

COMPLICAÇÕES QUE LEVAM O DOENTE RENAL CRÔNICO A UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA

Guilherme BREITSAMETER^a
Elisabeth Gomes da Rocha THOMÉ^b
Denise Tolfo SILVEIRA^c

RESUMO

A doença renal crônica apresenta muitas complicações agudas e crônicas, levando seus portadores a procurarem atendimento em emergências. Este estudo transversal, descritivo, teve como objetivo conhecer o perfil do doente renal crônico que apresenta complicações e procura um atendimento de emergência, identificando a prevalência das complicações. A amostra foi constituída por 139 pacientes que procuraram a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada nos boletins de atendimento e nos prontuários. Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva. Os resultados mostram que 55,4% da amostra é feminina, 78,4% está entre 41 a 80 anos, 54,7% faz tratamento renal substitutivo, 51,1% é hipertensa e 58,3% mora na região metropolitana de Porto Alegre. As complicações prevalentes foram dispnéia, febre e alterações neurológicas. Estes resultados evidenciam a necessidade do acompanhamento direto desses pacientes pela equipe que os trata, diminuindo a procura dos serviços de emergência.

Descritores: Insuficiência renal crônica: complicações. Tratamento de emergência. Estudos transversais.

RESUMEN

La enfermedad renal crónica presenta muchas complicaciones agudas y crónicas, llevando a que sus portadores busquen atención en emergencias. Este estudio transversal, descriptivo, tuvo como objetivo conocer el perfil del enfermo renal crónico que presenta complicaciones y busca atención de emergencia, identificando la prevalencia de las complicaciones. La muestra estuvo formada por 139 pacientes que se dirigieron a la emergencia del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. La recolección de datos se realizó a través de los boletines de atención y de los prontuarios. Se utilizó estadística descriptiva en el análisis de los datos. Los resultados muestran que un 55,4% de la muestra está representada por mujeres, un 78,4% tienen entre 41 y 80 años, un 54,7% hace tratamiento renal substitutivo, un 51,1% es de hipertensas y un 58,3% vive en la región metropolitana de Porto Alegre. Las complicaciones prevalentes fueron disnea, fiebre y alteraciones neurológicas. Estos resultados ponen en evidencia la necesidad de que el equipo que trata estos pacientes haga un seguimiento directo de los mismos, reduciendo así la búsqueda de los servicios de emergencia.

Descriptorios: Insuficiencia renal crónica: complicaciones. Tratamiento de urgencia. Estudios transversales.

Título: Complicaciones que llevan al paciente renal crónico a una emergencia clínica.

ABSTRACT

Chronic kidney disease usually presents a variety of severe and chronic complications forcing patients to look for emergency services. This descriptive, cross-sectional study was conducted to get to know the profile of the chronic renal patient with complications, who looks for emergency health services. The sample encompassed 139 patients, who were treated in the Hospital de Clínicas emergency service in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Medical records and reports were used to collect data, and descriptive statistics for data analysis. The results showed that 55.4% of the sampled individuals were females, 78.4% were between 41 and 80 years old, 54.7% were under renal replacement therapy, 51.1% were hypertensive and 58.3% lived in the Porto Alegre's metropolitan area. The main complications were dyspnea, fever, and neurological alterations. According to these results, the health team should conduct a direct follow up of these patients to reduce their need of being treated at emergency health services.

Descriptors: Renal insufficiency, chronic: complications. Emergency treatment. Cross-sectional studies.

Title: Complications that bring a chronic renal patient to emergency health services.

^a Enfermeiro da Unidade de Hemodiálise do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil.

^b Mestre em Educação. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

^c Doutora em Ciências. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFRGS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A incidência e a prevalência da insuficiência renal crônica (IRC) estão aumentando progressivamente no mundo, em proporções alarmantes. Esse crescimento da IRC é multifatorial e está fortemente relacionado com o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito^(1,2).

A insuficiência renal crônica é uma doença assintomática que pode acompanhar o indivíduo por muitos anos e só se manifestar quando ele já perdeu quase a totalidade de funcionamento dos dois rins, em torno de 80% de perda, sem condições de reversão do quadro, levando o doente à necessidade de um tratamento substitutivo do rim, que é a diálise. A diálise por sua vez é um tratamento complexo que deixa o paciente bastante debilitado e pode levar a muitas complicações⁽²⁾.

