

HEMODIÁLISE CRÓNICA COM ACETATO EM DOENTES COM IDADE SUPERIOR A 70 ANOS

PEDRO LEÃO NEVES, ISILDA BEXIGA, ISABEL PINTO, JOÃO P. AMORIM

Serviço de Nefrologia do Hospital Distrital de Faro. Faro.

RESUMO

Verifica-se nos últimos um aumento de doentes idosos em programas de diálise crónica, não havendo unanimidade quanto ao método preferencial de tratamento. Neste estudo os AA analisaram a sua experiência no tratamento de doentes com mais de 70 anos que iniciaram hemodiálise crónica com acetato (HDCA). Entre maio de 1982 e Dezembro de 1990 iniciaram HDCA 64 doentes (Idade Média de $75,9 \pm 4,8$ anos). A etiologia da doença renal foi desconhecida num número significativo de doentes. Quanto à morbilidade a mais importante foi a vascular (cardíaca e cerebral). As principais causas de morte foram vasculares (cardíaca e cerebral) e as infecciosas. A sobrevivência actuarial foi de 79.6% aos 12 meses e de 46.3% aos 5 anos. Apesar da HDCA se associar com uma maior morbilidade é o método mais utilizado em Portugal sendo aceitável no tratamento de doentes idosos.

SUMMARY

Chronic acetate hemodialysis in patients aged over 70

During the last years there has a significant increase of elderly patients included in chronic dialysis programs. No agreement has been reached about the preferable treatment modality. In this study we analyse our experience in the management of patients over 70 years of age undergoing chronic acetate hemodialysis (HDCA). Sixty four of those patients have initiated HDCA between May 1982 and December 1990 (Mean age 75.9 ± 4.8). The etiology of renal disease was unknown in a significant number of cases. Morbidity was largely due to vascular disease (both cardiac and cerebral). Main causes of death were also vascular disease and infections. Actuarial survival was 79.6% at 12 months and 46.3% after 5 years. Although HDCA is associated with a greater morbidity it is the most widely used modality of treatment for chronic renal failure in Portugal and in our experience, it is an acceptable method for elderly patients.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos verifica-se um número crescente de doentes idosos admitidos em programas de diálise^{1,2}, discutindo-se actualmente qual é o método preferencial de tratamento³⁻⁵.

Vivendo numa região de Portugal (Algarve) que assiste uma população de 600 000 habitantes, constatámos que iniciaram hemodiálise crónica 282 doentes entre Maio de 1982 e Dezembro de 1990 (54,2 doentes/milhão de habitantes/ano), dos quais 22,7% tinham idade superior a 70 anos.

Tendo como único recurso a hemodiálise com acetato, relatamos a nossa experiência no tratamento de doentes pertencentes a este grupo etário (idade superior a 70 anos).

MATERIAL E MÉTODOS

Foram incluídos neste estudo todos os doentes admitidos em programa de hemodiálise crónica entre Maio de 1982 e Dezembro de 1990, com idade superior a 70 anos. Iniciaram tratamento 64 doentes (29 do sexo feminino e 35 do sexo masculino), sendo na altura da admissão a idade média de $75,9 \pm 4,8$ anos. O tempo médio de tratamento foi de $25,3 \pm 21,9$ meses.

O nosso programa de diálise prevê apenas o uso de acetato sendo os doentes dialisados 3-4 horas, 3-4 vezes por semana.

Foram revistos os processos clínicos, registando-se: sexo, idade no início do tratamento, etiologia da doença renal, existência de situações mórbidas, dias e causas de internamento hospitalar, número de transfusões e de acessos vasculares hemodiálise.

Considerou-se existir hipertensão arterial quando a pressão arterial era $> 160/90$ mmHg ou o doente se encontrava sob medicação antihipertensora. Foram analisados os processos no que diz respeito a episódios de hipotensão intradiálitica (HID), considerando-se ter HID os doentes com descida da pressão arterial $> 30/20$ mmHg, sintomática em mais de 50% das sessões de diálise.

