

Tratamento de sintomas comuns em pacientes com Doença Renal Crônica Avançada

Introdução

Relatórios internacionais indicam que nos últimos 30 anos surgiu no mundo uma alarmante e progressiva incidência de pacientes com Doença Renal Crônica Avançada (DRCA) submetidos à diálise, associado à alta prevalência de suas principais patologias predisponentes: hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Ainda que a diálise melhore alguns sintomas e a sobrevida dos pacientes, não cura a doença, tem morbimortalidade associada e afeta significativamente a qualidade de vida dos indivíduos dialisados e de suas famílias. Atualmente, diversas organizações de saúde e sociedades científicas da especialidade no mundo propuseram incorporar o modelo de medicina paliativa à nefrologia, alicerce dos objetivos deste Curso on-line de Cuidados Paliativos Renais. A proposta permitiria cuidar e abordar de forma integrada vários problemas específicos do paciente renal, tais como: manejo da dor e alívio dos sintomas associados à terapia dialítica; dilemas éticos relativos à entrada/abandono da diálise; acompanhamento no processo de morrer e no luto, nas fases finais da DRCA; e suporte em aspectos psicossociais e espirituais a pacientes, familiares e equipe de saúde.

Os pacientes com DRCA referem múltiplos sintomas cuja origem está relacionada à uremia crônica, às comorbidades associadas, sendo que muitas delas são causa da nefropatia, e inerentes à diálise. A dor moderada a severa é um sintoma comum nos estágios avançados da doença, com prevalência de 40-55% dos pacientes. Além disso, a perda de energia e o prurido são reportados em mais de 50% destes pacientes. Outros sintomas referidos são sonolência, dispneia ou edema, câibras, inapetência, pernas inquietas, distúrbios do sono e constipação. Muitos destes sintomas podem ser manejados com intervenções simples que aliviam o mal-estar e melhoram a qualidade de vida. A avaliação e manejo dos sintomas é um importante componente na qualidade do cuidado integral aos pacientes com DRCA. Além disso, o estudo global e periódico dos sintomas com instrumentos validados deveria ser incorporado à prática clínica habitual nas unidades de nefrologia e diálise. (Quadro 1)

Recomendações de avaliação e manejo dos sintomas

- O tratamento dos sintomas requer uma abordagem em etapas. O tratamento de primeira linha inclui as intervenções não farmacológicas, para avançar depois às terapias mais complexas. A segunda linha é a terapia farmacológica, que deve promover o uso das doses mais baixas possíveis e procurar ser efetiva no tratamento de vários sintomas.
- A evidência atual é suficiente para sustentar a elaboração de guias de prática clínica que ajudem no tratamento escalonado do prurido urêmico, dos distúrbios do sono, da síndrome das pernas inquietas, e da dor e a depressão associadas à DRCA.

- A pesquisa sobre o tratamento dos sintomas é uma prioridade no manejo integral do paciente com DRCA. É necessária atenção especial à eficácia relativa das estratégias de manejo, incluindo o impacto sobre as dificuldades mais relevantes para os pacientes, tais como a carga geral de sintomas, a capacidade funcional física e a qualidade de vida.

Quadro 1.

Adaptado de Davison SN et al: Supportive Care in CKD: a KDIGO Executive Summary Report. *Kidney Int.* 2015 Sep; 88(3):447-59.

Este artigo tem como objetivo disponibilizar sugestões ou recomendações para o tratamento dos sintomas mais comuns referidos pelos pacientes com DRCA, os quais afetam significativamente sua qualidade de vida. Embora exista pouca evidência validada sobre como tratar esses sintomas, fizemos uma compilação das sugestões ou recomendações propostas por destacados autores dedicados a esses temas, e cujas citações bibliográficas são mencionadas no final do documento. Foi excluído o estudo e tratamento da dor, que será abordado em outro documento do curso.

I. Prurido

O prurido é reportado por 45 50% dos pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal e é descrito como de intensidade moderada a severa, com impacto na qualidade de vida.

Características

- Está associado aos altos níveis de uremia, cálcio e fósforo, assim como à hipoalbuminemia e à ferritina baixa;
- É exacerbado pelos seguintes fatores: calor, repouso, secura na pele e sudorese;
- Pode ocorrer de forma permanente ou transitória;
- Localizado ou generalizado;
- Acentua-se durante a noite,
- Pode ser causa de distúrbios do sono.