A expressão doença renal crônica (DRC) foi recentemente definida pela Iniciativa de Qualidade em Desfechos de Doenças Renais da Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos (NKF-K/DOQI). A presença de dano renal ou diminuição da função renal deve ter um período mínimo de três meses⁽²⁾.

O elevado custo para manter pacientes em tratamento renal substitutivo (TRS), somado com a elevada morbidade e mortalidade da IRC, tem gerado grandes preocupações por parte dos órgãos governamentais. Em nosso país, 95% dos tratamentos renais são subsidiados pelo governo⁽²⁾.

A assistência ao portador de doença renal crônica (DRC) deveria seguir um fluxo entre os diferentes serviços e níveis de complexidade, através do sistema de referência e contra-referência, constituídas pela rede básica de saúde, ambulatórios especializados em nefrologia e assistência de emergência. Porém, a cultura relacionada à saúde, no Brasil, leva a população a inverter esse fluxo, buscando o atendimento primário diretamente em emergências e hospitais especializados⁽¹⁾.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1988, prevê que o atendimento prestado à população deva ser fundamentado na complexidade dos sintomas dos pacientes e estabelece um fluxo de atendimento no qual os doentes crônicos devam ter seu acompanhamento regular nas unidades especializadas e só procurarem os serviços de emergência em situações reais de emergência e urgência. Ou seja, quando estiverem correndo risco de complicações

maiores que coloquem em risco suas vidas, prevenindo conseqüências críticas^(3,4).

No entanto, uma parcela bastante expressiva dos doentes renais crônicos que vem a apresentar uma complicação devido à progressão da doença, TRS ou ao transplante renal, buscam assistência nas emergências dos grandes hospitais. Esse fenômeno foi observado durante práticas acadêmicas de emergência clínica no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), motivando este estudo. Além disso, nos questionamos: quais as complicações que acometem o doente renal crônico, levando-o a buscar assistência de saúde em uma emergência. Foi realizada uma busca bibliográfica nas bases de dados PubMed, Ovid, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Dedalus (Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo), utilizando os descritores: “insuficiência renal crônica/complicações”, “estudos transversais” e “tratamento de emergência”, não obtendo-se resultados quando colocados os três juntos ou dois deles.

Tentando responder ao questionamento, e considerando a falta de publicações nesta temática procurada exaustivamente na literatura nacional e internacional, buscou-se elaborar esse trabalho, tanto no sentido de contribuir, como subsidiar a educação em saúde e o acompanhamento de enfermagem ao doente renal crônico como forma de prevenção de complicações.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivos: conhecer o perfil do doente renal crônico que apresenta complicações e necessita de um atendimento de emergência, identificar o motivo da procura pela emergência do HCPA e a prevalência das complicações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Rio Grande do Sul. Este serviço desenvolve assistência de emergência à pacientes com patologias clínicas, pelo Sistema Único de Saúde.

A população foi constituída pelos pacientes renais crônicos que apresentaram alguma alteração clínica e procuraram a emergência do HCPA. Para o cálculo da amostra, estimou-se uma prevalência de complicações de 10%, considerando uma

margem de erro de 5% e uma confiança de 95%. A amostra foi composta por todos os 139 pacientes renais crônicos que procuraram este serviço durante o período de julho a outubro de 2006, considerando-se como critério de inclusão: uma alteração clínica e um diagnóstico médico no boletim de atendimento da emergência de insuficiência renal crônica.

A coleta foi realizada pelo próprio pesquisador, que fez uma revisão dos boletins de atendimento da emergência que constam na sala de administração, nos prontuários dos pacientes da sala de procedimento e da sala de observação desta unidade. O local para coleta foi a própria unidade de emergência. Por meio de um instrumento elaborado pelos autores, foram investigados os seguintes dados: idade, sexo, tratamento dialítico, cidade de origem, diagnóstico de IRC e motivo de atendimento.

A análise dos dados foi elaborada através de estatística descritiva utilizando-se de tabelas de freqüências, tanto para variáveis categóricas quanto quantitativas. O procedimento estatístico foi realizado por meio da utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA, sob o protocolo n° 06321, observando os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁾.

