

DOENÇA RENAL CRÔNICA EM IDOSOS: UM ESTUDO DESCRITIVO

Rosielle Batista Ferreira

Rayne Gomes Amorim

Juliana Célia de Farias Santos

Resumo: O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil clínico e nutricional de idosos com doença renal crônica. Trata-se de estudo transversal, descritivo de base populacional, realizado com idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior aos 60 anos, portadores de DRC em tratamento conservador. Os pacientes foram recrutados na unidade de sistema urinário de um hospital universitário de Maceió, Alagoas. Aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa sob o número CAAE 43975115.9.0000.5013. Dos 52 idosos estudados, 94,2% e 68,3% apresentavam HAS e DM, sendo essas duas condições associadas em 63,4% da amostra. A prevalência de DRC por diferentes estágios de progressão foi de 13,1% para os estágios iniciais 1 e 2, sendo 86,8% para os estágios mais progredidos, respectivamente 3,4 e 5 não dialítico. A média de peso foi de $68,4 \pm 15,1$ kg, e IMC atual $27,2 \pm 5,6$ kg/m², sendo 56,5% classificados com excesso de peso, enquanto 95,8% apresentaram o percentual de gordura corporal elevado, com média de $37,9 \pm 8,7$ %. O risco elevado para DCV esteve presente em 90,2% dos pacientes, com média de CC de $99,9 \pm 12,2$ cm. Em relação ao controle metabólico, observa-se que 48,7% apresentaram anemia com níveis de hemoglobina de $11,3 \pm 1,5$ mg/dL, o controle glicêmico alterado esteve presente em 59,3% com glicemia de jejum de $128,6 \pm 52$ mg/dL. Enquanto o para o controle de função renal as médias foram de $2,3 \pm 1,3$ mg/dL, $36,0 \pm 30,1$ ml/min/1,73m², $92,0 \pm 45,3$ mg/dL e $34,1 \pm 22,5$ ml/min/1,73m², para os níveis de creatinina, *clearance* de creatinina, uréia e TGF, respectivamente. Conclui-se que há prevalência elevada de idosos em estágios mais progredidos da doença renal, apresentando um perfil nutricional de elevado risco de doenças cardiovasculares, além de um total descontrole metabólico, indicativo de maior risco para desordens clínicas associadas.

Palavras-chave: Envelhecimento. Insuficiência renal. Estado nutricional.

Abstract: The objective of this study was to characterize the clinical and nutritional profile of elderly patients with chronic kidney disease. This cross-sectional, descriptive, population-based study was conducted with elderly people of both sexes, aged 60 years or older, with DRC undergoing conservative treatment. Patients were recruited at the urinary system unit of a university hospital in Maceió, Alagoas. Approved by the Ethics and Research Committee under the CAAE number 43975115.9.0000.5013. Of the 52 elderly

studied, 94.2% and 68.3% had SAH and DM, and these two conditions were associated in 63.4% of the sample. The prevalence of CKD by different stages of progression was 13.1% for the initial stages 1 and 2, with 86.8% for the more advanced stages, respectively 3.4 and 5 non-dialytic. The mean weight was 68.4 ± 15.1 kg, and the current BMI 27.2 ± 5.6 kg / m², with 56.5% being overweight, while 95.8% presented the percentage of fat with an average of $37.9 \pm 8.7\%$. The high risk for CVD was present in 90.2% of the patients, with mean CC of 99.9 ± 12.2 cm. Regarding metabolic control, 48.7% had anemia with hemoglobin levels of 11.3 ± 1.5 mg / dL, altered glycemic control was present in 59.3% with fasting glycemia of $128, 6 \pm 52$ mg / dL. The mean values for the renal function control were 2.3 ± 1.3 mg / dL, 36.0 ± 30.1 mL / min / 1.73 m², 92.0 ± 45.3 mg / dL and $34, 1 \pm 22.5$ ml / min / 1.73 m², for creatinine, creatinine clearance, urea and TGF, respectively. It is concluded that there is a high prevalence of elderly patients at more advanced stages of renal disease, presenting a nutritional profile with a high risk of cardiovascular diseases, besides a total metabolic lack of control, indicative of a higher risk for associated clinical disorders.

Keywords: Aging. Renal insufficiency. Nutritional status.

1 INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada um grande problema de saúde pública em todo o mundo, causando grande impacto negativo na expectativa e qualidade de vida de seus portadores e demandando parte significativa dos recursos alocados para a saúde. (ALVES, 2017; BARRETO 2016; CRESTANI, 2013).

