

HELENA MARIA PENA LIMA

*Acadêmica do Curso de Mestrado em Clínica
Médica do Centro Universitário Lusíada -
UNILUS.*

MARCOS MONTANI CASEIRO

*Doutor em Infectologia pela Universidade
Federal de São Paulo - UNIFESP. Professor do
Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Clínica
Médica do Centro Universitário Lusíada -
UNILUS.*

LUIZ HENRIQUE GAGLIANI

*Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro
Universitário Lusíada - UNILUS. Doutor em
Infectologia pela Universidade Federal de
São Paulo - UNIFESP. Responsável pelo Núcleo
Acadêmico de Estudos e Pesquisas em Ciências
Biomédicas e Saúde Pública do Centro
Universitário Lusíada - UNILUS. Professor do
Curso de Pós-Graduação - Mestrado em Clínica
Médica do Centro Universitário Lusíada -
UNILUS.*

*Recebido em março de 2017.
Aprovado em abril de 2017.*

**PRINCIPAIS FATORES DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE COM
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA EM HOSPITAL PÚBLICO NA BAIXADA SANTISTA -
SP - BRASIL**

RESUMO

Introdução: A insuficiência renal aguda (IRA) provoca mudanças abruptas que, em geral, alteram substancialmente a rotina de vida do paciente que, muitas vezes, termina com sua internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou até mesmo, levando-o à morte antes que uma vaga possa ser disponibilizada em seu favor. **Objetivo:** Traçar um perfil sócio demográfico de pacientes com insuficiência renal aguda, internados em UTI, no período de janeiro de 2011 a maio de 2013 e também identificar a prevalência dos principais fatores das internações, assim como, as patologias de base associadas à insuficiência renal aguda. **Metodologia:** Essa pesquisa foi realizada, utilizando-se um estudo transversal, observacional, analítico e descritivo, por intermédio do levantamento dos prontuários de pacientes com insuficiência renal aguda, internados em UTI, no período de janeiro de 2011 a maio de 2013. **Resultados:** Nos pacientes com idade média de 56,5 anos, dos quais a faixa etária predominante era de 60 a 70 anos; 59% do sexo masculino, com predominância de raça branca 65%, e de raça negra 34%, procedentes, predominantemente, das cidades de Santos 35,5% e de São Vicente 24%, sendo as principais causas de internação: desequilíbrio hidroeletrólítico 43%, insuficiência respiratória 27% e pacientes pós-cirúrgicos 9,5%. As patologias de base predominantes foram: neoplasias 22,5%, diabetes 18,5%, cardiopatias 17% e ausência de tratamentos anteriores 86,5%. **Conclusão:** A alta taxa de pacientes que não receberam tratamento anterior pode ser um indicio de deficiência na atenção primária e secundária na saúde. A alta incidência em homens brancos, na terceira idade, pode indicar a necessidade de campanhas educativas dirigidas à essa população. Com relação à altíssima taxa de mortalidade, isso pode sugerir a necessidade de se rever condutas dos profissionais envolvidos, com o intuito de minimizar riscos a pacientes com IRA.

Palavras-Chave: Insuficiência Renal Aguda. UTI. Epidemiologia.

**MAIN FACTORS OF HOSPITALIZATION FOR ACUTE RENAL
PATIENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT AT THE PUBLIC
HOSPITAL IN SANTOS - BRAZIL**