RESULTADOS

Participaram do estudo 139 doentes renais crônicos que apresentaram alguma alteração clínica e procuraram a emergência do HCPA. A maioria dos participantes foi do sexo feminino e 44,6% dos pacientes pertenciam ao sexo masculino.

A faixa etária prevalente foi a de 51 a 60 anos, com 23% da amostra; de 61 a 70 anos com 19,4%; de 71 a 80 anos com 18,7%; de 41 a 50 anos com 17,3%; de 31 a 40 anos com 7,9% dos pacientes; e a menos prevalente foi a de 20 a 30 anos, composta apenas por 4,3% da amostra. 8,6 % tinham mais de 81 anos. Apenas em um dos 139 boletins analisados não estava informada a idade do paciente.

Quanto à realização do tratamento dialítico, 54,7% dos participantes do estudo não realizavam tratamento dialítico, 44,6% realizavam algum tipo de tratamento dialítico. Em um boletim de atendimento este dado não estava informado (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra em relação à realização de tratamento dialítico. Porto Alegre, RS, 2006.

Tratamento dialítico	n	%
Sim	62	44,6
Não	76	54,7
Não informado	1	0,7
Total	139	100,0

Em relação à procedência dos pacientes que participaram do estudo, 58,3% são residentes na região metropolitana de Porto Alegre, 31,7% moram em Porto Alegre, e 10% vieram do interior do estado do Rio Grande do Sul procurar assistência de saúde em uma emergência da capital.

Entre as doenças crônicas associadas, foi encontrado: hipertensão arterial sistêmica (HAS) isolada em 51,1% dos casos, diabetes melito (DM) isolada em 5,8% dos pacientes, sendo 30,2% portadores das duas doenças crônicas (HAS e DM). Em 18 dos 139 boletins analisados não estava informada a presença de doenças crônicas (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a presença de doenças crônicas associadas. Porto Alegre, RS, 2006.

Doenças crônicas complicantes	n	%
HAS	71	51,1
HAS e DM	42	30,2
DM	8	5,8
Não informado	18	12,9
Total	139	100,0

Legenda: HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM: diabetes melito.

Na análise das complicações, alguns pacientes apresentaram mais de uma complicação do seu quadro clínico que os motivou a procurar a emergência, com um número máximo de três complicações por paciente. Para facilitar a análise, as complicações foram divididas em primeira, segunda e terceira, conforme a prioridade que os pacientes colocaram na consulta, apresentadas aqui em uma tabela representativa de todas para facilitar as relações. A Tabela 3 nos mostra também que um mesmo paciente pode apresentar uma ou várias sintomatologias. A primeira complicação corresponde à análise geral de todas as primeiras compli-

cações registradas nos boletins de atendimento. A segunda e terceira corresponde às complicações

que aparecem em 2° e 3° registro nos boletins de atendimento.

Tabela 3 – Distribuição da amostra em relação às complicações apresentadas (N=139). Porto Alegre, RS, 2006.

Complicações apresentadas	1ª complicação		2ª complicação		3ª complicação	
	n	%	n	%	n	%
Dispnéia	32	23,0	5	3,6	2	1,4
Febre	14	10,0	3	2,2	2	1,4
Alterações neurológicas (cefaléia, tonturas, diminuição do sensorio, tremores, convulsões, sonolência)	11	7,9	12	8,6	7	5,1
Hipertensão e hipotensão arterial	10	7,2	4	2,9	1	0,7
Sangramentos (digestivo, nasal)	9	6,5	2	1,4	-	-
Náuseas e/ou vômitos	8	5,8	7	5,0	3	2,2
Complicações da fistula artério-venosa	7	5,0	-	-	-	-
Lombalgias	6	4,3	-	-	-	-
Precórdialgias	5	3,6	6	4,3	1	0,7
Hiperglicemia e hipoglicemia	4	2,8	1	0,7	1	0,7
Uremia	4	2,8	-	-	1	0,7
Alterações urinárias (anúria, oligúria, disúria, hematúria)	4	2,8	3	2,2	-	-
Edema extremidades	4	2,8	4	2,8	-	-
Alterações gástricas (dor abdominal, diarreia, inapetência)	3	2,2	2	1,4	-	-
Distúrbios eletrolíticos	3	2,2	1	0,7	-	-
Alterações cardíacas (palpitações, taquicardia, bradicardia, derrame pericárdio)	5	3,6	1	0,7	-	-
Outras alterações (anemia, lesão cutânea, fraqueza, tremor, peritonite, câimbra, tosse, sudorese)	7	5,0	10	7,2	-	-
Desconforto pós-diálise	2	1,4	3	2,2	-	-
Infecção de cateter	1	0,7	-	-	-	-
Não se aplica	-	-	75	53,9	121	87,1

Ao analisar a primeira complicação apresentada pelos pacientes, evidenciou-se que a dispnéia foi a mais prevalente, sendo apresentada como primeira complicação por 23% dos pacientes.