Foi feita a curva de sobrevivência actuarial até aos 5 anos⁶, e anotadas as causas de morte.

RESULTADOS

Verificámos que num número importante de doentes (25%) é desconhecida a etiologia da doença renal. Aparecem por ordem decrescente a nefrite intersticial, a glomerulonefrite crónica, a insuficiência renal de causa obstrutiva, a diabetes, a nefrosclerose hipertensiva, a litíase e a doença poliquística autossómica dominante (Fig. 1).

Em relação à morbilidade associada (Fig. 2), a mais importante foi a de natureza vascular (cardíaca e cerebral). No Quadro 1 mostram-se alguns dados clínicos, nomeadamente dias de internamento hospitalar, número de transfusões e de acessos vasculares, referindo-se também o número de doentes hipertensos e com HID.

As causas de internamento podem ser observadas na Figura 3, observando-se que as principais são as relacionadas com o acesso vascular e a doença vascular (cardíaca e cerebral). A um total de 77 internamentos corresponderam 910 dias, média de 11,8 dias. No Quadro 2 apresenta-se a

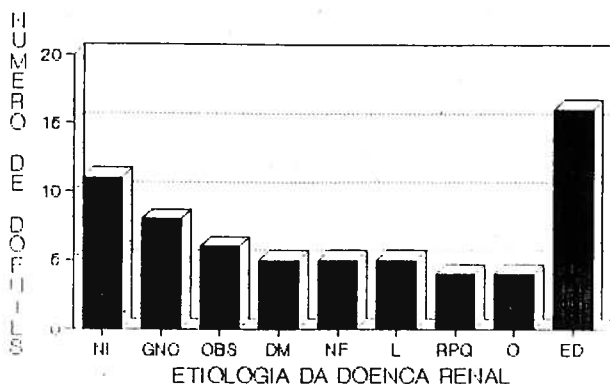


Fig. 1 — A etiologia da doença renal é desconhecida (ED) em 25% dos doentes. Por ordem decrescente temos a Nefrite Intersticial (NI), a Glomerulonefrite Crónica (GNC), a Doença Obstrutiva (OBS), a Diabetes Mellitus (DM), a Litiase (L), a Doença Renal Poliquística (RPQ) e outras etiologias (O).

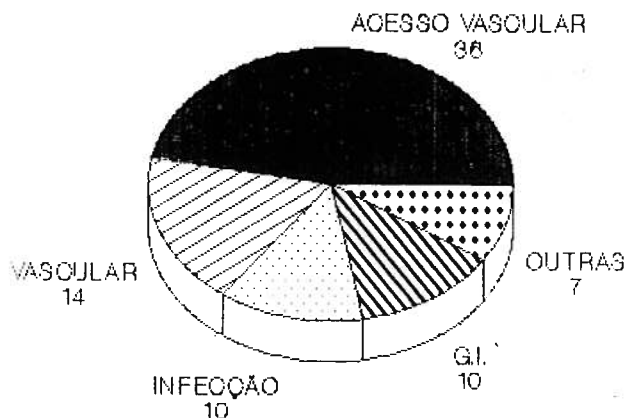


Fig. 3 — As causas de internamento mais frequentes são os relacionados com o acesso vascular e as do foro cardíaco e cerebral.

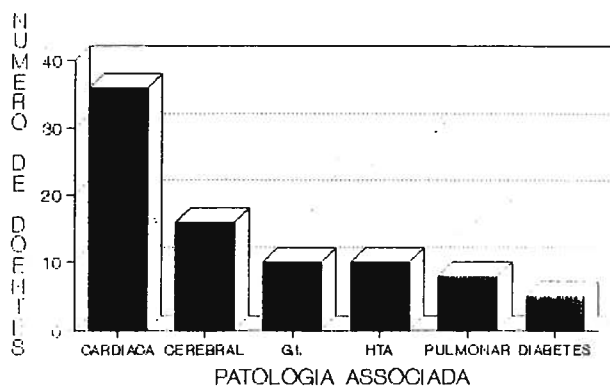


Fig. 2 — A patologia associada mais frequente é vascular (cardíaca e cerebral). Verificam-se outras situações, de foro gastrointestinal (GI), hipertensão arterial (HTA), doença pulmonar crónica e diabetes.