O envelhecimento populacional, juntamente com a crescente incidência de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças não transmissíveis, tem contribuído para o aumento da prevalência da DRC e da doença renal terminal. Embora seja discutível se a diminuição da TFG ou aumento da relação albumina/creatinina em idosos representa uma doença ou "envelhecimento normal", destaca-se que o envelhecimento está associado ao acúmulo de comorbidades e ao uso de medicamentos que podem culminar em redução da TFG e da albuminúria (MARINHO, 2017; FRANCESCHINI, 2015)

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil clínico e nutricional de idosos com doença renal crônica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente, a DRC é definida pelas Diretrizes para Avaliação e Manuseio da Doença Renal Crônica na Prática Clínica (*Kidney Disease Improvement Global Outcomes - KDIGO*) como sendo anormalidades funcionais ou estruturais dos rins, presentes por mais de três meses, com implicações para a saúde do paciente (ALVES, 2017; BARRETO 2016; CRESTANI, 2013).

A DRC é um grande multiplicador de risco em pacientes com diabetes, hipertensão, doença cardíaca e acidente vascular cerebral - que são as principais causas de morte e incapacidade em pessoas mais idosas (TONELLI, 2014).

Considerando que a população a partir dos 60 anos de idade é a que mais cresce em todo o mundo, passando de 841 milhões em 2013 para dois bilhões em 2050, e que o diagnóstico precoce e as intervenções terapêuticas em fases iniciais da DRC podem impactar favoravelmente pacientes com disfunção renal, torna-se fundamental conhecer as estratégias propostas para o tratamento dessa doença (MAGALHÃES, 2015; STEVENS, 2013).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo. Para o desenvolvimento do plano amostral foi considerada a amostra de conveniência formada por todos os pacientes portadores de DRC em fase não-dialítica com idade igual ou superior aos 60 anos, assistidos pelo Ambulatório de Nutrição em Nefrologia na Unidade do Sistema Urinário (USU) do HUPAA da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Foram inclusos pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior aos 60 anos, portadores de DRC em fase não-dialítica (estágios 1 a 5 com TFG entre 90 e 15

L/min/1,73 m²), atendidos pelo ambulatório de Nutrição em Nefrologia na Unidade do Sistema Urinário (USU) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas, atendidos no período de outubro de 2014 a dezembro de 2017. Foram excluídos Pacientes alcoólatras, portadores de HIV e câncer.

Foram atendidos no ambulatório de Nutrição em Nefrologia (FANUT/UFAL) todos os pacientes encaminhados dos ambulatórios médicos e multidisciplinar na Unidade do Sistema Urinário do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, os quais foram convidados a participar da pesquisa.

Para a avaliação antropométrica foram aferidas as variáveis: peso corporal com auxílio balança digital Fillizola (capacidade máxima de 150 kg e precisão de 100 g), dotado de fita métrica inextensível (2 m de extensão e precisão de 0,1 cm). Essas medidas serão realizadas segundo técnicas preconizadas por Lohman *et al.* Em idosos, a altura foi estimada por meio da altura do joelho (AJ) de acordo com as equações preditivas de Chumlea. Os valores de peso e altura serão utilizados no cálculo do índice de massa corporal (IMC), o qual foi realizada a classificação por meio de Lipschitz, que classifica o IMC <22,0kg/m², magreza; 22-27,0kg/m², eutrofia; e, >27 kg/m², excesso de peso. A circunferência do braço (CB) foi obtida através da medida realizada com fita métrica inextensível medindo o braço flexionado em direção ao tórax, formando um ângulo de 90°, marcando o ponto médio, encontrado entre o acrômio e o olecrano, após a marcação, os pacientes foram orientados a ficarem em posição fundamental e aferido o perímetro braquial. O resultado obtido foi avaliado de acordo com Frisancho, utilizando-se como referência o percentil 50° para população brasileira, com a equação de adequação da CB (%) = CB obtida (cm) x 100 / CB percentil 50.

Na avaliação do risco cardiovascular foi realizada a aferição da circunferência da cintura (CC) com fita métrica inextensível (precisão de 0,1 cm), sendo medido o ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. Sua classificação foi feita de acordo com Brandão *et al.*

Para estimativa da taxa de filtração glomerular (TFG) foi utilizada a fórmula proposta por Levey, et al. CKD-EPI ($TFG = 141 \times \min(Cre/\kappa, 1)^\alpha \times \max(Cre/\kappa, 1) - 1.209 \times 0,993^{Idade} \times 1,018$ [se mulher] $\times 1,159$ [se negro]), onde: Cre: é creatinina sérica, κ : é 0,7 para mulheres e 0,9 para homens, α : é 0,329 para mulheres e 0,411 para homens, min: indica o mínimo de Cre/ κ ou 1; max: indica o máximo de Cre / κ ou 1. Para o estadiamento da doença renal crônica, foi utilizada a classificação proposta pelo Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) que classifica a doença em cinco estágios funcionais, de acordo com o nível da TFG, sendo ≥ 90 = estágio 1, 60 – 89= estágio 2, 30 – 59 = (3A = 45 – 59) e (3B = 30 – 44), 15 – 29= estágio 4 e < 15 = estágio 5 .

Os dados bioquímicos, descritos a seguir, foram coletados através das informações dos últimos três meses contidas nos prontuários: hemoglobina, glicemia em jejum, clearance de creatinina, TGF, creatinina e ureia.