Estratégias para o tratamento do prurido

Existe pouca evidência que valide as diversas terapias utilizadas para o alívio do prurido urêmico. A efetividade do tratamento dependerá de sua etiologia.

É primordial garantir nos pacientes em diálise uma terapia de boa qualidade para a depuração das toxinas urêmicas, e promover o uso de quelantes de fósforo nos pacientes com hiperfosfatemia.

Medidas gerais

- Evitar banhos com temperatura alta e ingestão de álcool;
- Manter a pele úmida com cremes hidratantes;
- Uso de loções emolientes no banho;
- Preferir o uso de roupa não sintética;
- Manter unhas curtas, e luvas à noite;
- Durante o banho, alternar a temperatura da água, mudando entre fria e, depois, quente, pode aliviar o prurido, em algumas ocasiões, e
- Avaliar e tratar os distúrbios do sono.

Tratamento tópico

- Creme com capsaicina, é útil na região do prurido;
- Uso livre de emolientes,
- Não é recomendado o uso de tratamentos tópicos com corticoides, pelos seus potenciais efeitos colaterais.

Medidas específicas

1. Anti-histamínicos

Apesar de haver pouca evidência para sustentá-lo, ainda são utilizados como tratamento inicial. São simples de usar e seus benefícios e efeitos adversos podem ser monitorizados.

2. Gabapentina

É recomendado, para pacientes em diálise, usar 300 mg depois de cada sessão, e para pacientes em estágio V, sem diálise, usar 100 mg a cada dois dias, monitorizando os efeitos colaterais por acumulação do fármaco.

3. Luz ultravioleta

4. Ondansetrona: 4 mg, a cada 12 horas.

5. Naltrexona: 50 mg, uma vez por dia.

II. Fraqueza e fadiga

Características

A redução da atividade física tem grande impacto na qualidade de vida da pessoa com DRCA. Restringe a vida social, laboral, os afazeres domésticos, e progressivamente os pacientes passam a depender de terceiras pessoas ou de sua família. Essa dependência, juntamente com a perda do seu papel familiar e social, gera baixa autoestima, com potencial depressão e distresse psicossocial.

A fraqueza muscular é um importante fator conducente à redução da mobilidade e da atividade, por sua vez, caso não se intervenha, irá gerar um círculo vicioso, reforçando e gerando mais fraqueza muscular. A diminuição da capacidade funcional, a dependência de outras pessoas, junto à frustração e distresse psicossocial, contribuem para a acentuação e a redução da qualidade de vida.

Fatores que contribuem para a letargia:

- Diálise de qualidade subótima;
- Síndrome urêmica;
- Anemia;
- Alterações eletrolíticas (potássio, cálcio, sódio, fósforo e magnésio);
- Desnutrição;
- Distúrbios do sono;
- Depressão,
- Dor devido a doença óssea associada à DRCA.

Estratégias para o tratamento da fraqueza e fadiga

A abordagem terapêutica da fraqueza e da fadiga dependerá do estágio da doença na qual o indivíduo estiver, bem como da sua expectativa e prognóstico de vida. Aquilo que pode ser adequado para um paciente com expectativa de vida de muitos anos pode ser desaconselhável para quem tiver expectativa de semanas ou dias.

A qualidade da terapia deverá ser otimizada nos pacientes em diálise. Além disso, a anemia deverá ser corrigida sempre e o estado nutricional melhorado até o nível apropriado à condição clínica e prognóstico da doença.

Medidas gerais

- Avaliação e melhora do estado nutricional;
- Programa de Reabilitação adequado, adaptado à condição e prognóstico;
- Apoio psicossocial e familiar;
- Melhorar distúrbios do sono;
- Avaliação pela equipe de saúde mental para descartar depressão evidente ou encoberta,
- Tratamento da depressão, se tiver.

III. Distúrbios do sono

Os distúrbios do sono afetam cerca da metade dos pacientes em diálise. Os distúrbios do sono e a sonolência diurna estão associados à baixa qualidade de vida e, portanto, devem ser abordados pelas

equipes de saúde renal. O paciente, caracteristicamente, deve referir dificuldade para iniciar o sono, acordar muito cedo ou ter a percepção de um sono não restaurador pela manhã.

Considerações para o manejo

Pode estar associado a outros sintomas da DRCA, como câibras, síndrome das pernas inquietas, dor, prurido, letargia, depressão, anemia e alterações eletrolíticas.

