IRC terminal na Europa eram diabéticos. Esta proporção se elevou até 14% em 1990 e, atualmente é de 16%. Outro fato interessante apontado, nos registros do EDTA tem sido o aumento da casuística de diabetes nefropata na faixa etária de 45 a 65 anos de idade em 1991, numa proporção três vezes maior em relação ao grupo mais jovem, de 25 a 44 anos²⁵.

O mesmo estudo ainda aponta que no Brasil, os dados referentes à ND são escassos e as casuísticas, de modo geral, são regionalizadas. No município de Campinas-SP há prevalência de 17,6% de nefropatia em pacientes admitidos para tratamento dialítico, constituindo a terceira causa de IRC terminal, precedida pelas glomerulonefrites crônicas e pela HAS. Foi realizado em Porto Alegre-RS, um levantamento das características demográficas de pacientes com IRC terminal em 15 unidades de diálise e contataram a ocorrência de DM em 27,3% dos pacientes, dos quais foi mais elevada a taxa de mortalidade após o seguimento médio de 30 meses. Taxa semelhante, de 28% foi relatada com outra casuística na região de Sorocaba, no interior de São Paulo²⁵.

As principais causas de IRC são o DM (1/3 dos pacientes) e HAS (1/4 dos pacientes). Outras causas comuns são ainda as glomerulopatias, a doença renal policística, malformação, doenças hereditárias e doenças auto-imunes²⁶.

As glomerulonefrites foram ao passado a causa mais comum de IRC. Na atualidade o DM e a HA tornaram-se as principais causas de IRC, provavelmente em conseqüência do tratamento mais agressivo das glomerulonefrites e devido às mudanças na aceitação, por parte dos pacientes, de programas para IRC terminal²⁷.

Assim as causas da IRC vão desde as doenças primárias dos rins, às doenças sistêmicas que acometem os rins e às doenças do trato urinário. A ND, HAS e glomerulonefrite primária são as causas mais comuns da IRC ao redor do mundo²⁸.

A IRC é doença de alta morbimortalidade, a incidência e a prevalência de pacientes com IRC terminal continua aumentando progressivamente no Brasil e em todo o mundo. Conforme a SBN 1996/97, as principais doenças que levam à IRC são a HAS (24,0%), glomerulonefrite (24,0%) e DM (17,0%). As glomerulopatias crônicas e a HAS constituíram as principais causas de IRC da população em diálise no Brasil, registro europeus e norte-americanos mostram que as principais causas de IRC em pacientes que iniciaram tratamento dialítico são DM e a HAS, sendo a incidência norte-americana para as duas causas, respectivamente de 33,2% e 24,0%, estima-se que mais de cinco milhões de brasileiros tenham DM e que outros oito milhões sejam portadores de HAS^{29,30}.

O acesso vascular para hemodiálise foi uma das principais causas de internação entre os pacientes renais crônicos nos Esta-

dos Unidos, atingindo 25% do total das internações no primeiro ano e 11% a partir do segundo ano de tratamento em hemodiálise, gerando um custo financeiro de mais de um bilhão de dólares ao ano. A indicação do acesso antes do início do tratamento dialítico é de extrema importância, pois possibilita evitar a colocação de cateteres centrais nas primeiras sessões de hemodiálise, diminuindo os riscos inerentes a esse tipo de procedimento, assim como o custo financeiro³¹.

A FAV ideal, descrita por Ryan & Dennis¹⁵, em 1990, é aquela que: apresenta um trajeto longo e superficial, permitindo vários pontos de punção, com boa distância entre eles; economiza vasos para possíveis construções futuras; propicia conforto para o paciente durante as sessões de hemodiálise; apresenta boa taxa de perviedade e baixo índice de complicações³¹.

A confecção da FAV deve ser realizada precocemente, antes do início do tratamento por hemodiálise, para permitir uma maturação adequada e evitar a necessidade de cateteres temporários. Após a confecção da FAV é necessário aguardar um período de quatro a seis semanas para que as modificações hemodinâmicas propiciadas pelo hiperfluxo promovam um aumento do diâmetro do vaso, principalmente da veia, o que facilitará sua punção e canulação³².