Ao pesquisar a segunda complicação apresentada pelos pacientes, observa-se que as alterações neurológicas foram prevalentes (8,6%), 5% dos pacientes apresentaram náuseas e/ou vômitos, 4,3% apresentaram precordialgia e 3,6% apresentaram dispnéia. Alterações como: anemia, lesão cutânea, fraqueza, tremor, peritonite, câimbra, tosse, sudorese foram pouco prevalentes com apenas 7,2% dos casos, somadas. E 54% dos pacientes não apresentaram uma segunda complicação.

Na análise da terceira complicação apresentada pelos pacientes, as alterações neurológicas foram as complicações mais freqüentes, responsáveis por 5,1% das queixas nos boletins de atendimento. Já náuseas e vômitos foram a terceira queixa de 2,2%

dos pacientes. Febre e dispnéia foram responsáveis por 1,4% cada uma. A grande maioria dos participantes (87,1%) não apresentou a terceira complicação.

DISCUSSÃO

Na amostra estudada, o sexo feminino foi prevalente. No entanto, publicações anteriores indicam a DRC como predominante no sexo masculino e o mesmo sendo considerado um dos fatores de risco para a doença⁽²⁾. O fato de encontrarmos mais mulheres na procura de atendimento nas emergências pode estar relacionado com a maior freqüência das consultas médicas serem de mulheres e crianças nos países ocidentais⁽⁶⁾. As mulheres declaram mais suas doenças, consomem mais medicamento, se submetem a mais exames e avaliam pior o seu estado de saúde. Já os homens têm di-

ficuldade em procurar ajuda e cuidados médicos, pois foram criados para assistir e prover⁽⁶⁾.

As etapas de vida adulta e idosa foram predominantes: 41 a 50 anos (17,3%), 51 a 60 anos (23%), 61 a 70 anos (19,4%), 71 a 80 anos (18,7%) e com mais de 81 anos (8,6%). Já pacientes da faixa etária de 20 a 30 anos representam somente 4,3 % da amostra e de 31 a 40 anos só 7,6%. A literatura nos mostra que o aumento da idade está diretamente relacionado com o risco para apresentar DRC, e ainda coloca a idade como um dos fatores de risco que mais influenciam na mortalidade em diálise⁽²⁾. Hoje, 26% dos renais crônicos que realizam hemodiálise, no Brasil, têm mais de 60 anos⁽¹⁾.

Nesse estudo, foram maioria os pacientes que não realizavam TRS (54,7%). No entanto, 44,6% é um número bastante alto, em vista de que são doentes renais crônicos que já possuem um acompanhamento da equipe de saúde de forma regular.

A procura da emergência do HCPA por usuários de cidades pertencentes à região da grande Porto Alegre (58,3%) e Porto Alegre (31,7%) nos permite refletir sobre o reconhecimento dessa emergência, assim como ao fato de poder estar relacionada à falta de disponibilidade de atendimento por parte das equipes de saúde que acompanham estes pacientes em suas regiões.

A HAS aparece neste estudo como a doença crônica complicante prevalente entre os pacientes da amostra (51,1%). A DM e a HAS estavam presentes em 30,2% dos casos. Estes resultados são concordantes com outros estudos, os quais relatam que a hipertensão arterial e a diabetes melito predispõem e agravam a doença, sendo muitas vezes consideradas determinantes da doença renal^(2,7). Doentes renais crônicos em programa de diálise também costumam ser hipertensos (60 a 80%), com um difícil controle da doença devido às alterações do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ao aumento da atividade simpática, entre outros⁽⁸⁾.