ABSTRACT

Introduction: Acute renal failure (ARF) causes abrupt changes that, in general, substantially alter the routine life of the patient that often ends with their admission in a intensive care unit (ICU) or even leading them to death before a place can be made available in their favor. **Objective:** To draw a demographic profile of patients with acute renal failure in the ICU, from January 2011 to May 2013 and also to identify the prevalence of the main factors of hospitalization, as well as, the basic pathologies associated with acute renal failure. **Methodology:** This survey was conducted, using a cross-sectional, observational, analytical and descriptive, through the survey of the records of patients with acute renal failure in the ICU, from January 2011 to May 2013. **Results:** In patients with a mean age of 56.5 years, of which the predominant age group was 60-70 years; 59% male, with a predominance of Caucasians 65% and blacks 34%, coming predominantly from the cities of Santos 35.5% and São Vicente 24% and the main causes of hospitalization: electrolyte imbalance 43%, respiratory failure 27% and post-surgical patients 9.5%. The predominant basic conditions were: neoplasia 22.5%, diabetes 18.5%, heart diseases 17% and the absence of previous treatments 86.5%. **Conclusions:** The high rate of patients who received no previous treatment may indicate deficiency in primary and secondary care in health. The high incidence in white men, the elderly, may indicate the need for educational campaigns directed at this population. Regarding the high mortality rate, this may suggest the need to review medical and nursing behavior in order to minimize risks to patients with ARF.

Keywords: Acute renal failure. ICU. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas acometidas por doença renal vem alcançando índices alarmantes no mundo inteiro, tornando-se um problema importante de saúde pública. De acordo com dados da United States Renal Data, as taxas de incidência continuam aumentando mundialmente, sendo que nos Estados Unidos, Taiwan, Qatar e Japão foram observadas as maiores taxas. De igual modo, houve um aumento progressivo dessa prevalência, com índices mais elevados no Japão, Taiwan e Estados Unidos, e menores no Paquistão e Bangladesh [1, 4].

No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o número de clientes em programa de diálise aumenta progressivamente, apesar de ser um dos países que tem apresentado uma das menores taxas mundiais de mortalidade 17%, em pacientes que se submetem à hemodiálise. Em 1999, 42.695 pessoas eram dialisadas, enquanto, de 2003 a 2004, este número subiu para 59.153 clientes e, em 2011 o Brasil já tinha a terceira maior população em diálise do mundo [2].

A mortalidade por insuficiência renal aguda (IRA) pode chegar a 50% nas unidades hospitalares e até 80% nas unidades de terapia intensiva. Estudos relacionados ao prognóstico da IRA referem-se, principalmente, à mortalidade e não à recuperação da função durante a internação. Pouco se tem estudado sobre as influências de outras doenças não renais, sobre o progresso e a evolução desses pacientes, o tempo de internação, os custos associados e, muito menos, sobre a mortalidade pós-hospitalar ou a sobre a qualidade de vida do paciente com IRA [11, 13].

Desta forma, o objetivo principal deste estudo foi o de traçar um perfil sócio demográfico dos pacientes com insuficiência renal aguda, internados em UTI, no período relativo a janeiro de 2011 e maio de 2013, buscando-se identificar a prevalência dos principais motivos dessas internações, bem como, as patologias de base diagnosticadas.

INSUFICIÊNCIA RENAL NO AMBITO MUNDIAL

Dados norte-americanos mostram que a prevalência de indivíduos, com ritmo de filtração glomerular menor do que 60 ml/min, tem aumentado nos últimos anos, alcançando uma taxa de 8,2% dos indivíduos adultos naquele país. É importante salientar a distinção entre incidência de tratamento por causa da disponibilidade financeira e, incidência da doença propriamente dita. Uma nação mais desenvolvida pode aceitar mais pacientes idosos e com diabetes para tratamento, enquanto países em desenvolvimento podem restringir esse tratamento a pacientes mais jovens e menos doentes [1, 4].

INSUFICIÊNCIA RENAL NO BRASIL

De 2000 a 2008, o número de pacientes que fizeram diálise no Brasil cresceu 84%. Os dados de um Censo conduzido pela SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia), com metade das 684 unidades de nefrologia do país, refletem o aumento no número de casos de doença renal decorrentes, principalmente, por incidência de hipertensão e diabetes. Segundo o estudo, 87 mil pessoas fizeram o procedimento em 2008, enquanto em 2000 este número foi de e 42,7mil.3 As medidas relacionadas à detecção e ao tratamento da hipertensão arterial e diabetes Mellitus, que são as principais causas da doença renal, merecem destaque em particular. Além disso, é fundamental que os órgãos públicos e privados, responsáveis por subsidiar o tratamento de doença renal, criem condições que facilitem o acesso de novos pacientes ao tratamento renal substitutivo, procurando garantir a existência de um tratamento seguro e de boa qualidade, a fim de que pacientes portadores dessa patologia tenham sobrevida aumentada e qualidade de vida digna [4].