As complicações da FAV podem ser não trombóticas ou trombóticas. Nas complicações não trombóticas estão incluídas: infecção, insuficiência cardíaca de alto débito, isquemia, hipertensão venosa e aneurismas. Dentre as complicações trombóticas deve-se citar: fatores predisponentes (estenose venosa e arterial, compressão excessiva na hemostasia após HD, hipotensão severa, hematócrito muito elevado, hipovolemia, estados de hipercoagulabilidade), estenose hemodinamicamente significativa, monitorização prospectiva do acesso, programa de monitorização para detecção de disfunção do acesso vascular, tratamento de estenose, tratamento da trombose do acesso, prevenção da trombose do acesso³³.

As complicações associadas a cateter venoso central são: hemorragias, hematomas, traumatismos vasculares, pneumotórax, arritmias cardíacas, lesão do plexo braquial, embolia gasosa, tamponamento cardíaco, além de disfunção e obstrução de cateter, infecção, estenose ou oclusão de veia central. A ICDL é uma complicação freqüente e confere alta morbidade³².

A manutenção de uma boa adequacidade de hemodiálise nos pacientes com IRC depende diretamente da presença de um acesso vascular (AV) eficiente. As complicações referentes ao AV representam a maior causa de morbidade nos pacientes em hemodiálise, sendo responsáveis por cerca de 25% das admissões hospitalares. O USDRS (The United States Renal Data Systems) revela que as complicações inerentes aos acessos vasculares são as causas mais comuns de hospitalização nesse grupo de pacientes³⁴.

Estudos mostram que a melhora na qualidade de vida através de intervenções e programas de educação e reabilitação é uma terapêutica que tem resultados positivos³⁵.

Em geral, em 1999, o número médio de admissões hospitalares para pacientes em diálise foi de 0,7 por paciente por ano. Na cidade de São Paulo o número médio de hospitalização foi de 4,8 por ano. A sobrevida de pacientes com diagnóstico tardio é 18% inferior à daqueles com diagnóstico precoce após seis meses de diálise. O maior risco de óbito destes pacientes é substancialmente explicado pela idade mais elevada e o maior nível de desnutrição associado ao diagnóstico e encaminhamento tardios. Os custos para a assistência de pacientes com diagnóstico tardio é 60% maior que aqueles com diagnóstico precoce,

durante os seis primeiros meses em diálise. Quando se analisou a sobrevida atuarial após um ano em diálise, em São Paulo como no Brasil em geral, tem estado ao redor de 80-81% após o primeiro ano de tratamento; em São Paulo a probabilidade de sobrevida atuarial para pacientes em diálise após primeiro e o quinto ano de tratamento é de respectivamente 79 e 41% ²⁰.

Em 2002, 48.874 (89,6%) pacientes estavam em tratamento de hemodiálise. De 1999 a 2002, o percentual de pacientes mantidos em HD permaneceu constante. Entretanto houve um aumento significativo com o percentual dos pacientes em outros tratamentos dialíticos, como o CAPD, que subiu de 0,5% em 1999 para 2,9% em 2002 ³⁶.

Nos EUA a IRC é tratada em 60% dos casos por HD ³¹.

A prevalência de IRC vem aumentando 10% anualmente, provavelmente pelas alterações demográficas de idade na população. O mesmo ocorre com os pacientes com IRC em etapa pré-dialítica. O National Institute of Health (NIH) recomenda que estes pacientes devem ser conduzidos com uma equipe multiprofissional com a finalidade de diminuir a morbidade e tornar mais agradável às mudanças de terapia dialítica. Os pacientes pré-dialíticos, derivados de equipes multiprofissionais, têm demonstrado que apresenta melhor perfil metabólico, menor necessidade de inserção de cateteres venosos centrais, menor necessidade de iniciar diálise de urgência e menor tempo de hospitalização quando se inicia a terapia dialítica ^{37,38}.