Entre as complicações que levaram a procura da emergência, a dispnéia resultou como a prevalente entre as primeiras complicações apresentadas pelos pacientes (23%). Ainda, 3,6% e 1,4% dos pacientes a apresentaram como segunda e terceira queixa no boletim de atendimento, respectivamente. A literatura tem uma série de explicações para a dispnéia nos renais crônicos. Uma situação que pode ocorrer é a insuficiência cardíaca congestiva e o edema de pulmão devido à sobrecarga hídrica no paciente urêmico, gerando intensa dis-

pnéia⁽⁹⁾. Infecções do sistema respiratório podem ser também uma explicação para a maioria dos casos de dispnéia encontrados nesta amostra, pois o doente renal crônico costuma ser imunossuprimido, sendo mais predisposto a infecções^(1,10). Não podemos esquecer que os dados foram coletados em um período de clima frio na região, que predispõe as doenças infecciosas do sistema respiratório.

Febre também se destaca entre as primeiras complicações apresentadas pelos pacientes, com 10,1% da amostra. Manteve-se ainda como segunda e terceira queixa em 2,2% e 1,4% dos casos, respectivamente. Este dado é condizente com publicações anteriores em que a febre aparece entre as complicações mais prevalentes de renais crônicos em tratamento dialítico^(8,11). Lembrando, novamente, que o renal crônico costuma ser imunodeprimido e, conseqüentemente, tem uma suscetibilidade aumentada para infecções, o que explica o sintoma para os pacientes que não estão em diálise, considerando aqui também o fator clima e fatores predisponentes da região (temperatura, umidade entre outros)^(1,10). Quanto aos pacientes em tratamento dialítico, estes apresentam maior risco devido às punções das fistulas artério-venosas ou cateteres de duplo lúmen inseridos em veias centrais⁽¹⁰⁾. Na situação do paciente fazer diálise peritoneal, a peritonite é uma causa freqüente de febre nesses pacientes^(2,12).

As alterações neurológicas foram as primeiras queixas de 7,9% dos pacientes. Apresentando números relevantes entre a segunda (8,6%) e terceira queixas dos pacientes (5,1%). Entre elas foram mais freqüentes a cefaléia, tonturas, diminuição do sensorio e convulsões. Publicações prévias incluem a cefaléia entre as complicações mais comuns, como uma complicação prevalente em 5% dos pacientes que realizam tratamento dialítico, o que, neste caso, pode ser uma manifestação da síndrome do desequilíbrio^(10,11). Pode também estar relacionada à hipertensão arterial, assim como à abstinência de cafeína pós-diálise em pacientes que ingerem muito café, pois a diálise retira esta substância. Em geral, a diálise pode induzir à cefaléia em conseqüência de um grande deslocamento de água e de eletrólitos⁽¹¹⁾. Já a tontura pode ter sua etiologia na hipotensão arterial pós-diálise que possui uma incidência que varia de 10% a 50%, e pode ter como sintoma a tontura⁽¹⁰⁾. Pode ser apresentada também nos casos de hipoglicemia pós-diálise e alterações eletrolíticas⁽¹⁾.

A diminuição do sensorio e convulsões podem ter como causa a síndrome do desequilíbrio da diálise, que pode apresentar sintomas durante e após a diálise. No entanto, pode ocorrer com qualquer paciente e intensidade variável. A patogênese está relacionada com um edema cerebral secundário ao gradiente de uréia entre o sangue e o líquor, favorecendo a entrada de água para o interior das células do sistema nervoso central⁽¹³⁾. Pode também ter etiologias decorrentes da hemorragia intracraniana, da encefalopatia urêmica avançada e da hipocalcemia pré-diálise⁽¹⁰⁾.

As alterações de pressão (hipertensão e hipotensão) foram sintomas apresentados em 7,2% dos pacientes como primeira queixa, e 2,9% como segunda queixa no boletim de atendimento. A hipertensão tem provável etiologia na HAS que é a doença crônica complicante prevalente em doentes renais crônicos como foi discutido anteriormente. O excesso de líquido corporal pré-diálise ou mesmo a orientação para suspender a medicação anti-hipertensiva antes da diálise podem contribuir para a elevação da pressão, durante e após a diálise⁽⁷⁾.