A porcentagem de gordura corporal (%GC) foi calculada pela fórmula proposta por Deurenberg *et al.*, onde: $\%GC = (1,2 \times IMC) + (0,23 \times idade) - (10,8 \times sexo) - 5,4$, IMC é expresso em kg/m^2 , idade em anos e sexo feminino = 0 e sexo masculino = 1. As %GC foram classificadas como alta quando acima de 25% nos homens e de 32% nas mulheres, de acordo com Lohman.

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do programa Microsoft Excel e as análises foram realizadas com o auxílio do programa Stata 13.0 (StataCorp LP, College Station 0, TX, USA). As variáveis contínuas foram apresentadas em média e desvio-padrão para as que apresentaram distribuição normal e em mediana e intervalo interquartil para as não-paramétricas.

O presente trabalho fez parte de um projeto maior anteriormente aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa sob o número CAAE 43975115.9.0000.5013.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compuseram a amostra 52 pacientes com média de idade de $71,4 \pm 7,8$ anos de idade, sendo 53,8% do sexo feminino. Do total, 94,2% e 68,3% apresentavam HAS e DM como doenças de base para os danos renais, sendo essas duas condições associadas em 63,4% da amostra.

Em relação à prevalência de DRC por diferentes estágios de progressão, nota-se que 13,1% estavam nos estágios iniciais, compreendendo os estágios 1 e 2; enquanto 86,8% estavam nos estágios mais progredidos, respectivamente 3, 4 e 5 não dialítico.

Na avaliação do perfil nutricional antropométrico, os pacientes apresentaram média de peso de $68,4 \pm 15,1$ kg, e IMC atual $27,2 \pm 5,6$ kg/m², sendo 56,5% classificados com excesso de peso (sobrepeso/obesidade), enquanto 95,8% apresentaram o percentual de gordura corporal elevado, com média de $37,9 \pm 8,7$ %. O risco elevado para DCV esteve presente em 90,2% dos pacientes, com média de CC de $99,9 \pm 12,2$ cm.

Quando analisados os dados de controle metabólico, evidenciado pelos exames bioquímicos, observa-se que 48,7% dos avaliados apresentaram diagnóstico de anemia apresentando níveis de hemoglobina de $11,3 \pm 1,5$ mg/dL. Nota-se uma alteração substancial no controle glicêmico onde 59,3% apresentaram hiperglicemia com médias de glicemia de jejum de $128,6 \pm 52$ mg/dL. Enquanto o controle de função renal esteve alterado em todas as variáveis analisadas, as quais: níveis de creatinina, *clearance* de creatinina, uréia e TGF apresentaram médias de $2,3 \pm 1,3$ mg/dL, $36,0 \pm 30,1$ ml/min/1,73m², $92,0 \pm 45,3$ mg/dL e $34,1 \pm 22,5$ ml/min/1,73m², respectivamente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que há prevalência elevada de idosos em estágios mais progredidos da doença renal, apresentando um perfil nutricional com elevado risco de doenças

cardiovasculares, além de um total descontrole metabólico, indicativo de maior risco para distúrbios clínicos associados. O estudo sugere um olhar diferenciado para os idosos com diagnóstico de doença renal, sobretudo para modificar o controle metabólico e prevenir complicações clínicas, através de estratégias de tratamento medicamentoso e não medicamentoso das doenças, bem como pela oferta de intervenções educativas com ampliação da cobertura de cuidados aos renais idosos.

REFERÊNCIAS

Alves LF, et al. Prevalência da doença renal crônica em um município do sudeste do Brasil. J. Bras. Nefrol., Vol.39, nº 2, São Paulo, Apr/jun 2017.

Barreto SM, Ladeira RM, Duncan BB, Schmidt MI, Lopes AA, Benseñor IM, et al. Chronic kidney disease among adult participants of the ELSA-Brasil cohort: association with race and socioeconomic position. J Epidemiol Community Health 2016; 70:380-9.

Crestani Filho VJ, Rodrigues RAC. Progressão da doença renal crônica: experiência ambulatorial em Santarém - Pará. J Bras Nefrol 2013; 35:99-106.

Franceschini N, Gouskova NA, Reiner AP, Bostom A, Howard BV, Pettinger M, et al. Adiposity patterns and the risk for ESRD in postmenopausal women. Clin J Am Soc Nephrol. 2015;10(2):241-50.

Magalhães FG, Goulart RMM. Doença renal crônica e tratamento em idosos: uma revisão integrativa.

Marinho AWGB, Penha AP, Silva MTA, Galvão TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. Cad. Saúde Colet., 2017, Rio de Janeiro, 25 (3): 379-388.

Stevens PE, Levin A. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2012 Clinical Practice Guideline. Ann Intern Med 2013;158(11):825-30.

Tonelli M, Riella M. Doença renal crônica e o envelhecimento da população. Braz. J. Nephrol 2014; 36(1):1.