MATERIAL E MÉTODO

Durante a pesquisa, foi realizado um estudo transversal, observacional, analítico e descritivo, por meio do levantamento de prontuários de pacientes internados com insuficiência renal aguda em UTI, no período de janeiro de 2011 a maio de 2013. A fonte de dados retrospectivos foi da Seção de Coleta de dados e Serviço de Arquivo médico do Hospital Estadual Guilherme Álvaro, referência no Litoral Paulista. O total de pacientes internados no Hospital, neste período, foi de 21.859, dos quais 1.383 foram internados na UTI, sendo 200 deles internados por motivo de insuficiência renal aguda (IRA), ou que desenvolveram o quadro durante a internação, sendo a faixa etária, entre 18 e 90 anos.

RESULTADOS

Foram analisados 200 pacientes, com média de 56 anos de idade. A faixa etária de predominância foi de 60 a 70 anos. Na amostra, 59% dos pacientes eram do sexo masculino. Houve predominância da raça branca 65%. De raça negra 34% e, de raça amarela apenas 1%. A procedência dos pacientes era predominantemente das cidades litorâneas de Santos 35,5%, São Vicente 24% e Praia Grande (11%). A média de internação em UTI foi de 20 dias, com desvio padrão de 20,7 dias, e variou de 1 a 141 dias. Dos pacientes estudados, apresentaram insuficiência renal 43,5%, insuficiência pré-renal 37%, insuficiência pós-renal 19,5%. Os diagnósticos iniciais de internação mais frequentes foram as nefropatias 29%, neoplasias 18% e cardiopatias 15,5%. As patologias de base predominantes na amostra foram neoplasias 22,5%, diabetes 18,5% e cardiopatias 17%. Quanto às causas de internação predominantes foram: distúrbio hidroeletrólítico 43%, insuficiência respiratória 27% e pós-operatórios 9,5%. As taxas de mortalidades encontradas foram de 75,5%, o que corrobora com taxas encontradas na literatura, das quais 80,4% eram do sexo feminino e 72% do masculino. Nos pacientes com uremia a taxa de mortalidade foi de 56% e os não urêmicos, de 24%. Os pacientes internados com uremia perfaziam 30% do total e nos pacientes internados com hiperpotassemia 15%, houve mortalidade de 40%, enquanto o percentual nos pacientes com potássio normal foi de 30%.

DISCUSSÃO

A frequência da IRA neste estudo foi de 14%. Os dados encontrados com relação a sexo foram de 59% masculino, fato que se aproxima a outro estudo que revelou 65% [5]. A pesquisa evidenciou maior incidência de IRA após os 60 anos, sendo a faixa etária de prevalência de 60 a 70 anos e a idade média de 56,5 anos, fatos que reafirmam pesquisas que encontraram idade média de 53 anos e incidência de 36% em pacientes acima de 70 anos [6]. Identificou-se que 9,5% dos pacientes que entraram na UTI estavam em período pós-operatório, evoluído posteriormente para IRA, taxa muito menor em relação a outro estudo que mostrou taxas entre 35,5 a 51% de pacientes cirúrgicos com desfecho de IRA [5]. A incidência de IRA pré-renal neste estudo foi de 37%. A IRA pós-renal teve 19,5% de incidência na pesquisa e a IRA renal ou parenquimatosa foi responsável por 43,5%, sendo importante citar que as necroses tubulares agudas (NTA) são as formas mais frequentes de IRA renal em hospitais, respondendo por cerca de 70% dos casos [7]. Com relação às patologias de base, destacaram-se: neoplasias 22,5% diabetes 18,5% e as cardiopatias 17%, sendo que nesta última a prevalência foi de hipertensão 60%, porém outra pesquisa, encontrou-se 62% de cardiopatias como fator predisponente [8]. Neste enfoque, identificou-se também a predominância dos seguintes diagnósticos iniciais: neoplasias 18%, cardiopatias 15,5% e nefropatias 29%. Os estados pós-cirúrgicos complexos, cardiopatias prévias, politraumas e quadros graves de sangramentos são