A patogênese da hipotensão pode estar relacionada com um reflexo primário da grande quantidade de líquidos que é removida do volume plasmático durante uma sessão de diálise⁽¹⁴⁾. O mecanismo de ultrafiltração retira diretamente o líquido acumulado, no intervalo interdialítico, do espaço intravascular. Essa perda de volume intravascular é compensada pela transferência do líquido dos espaços extravasculares para o intravascular (reenchimento vascular). Se a velocidade de ultrafiltração ultrapassar a capacidade de reenchimento vascular, ocorre a hipovolemia e hipotensão arterial^(8,13).

As causas mais comuns para a hipotensão arterial após a diálise são: ganho excessivo de peso no período interdialítico, gerando uma retirada brusca de líquidos do espaço intravascular, solução de diálise com baixa concentração de sódio, hiperaquecimento da solução de diálise, uso de anti-hipertensivos, vasculopatias, cálculo do peso seco inadequado, hemorragia, septicemia e neuropatia autônoma: os pacientes diabéticos apresentam dificuldade na vasoconstrição arteriolar em resposta a quedas de volume, apresentando dificuldades em manter a pressão arterial^(1,10).

Sangramentos (digestivo e nasal) apresentaram uma prevalência de 6,5% nas primeiras e 1,4% nas segundas complicações apresentadas. Confor-

me estudos prévios, os pacientes que realizam hemodiálise com anticoagulação do sistema com heparina podem apresentar uma maior possibilidade de hemorragias⁽¹³⁾.

Náuseas e/ou vômitos foram encontrados em 5,8% das primeiras complicações, 5% das segundas complicações e 2,2% das terceiras complicações referidas pelos pacientes. Esses episódios podem estar relacionados com manifestações da síndrome do desequilíbrio, ser causados por distúrbios eletrolíticos ou hipotensão pós-diálise⁽²⁾.

As complicações da fístula artério-venosa (FAV) tiveram prevalência de 5% nas primeiras alterações relatadas, resultado que enfatiza a importância dos cuidados com a FAV, e está ligado à forma de se autocuidar do paciente, e que por sua vez está relacionada às estratégias de educação para a saúde que a equipe que o acompanha tem desenvolvido com ele.

Lombalgias e dores músculo-esqueléticas estavam presentes em 4,3% dos participantes entre as primeiras queixas, de acordo com outros estudos com prevalências similares de 2% a 5%^(9,10). Dores musculares e ósseas podem estar relacionadas com alterações do metabolismo ósseo e mineral, freqüentes em doentes renais crônicos⁽²⁾.

Precordialgia teve uma prevalência de 3,6%, como primeira complicação e ainda foi a segunda queixa de 4,3% dos pacientes que procuraram a unidade de emergência. Um estudo relata que a doença cardiovascular é a principal causa de morte em pacientes urêmicos em diálise, 10 a 20 vezes mais freqüente do que em indivíduos não urêmicos, sendo a doença renal crônica considerada fator de risco independente para a aterosclerose. Ainda relata que grande parte dos doentes renais crônicos tem anemia normocítica e normocrômica, e está associada a diversas anormalidades fisiológicas quando não tratada, entre elas a precordialgia⁽²⁾.

Publicações anteriores relatam que a dor torácica é uma das complicações mais freqüentes entre os doentes renais crônicos em tratamento dialítico^(10,11), com resultados similares aos encontrados nessa pesquisa (2% a 5%).

As alterações cardíacas (palpitações, taquicardia, bradicardia, derrame pericárdio) estavam presentes em 3,6% dos casos, entre as primeiras alterações apresentadas. Pesquisas anteriores relatam que as arritmias cardíacas ventriculares ou supraventriculares são complicações freqüentes durante a diálise, observadas com maior freqüên-

cia em pacientes com hipertrofia ventricular esquerda acentuada, doença cardíaca isquêmica e doença pericárdica. Outro fator de risco importante é a hipocalcemia e hipomagnesemia induzidas pela diálise, principalmente quando associadas ao uso de digitálicos⁽¹³⁾. A hipercalemia, valor sérico do potássio maior que 5,0 mEq/l, também pode estar envolvida na etiologia, normalmente manifesta-se através de fraqueza muscular e dificuldade para deambular. Porém, pode ter conseqüências sérias: bradicardia, hipotensão, fibrilação ventricular e PCR. A etiologia está relacionada com a não aderência do cliente à dieta hipocalêmica⁽¹⁾.