- Avaliar e tratar qualquer uma das condições reversíveis associadas;
- Tratar a síndrome das pernas inquietas;
- Fomentar bons hábitos de higiene do sono;
- Evitar ou diminuir a sesta pós-prandial;
- Evitar café e cigarro;
- Apoio psicoterápico associado a técnicas de relaxamento;
- Hipnóticos. Benzodiazepínicos têm sua ação prolongada nos pacientes renais, sugere-se utilizar hipnóticos com curta duração de ação para prevenir a sonolência no dia seguinte;
- Zoplicona e zolpidem são recomendados. Vida média 2-5 h; agem nos mesmos receptores benzodiazepínicos, mesmo sendo farmacologicamente diferentes,
- Zolpidem, 5 mg oral ao deitar.

IV. Câibras

A prevalência de câibras nos pacientes em diálise supera 50%. Podem ocorrer durante o procedimento dialítico ou imediatamente depois. Presume-se que as câibras em diálise estão relacionadas à remoção de água e solutos durante o procedimento. Também podem estar associadas aos desequilíbrios hidroeletrólíticos (potássio, cálcio, sódio e magnésio).

Estratégias de manejo

O apoio físico, com estiramento do músculo ou aplicação de calor, pode ser suficiente. O tratamento com medicamentos dependerá da intensidade e frequência com que as câibras se apresentam.

Se estiver em diálise:

- Ajustar o peso seco, e o sódio e potássio do concentrado para diálise;
- Aportar carnitina durante a diálise (indicação é controversa);
- Quinina,
- Vitamina E 400 IU, oral.

V. Anorexia e perda de peso

Características

Em torno da metade dos pacientes com DRCA, estejam ou não em diálise, apresenta anorexia e perda de peso. Sua causa é multifatorial, sendo motivado por náuseas persistentes; distúrbios do paladar; secura na boca; infecções bucais; retardo no esvaziamento gástrico (particularmente em diabéticos); prescrição de dietas restritivas, que eliminam os alimentos preferidos dos pacientes; constipação; diarreia ou apresentação de sintomas digestivos com a ingestão de alimentos; distensão abdominal, em pacientes em diálise peritoneal; fadiga excessiva, que anula a vontade de cozinhar; isolamento social e estar obrigado a comer sozinho, subdiálise, depressão etc. A presença de ambas está associada a um estado inflamatório crônico e à menor sobrevida em diálise.

Estratégias terapêuticas:

- Avaliação por nutricionista com experiência em pacientes com DRCA;
- Liberalização da dieta, permitindo a ingestão dos alimentos mais desejados;
- Tratamento das infecções bucais;
- Trocar os medicamentos que secam a boca;
- Utilização de antieméticos (p. ex.: domperidona), meia hora antes das refeições, se tiver náuseas;
- Melhorar a apresentação dos alimentos, na quantidade que o paciente estimar suficiente;
- Acompanhar os pacientes durante suas refeições, a menos que eles desejem comer sozinhos;
- Tratar a depressão;
- Assistir os pacientes durante suas refeições, em particular no final, se ficarem cansados,
- Tentar o uso de estimulantes de apetite (p. ex.: dexametasona, 2-4 mg por dia).

VI. Constipação

Características

A constipação é um sintoma muito comum nos pacientes com DRCA, decorrente de múltiplas razões, tais como: diminuição da mobilidade, redução do volume de ingestão líquida e alimentos sólidos, restrições na ingestão de fibras vegetais (proibição de alimentos ricos em potássio), medicamentos (quelantes de fósforo, sais de ferro) etc.

É um sintoma que apresenta maior frequência nos pacientes em diálise peritoneal que naqueles em hemodiálise.

Estratégias terapêuticas

Medidas gerais

- Aumentar a ingestão líquida até onde for seguro;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras;
- Evitar o sedentarismo e aumentar a mobilidade,
- Procurar ter privacidade e conforto durante a defecação.

Medidas específicas

- Utilizar laxantes, como senna, bisacodil, dantron etc.;
- Utilizar drogas amaciantes de fezes, como docusato, polietilenoglicol etc.,
- Utilizar estimulantes para facilitar a evacuação, como supositórios de glicerina ou bisacodil.