relatados como desencadeantes de IRA de maior incidência [9]. Já nesta pesquisa, o hospital não atende politraumas, o que impossibilitou tal comparação, todavia cardiopatias e estados pós-cirúrgicos somaram juntos 19%, como fatores desencadeantes. A indicação de tratamento dialítico ocorreu em 100% dos casos neste estudo, posto que este deve ser iniciado o mais rápido possível, enquanto os problemas clínicos e bioquímicos são menores. Algumas indicações para início de diálise estão relacionadas aos níveis elevados de ureia e de creatinina plasmáticos, hiperpotassemia, hiperidratação e acidose metabólica. A hemodiálise é a modalidade de purificação sanguínea extracorpórea mais utilizada na IRA, sendo a hemodiálise intermitente a técnica mais conhecida e utilizada [10]. As causas de internação em UTI predominantes foram: distúrbio hidroeletrólítico 43%, insuficiência respiratória 27% e pós-operatórios 9,5%. Em outras investigações foi verificado que a necrose tubular é responsável por 62% da IRA nos EUA, das quais 72% são de causas isquêmicas e 28% de causas tóxicas [11]. Outras situações são motivadas por glomerulonefrites agudas, 22% e necrose cortical 5%. Quanto às formas clínicas de NTA, 74% são oligúricas e 26% não oligúricas. Convém salientar ainda que 41% da IRA nefrotóxica são secundárias ao uso de antibióticos e que houve predominância da oligúria em 51,5%, sendo que a anúria em 31% esteve mais associada aos óbitos. Dos pacientes estudados, 86,5% não receberam tratamento anterior, confirmando pesquisas que encontraram ausência de tratamento em 79% dos pacientes [1]. A taxa de mortalidade encontrada foi de 75,5%, corroborando com taxas citadas em outros estudos, que chegavam até a 80% em UTI [12]. O prognóstico da IRA continua sombrio, e um dos fatores responsáveis é o aumento da gravidade dos doentes nas últimas décadas, e alguns fatores como oligúria, falência múltipla dos órgãos e septicemia que têm sido associados a um pior prognóstico [1].

O alto índice de mortalidade 75.5% encontrado neste estudo reforça a necessidade de uma prevenção efetiva, com monitorização clínica cuidadosa, controle do balanço hidroeletrólítico, especialmente da hiponatremia e hipercalemia, correção de fatores contribuintes como hipovolemia e hipertensão, interromper a exposição a fatores desencadeantes, monitorização rigorosa das doses de drogas potencialmente nefrotóxicas [5].

Medidas preventivas devem ser adotadas quanto a procedimentos de risco, uso de drogas nefrotóxicas, manutenção de pressão arterial média acima de 80 mmHg, hematócrito acima de 30%, oxigenação adequada, e não utilização de diuréticos de alça [14]. O tratamento clínico deve evitar hiper-hidratação, prevenir processos infecciosos, pesquisando cuidadosamente a presença de focos e evitando antibioticoterapia desnecessária [15].