Esse trabalho apresentou um número significativo de complicações com baixa freqüência, que foram agrupados em "outras complicações".

Comparando nossos achados com outro estudo sobre atendimento de emergência, que mostra que o fluxo adequado previsto pelo nosso sistema de saúde ainda não é seguido⁽³⁾, os resultados desse trabalho vêm reforçar essa situação.

CONCLUSÃO

Neste estudo, constatou-se uma procura significativa dos doentes renais crônicos com complicações ao serviço de emergência do HCPA. O perfil apresentado por estes pacientes foi do sexo feminino, procedentes da região metropolitana ou da capital, portadores de doenças crônicas complicantes, como a HAS e DM, na faixa etária acima dos 41 anos. Foi observado um número maior de pacientes que não realizam tratamento dialítico, porém, a prevalência de complicações dos que realizam também foi grande se considerarmos que estes pacientes encontram-se em acompanhamento constante, por parte da equipe de saúde.

Em relação às complicações que fizeram os participantes procurarem o atendimento de emergência, verificou-se que a dispnéia foi prevalente, seguida de febre, alterações neurológicas como cefaléia, tonturas, diminuição do sensorio, tremores e até convulsões. Ainda se destacaram queixas de alterações de pressão arterial, sangramentos, náuseas e vômitos, complicações da fístula arteriovenosa, lombalgias, precordialgias.

Entendemos que a maioria das complicações apresentadas poderia ser tratada no próprio serviço de origem dos pacientes, que são as unidades onde esses doentes crônicos fazem acompanhamento, a qual eles estão inseridos ou mesmo em postos

de saúde, não descaracterizando, assim, o atendimento de emergências proposto pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

Diante do que foi exposto neste trabalho, percebe-se a necessidade de maior acompanhamento dos pacientes crônicos pela equipe multidisciplinar que os acompanha, por meio de consultas periódicas com o objetivo de manutenção da saúde, evitando o agravamento da doença. Uma linha de atendimento direto com a equipe de saúde das unidades renais possibilitaria orientações imediatas em situações de emergência por meio de contatos telefônicos, consultas com a equipe renal de plantão ou mesmo manuais de orientação para situações de emergência, diminuindo a procura pelo serviço de emergência do hospital. Esta conduta aumentaria a possibilidade de atendimento dos usuários que realmente tenham uma situação crítica de saúde e necessidade de atendimento de emergência.

Esta pesquisa não encerra o assunto, deixando aberta a possibilidade de novos trabalhos na área, principalmente devido à escassez de estudos sobre o tema e ao crescimento do número de doentes renais crônicos no mundo todo, agravado pela grande morbidade e mortalidade apresentada por esta patologia.

REFERÊNCIAS

- 1 Lima EX, Santos I. Atualização de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Nefrologia; 2004.
- 2 Barros E, Manfro RC, Thomé FS, Gonçalves LF. Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- 3 Galloti RMD. Eventos adversos e óbitos hospitalares em serviço de emergência clínicas de um hospital universitário terciário: um olhar para a qualidade da atenção [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.
- 4 Souza RB, Silva MJP, Nori A. Pronto-socorro: uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e pacientes. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(2):242-9.
- 5 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

- 6 Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(1):97-104.
- 7 Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Idosos com insuficiência renal crônica: alteração do estado de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004;12(3):525-32.
- 8 Pinheiro ME, Alves CMP. Hipertensão arterial na diálise e no transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2003;25(3):142-8.
- 9 Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
- 10 Fermi MRV. Manual de diálise para enfermagem. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
- 11 Nascimento C. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2005;58(6):719-22.
- 12 Troidle L, Brennan NG, Kliger A, Finkelstein FO. Continuous peritoneal dialysis-associated peritonites: a review and current concepts. *Seminars in Dialysis* 2003;16(6):428-37.
- 13 Castro MCM. Atualização em diálise: complicações agudas em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia* 2001;23(2):108-13.
- 14 Hossli SM. Clinical management of intradialytic hypotension: survey results. *Nephrology Nursing Journal* 2005;32(3):287-92.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address:**

Guilherme Breitsameter
Av. João Carlos Bertussi da Silva, 115
91220-270, Porto Alegre, RS
E-mail: guilhermebreit@hotmail.com

Recebido em: 19/12/2007
Aprovado em: 13/06/2008