Conclusão

De acordo com os objetivos, podemos concluir que a maioria dos pacientes é do sexo masculino, brancos, com idade entre 36 a 65 anos, tinham HAS como doença de base. Quanto aos motivos de internação, observou-se que tanto a maioria de homens quanto mulheres ficaram internado decorrentes de confecção de FAV e complicações com as mesmas, sendo que um grande número desses já havia internado outras vezes. Ainda um número significativo de pacientes declarou um ano de tratamento; sendo que grande parte destes nunca fez outro tipo de tratamento, a maioria recebeu alguma orientação durante todo o tratamento.

Consideramos que é necessário um melhor planejamento para a confecção e manutenção da fístula para evitar recidivas de internações, além disso, um trabalho educativo com pacientes e toda equipe multiprofissional tem importância significativa quando se objetiva manter a integridade da fístula.

Referências bibliográficas

1. Riella MC. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. In: _____. Insuficiência renal crônica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p.292 apud Franceschi CA. Estudos das principais intercorrências dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico [monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1997.
2. Romão Jr JE. Insuficiência renal crônica. In: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. Nefrologia. São Paulo: Sarvier; 1995. p.187-200 apud Franceschi CA. Estudos das principais intercorrências dos pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1997.
3. Black JM, Jacobs EM. Cuidados de enfermagem a clientes com problemas renais. In: Black JM, Matassarini-Jacobs EM. Luckmann & Sorensen Enfermagem médico-cirúrgica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.1454-6. v.2.
4. Andoroglo M, Sardenberg C, Suassuna P. Insuficiência renal crônica: etiologia, diagnóstico e tratamento. In: Schor N, Srougi M. Nefrologia urológica clínica. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1998. p.29-30.

5. Woronik V, Bueno ICJDG, Pestalozzi MAS, Barros RT. Nefropatia diabética. In: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. Nefrologia. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1995. p.152-7.
6. Araújo JCO, Andrade DF. Diálise artificial. In: Paolucci AA. Nefrologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. p.339-45.
7. Lopes GS, Santos OR. Insuficiência renal crônica. Uremia. In: Nogueira Jr A, Santos OR. Doenças dos rins. 1ª ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1988. p.304-10.
8. Brunner LS. Tratamento de pacientes com distúrbios urinários e renais. In: _____. Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1100-22. v.3.
9. Massola VC. Métodos dialíticos. In: Cruz J, Praxedes JN, Cruz HMM. Nefrologia. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1995. p.204-24.
10. Riella MC. Insuficiência renal crônica: fisiopatologia da uremia. In: _____. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.456-7.
11. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo da SBN - Jan./2005. [citado 2005 Nov. 11]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>
12. Marques VP, Abdul AC, Canziani MEF, Carvalho AB, Ajzen S, Silva AP, et al. Doença renal cística adquirida em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento conservador e em hemodiálise. J Bras Nefrol 1997 jun.;19(2):156-61.
13. Andrade LGM, Gabriel DP, Martin LC, Cruz AP, Balbi AL, Caramori JT et al. Sobrevida em hemodiálise no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP: comparação entre a primeira e a segunda metades da década de 90. J Bras Nefrol 2005;27(1):1-7.
14. Ashwini R, Sehgal MD. Doença renal terminal; causas e conseqüências. Epidemiologia e resultados da doença renal terminal. In: Hricik DE, Sedor JR, Ganz MB. Segredos em nefrologia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.177-8.
15. D'Ávila R, Guerra EMM, Rodrigues CIS, Fernandes FA, Cadaval RAM, Almeida FA. Sobrevida de pacientes renais crônicos em diálise peritoneal e hemodiálise. J Bras Nefrol 1999 mar.;21(1):13-21.
16. Castro M, Caiuby AVS, Draibe SA, Canziani MEF. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev Assoc Med Bras 2003 jul.-set.;49(3):245-9.
17. Noblat ACB, Lopes MB, Lopes AA. Raça e lesão de órgãos-alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência da cidade de Salvador. Arq Bras Cardiol 2004 fev.;82(2):111-5.
18. Lopes AA, Silveira MA, Martinelli R, Noblat ACB. Influência da hipertensão arterial na incidência de doença renal terminal em negros e mulatos portadores de glomerulonefrite. Rev Assoc Med Bras 2002 abr.-jun.;48(2):167-71.
19. Braunwald E. Tratado de medicina cardiovascular. São Paulo: Roca; 1996. p.888-9.
20. Geannini SD, Forti N, Diamant J. Cardiologia preventiva: prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu; 2000.
21. Mion Jr D, Machado CA, Gomes MAM, Nobre F, Kohlmann Jr O, Amodeo C, et al. Diretrizes para hipertensão arterial da Sociedade Brasileira de Nefrologia e Cardiologia: abordagem geral. J Bras Nefrol 2003;25(1):51-9.
22. Pinto FM, Anção MS, Sakumoto M, Ferreira SRG. Contribuição da nefropatia diabética para a insuficiência renal crônica na Grande São Paulo. J Bras Nefrol 1997 set.;19(3):256-63.
23. Jeffrey R, Schelleng MD. Doenças glomerulares secundárias. Nefrologia diabética. In: Hricik DE, Sedor JR, Ganz MB. Segredos em nefrologia: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.124-37.
24. Murissi M, Coester A, Gross JL, Silveiro SP. Nefropatia diabética no diabete melito tipo 2: fatores de risco e prevenção. [citado 2004 Mar 04]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000300003&Ing=pt
25. Barros RT. Insuficiência renal crônica diabética: qual sua real prevalência em nosso meio? J Bras Nefrol 1997;19(3):287-8. [citado 2004 mar 02]. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/JBN/19-3/v9e3p287.pdf>