CONCLUSÃO

A alta incidência de IRA em pacientes pós-operatórios 9,5%, sugere que sejam revistos os procedimentos cirúrgicos e pós-cirúrgicos, pelos profissionais envolvidos, no que se refere a rastrear possíveis falhas no processo preventivo da IRA. A alta taxa de permanência identificada nos pacientes com IRA, quando leitos de UTI são escassos e extremamente disputados, evidenciando um problema de saúde pública, posto que 86,5% dos pacientes estudados não receberam tratamento anterior. As patologias de base prevalentes como o diabetes, as neoplasias e cardiopatias, permitem investigações preventivas, podendo ser identificadas na atenção básica, evitando assim a sobrecarga no setor terciário. A altíssima taxa de mortalidade constatada 75,5% sugere que procedimentos preventivos sejam revistos, no sentido de se minimizar tal desfecho. A maior incidência da IRA em pacientes brancos, do sexo masculino, na terceira idade procedentes de Santos e São Vicente, sugerem que talvez haja necessidade de mais campanhas públicas de conscientização desta população. Houve predominância da oligúria em 51,5% nos pacientes estudados, sendo que a anúria em 31%, esteve mais associada aos óbitos. Os principais

motivos de internação identificados foram: desequilíbrio hidroeletrólítico 43%, insuficiência respiratória 27% e estados pós-operatórios 9,5%.

REFERÊNCIAS

1. Anneliese D, Freschin MS, Cesarino CB. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: estudo de caso de acordo com a teoria de autocuidado de Orem. São José do Rio Preto. São Paulo. FAMERP. Arquivo Ciência Saúde 2008 Jan/mar 15.
2. Pedroso RS, Sbardelloto G. Qualidade de vida e suporte em pacientes renais rônicos: revisão teórica. [serial online] Fev-Jul 2008 [aproximadamente 04].
3. BOL Notícias. Número de pacientes em diálise sobe 84% em 8 anos. Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo [periódico online] 2009. Disponível em: <http://www.sonesp.org.br/site/?P=160>. Acesso em: 20 de agosto de 2013.
4. US Renal Data System. 2007 USRDS Annual Data Report. National Institute of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
5. D'Avila DO, Traezel M, Glock L. Insuficiência renal aguda tratada por Diálise em unidade de tratamento intensivo (análise de 124 pacientes consecutivos). J Bras Nefrol 2007 mar.;19(1):21-31.
6. Romão Jr JE. Causas e prognóstico da insuficiência renal agudahospitalar em pacientes idosos. Rev Assoc Med Bras 2008 set;46(3):212-7.
7. Brezis M, Rosen S, Epstein FH. Acute renal failure due to ischemia (acute tubular necrosis). In: Lazarus JM, Brenner BM. Acute renal failure. 3 Th ed. New York: ChurchillLivingstone; 2010. P. 207-29
8. Yu L, Burdman E, Seguro AC, Helou CMB, Zatz R. Insuficiência renal aguda. In: Zatz R. Fisiopatologia renal. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. P.261-82.
9. Parellada Blanco J, Hidalgo Sánchez AO, Toledo Rodríguez M. Insuficiência renal aguda en el paciente crítico. Acta Med Hosp Clin Quir Hermanos Ameijeiras 2009. Ene./jun.;4(1):64-72
10. Nadaletto MAS, Cendoraglo Neto M, Draibe SA. Diálise peritoneal. In: Schor N, Boim MA, Santos OFP. Insuficiência renal aguda. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2007. P.323-33.
11. Batista PBP, Santos OFP. Prognósticos da IRA. In: Shor N, Boim MA, Santos OFP. Insuficiência renal aguda. 2ªed. São Paulo: Sarvier; 1997. P.333-51.
12. Nash K, Hafeez A, Hou S. Hospital-acquired renal insufficiency. Am J Kidney Dis 2009 May;39(5):930-6.
13. Brunner LS. Tratamento de pacientes com distúrbios urinários e renais. In: Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth. Tratamento de enfermagem médico-cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011
14. Bismuth C. Insuficiência renal aguda. 1995. [citado 2004 mar. 25]. Disponível em: www.intox.org/pagesource/treatment/portuguese/insuficiencia_renal_aguda.htm. Acesso em: 20 de agosto de 2013.
15. Lima EQ, Burdman EA, Yu L. Adequação de diálise em insuficiência renal aguda. J Bras Nefrol 2009;25(3):149-54