VII. Síndrome das pernas inquietas

Características

A síndrome das pernas inquietas (SPI) é um transtorno frequente nos pacientes com DRCA. Ao redor de 20% dos pacientes em diálise apresenta esta síndrome, consistente em mal-estar nas pernas, habitualmente antes de dormir, que alivia com sua movimentação. Este incômodo nas pernas produz a necessidade irresistível de movimentá-las, e pode ser aliviado parcial ou totalmente com o movimento; acontece quando o paciente está inativo ou em repouso, usualmente à tarde ou à noite.

A presença desse transtorno interfere na qualidade de vida dos doentes e no sono noturno. Relaciona-se, ainda, à menor sobrevida.

O tipo de terapia de substituição da função renal influencia a prevalência da SPI. É mais frequente nos pacientes em diálise peritoneal que naqueles em hemodiálise e, geralmente, desaparece semanas depois de um transplante renal bem sucedido.

Estratégias de tratamento

O SPI, felizmente, é um transtorno neurológico que responde bem ao tratamento.

Medidas gerais

- Devem ser evitados longos períodos de imobilidade;
- Redução do consumo de cigarros e cafeína;
- Evitar a privação do sono,
- Evitar drogas potencialmente agravantes (anti-histamínicos, antidepressivos, neurolépticos).

Medidas específicas

Pramipexol: 0,125 a 0,5 mg ao dia;

Ropirinol: 0,25 mg à noite;

Clonazepam,

Levodopa.

VIII. Náuseas

Características

As náuseas são referidas como sintoma frequente em um terço dos pacientes em diálise e têm correlação, principalmente, com as toxinas urêmicas e, em especial, quando são aumentadas de forma brusca, sem permitir ao corpo desenvolver uma tolerância a seus efeitos eméticos.

Outros fatores que participam da gênese das náuseas nos pacientes com DRCA são:

- Desequilíbrios hidroeletrólíticos;
- Medicamentos que podem provocar náuseas como efeito colateral (opioides, antibióticos).
- Quadro infeccioso associado.
- Esvaziamento gástrico retardado (enteropatia diabética; opioides; amitriptilina).
- Constipação.

Estratégias de tratamento

- Pesquisar as causas reversíveis;
- Escolher antieméticos apropriados;
- Se as náuseas ou vômitos forem constantes, prescrever medicamentos com horário, nas doses ajustadas segundo a função renal.
- Em algumas ocasiões, deverá usar dose adicional de resgate se a náusea ou vômitos ocorrerem fora do horário da prescrição.
- Caso haja ausência de resposta, deverá reavaliar o diagnóstico, verificar o uso de acordo conforme o indicado ou, então, mudar a via de administração, se houver vômitos.
- Se for incapaz de deglutir ou tiver vômitos, é recomendado o uso de antieméticos por via subcutânea. Em fases mais avançadas, no fim da vida, podem ser usados em infusão contínua.

Medidas específicas

Ondansetrona: 4 mg, via oral, a cada oito horas.

Metoclopramida: 5 mg, a cada 12 h. (Tem utilidade maior na gastroparesia).

Haloperidol: 0,5 mg, oral, a cada oito horas. (Usar 50% da dose normal).

Se as náuseas não cederem ou o fizerem só parcialmente com o tratamento, sugere-se uso de

Dexametasona: 2-6 mg/dia, via oral ou injeção subcutânea.

Referências bibliográficas

1. Chambers EJ, Germain M, Brown E. (Eds.): Supportive Care for the Renal Patient. Oxford University Press, 2004.
2. Moss AH, Holley IL, Davison SN, Dart RA, Germain MJ, Cohen L, et al. Core Curriculum in Nephrology Palliative Care. *Am J Kidney Dis.* 2004; 43:172-85.
3. Brown E, Chambers EJ, Eggeling C. (Eds.): End of life care in Nephrology. Oxford University Press, 2007.
4. Brown E, Murtagh F, Murphy E. (Eds.) Second Edition: Kidney Disease. From advanced disease to bereavement. Oxford University Press, 2012.
5. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, et al. Supportive care in CKD: a KDIGO executive summary report. *Kidney Int.* 2015 Sep; 88(3):447-59.
6. O'Connor NR, Corcoran AM. End-Stage Renal Disease: Symptom Management and Advance Care Plannin. *Am Fam Physician.* 2012; 85(7):705-710.
7. Moledina DG, Wilson FP. Pharmacologic Treatment of Common Symptoms in Dialysis Patients: A Narrative Review. *Seminars in Dialysis.* (28)4:377-383.