26. Fermi MRV. Insuficiência renal. In: _____. Manual de diálise para enfermagem. São Paulo: Medsi; 2003. p.17-8.
27. Harrison TR. Medicina interna. México: Nueva Editorial Interamericana; 1995. p.1336-49.
28. Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LFS. Nefrologia: rotinas, diagnósticos e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. p.59-61
29. Sesso R. Epidemiologia da insuficiência renal crônica no Brasil. In: Ajzen H, Schor N. Nefrologia. Guias de medicina. Barueri: Manole; 2002. p.1-6.
30. Draibe AS. Insuficiência renal crônica. In: Ajzen H, Schor N. Nefrologia. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole; 2002. p.179-80.
31. Linardi F, Bevilacqua JL, Morad JFM, Costa JA. Programa de melhoria continuada em acesso vascular para hemodiálise. J Vasc Bras 2004;3(3):191-6.
32. Ikeda S, Canziani MEF. Acesso vascular para hemodiálise. In: Ajzen H, Schor N. Nefrologia. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar. UNIFESP/ Escola Paulista de Medicina. Barueri: Manole; 2002. p.231-9.
33. Tavares A. Acesso vascular crônico. Normas e rotinas em hemodiálise. São Paulo: Lfber; 2004. p.83-96.
34. Nascimento MM, Riella MC. Avaliação de acesso vascular em hemodiálise: um estudo multicêntrico. J Bras Nefrol 1999 mar.;21(1):22-9.
35. Martins MRI, Cesarino CB. Atualização sobre programa de educação e reabilitação para pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. J Bras Nefrol 2004;26(1):45-50
36. Romão Jr JE, Pinto SWL, Canziani ME, Praxedes JN, Santello JL, Moreira JCM. Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise do Brasil. J Bras Nefrol 2003 dez.;25(4):188-99.
37. Firman G. Predictores de hospitalización y muerte en pacientes pre-dialisis. [citado 2004 mar 02]. Disponível em: <http://www.intermedicina.com/Avances/Clinica/ACL81.htm>
38. Bertolin DC. Caracterização do nefropata crônico e das principais terapias de substituição renal [monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2002.

Correspondência:

Andreza Bernardi Marques
Rua Lucas Mangini, 222 ap. 31
15091-270 – São José do Rio Preto – SP
Tel.(17)3216-5524
e-mail: andrezabernardi@yahoo.com.br