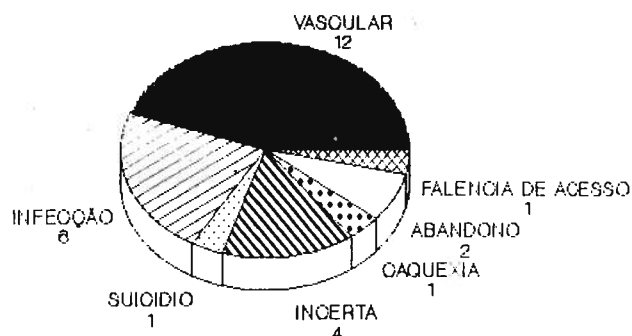


Fig. 4 — As principais causas de morte são vasculares (cardíaca e cerebral) e infecciosa.

QUADRO 1 — Dados clínicos

Dias Inter./Doente Ano	6,7
N.º Transfusões/Doente Ano	2,08
Hemoglobina Média	7,61
N.º Acessos Vasculares/Doente	1,69
N.º de Doentes Hipertensos	10
N.º de Doentes com HID	48

QUADRO 2 — Distribuição de acessos

1 Acesso	37 Doentes
2 Acessos	17 Doentes
3 Acessos	5 Doentes
4 Acessos	3 Doentes
5 Acessos	2 Doentes

distribuição dos acessos realizados por doente. As principais causas de morte foram, como seria de esperar, as de natureza vascular e as infecciosas (Fig. 4). Na Figura 5 apresenta-se a curva de sobrevida actuarial, verificando-se uma sobrevida de 79,6% e de 46,3% respectivamente aos 12 e 60 meses.

SOBREVIDA ACTUARIAL AOS 5 ANOS

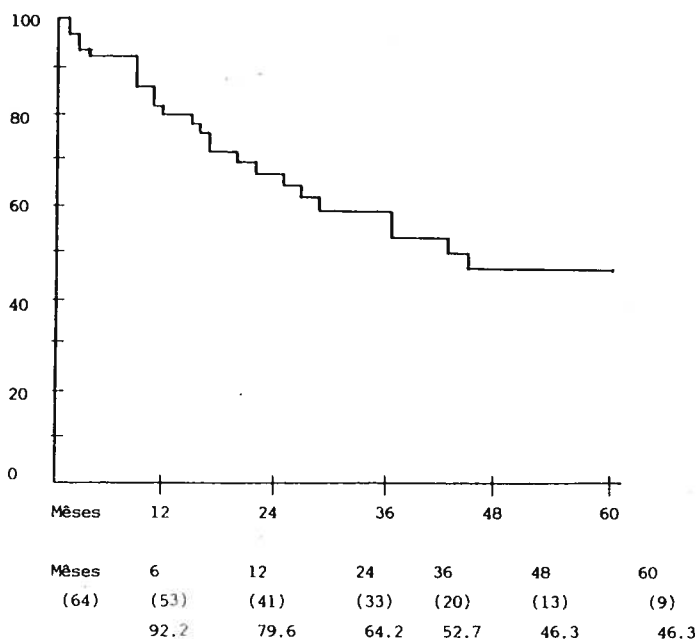


Fig. 5 — Verifica-se uma sobrevida actuarial de 79,6% e de 46,3% respectivamente aos 12 e 60 meses.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos tem sido admitidos em programas de diálise um número crescente de doentes idosos^{1,2}. Sendo discutível a idade cronológica como definição de doente idoso^{7,8}, pensamos que ao incluirmos no nosso estudo os doentes que iniciaram hemodiálise com mais de 70 anos, não corremos o risco de os estar a seleccionar. As situações mórbidas que acompanham a insuficiência renal crónica são comparáveis às encontradas por outros autores^{9,10}, excepto no que diz respeito a doenças neoplásicas. Aliás a existência de neoplasia não metastizada não constitui para nós contra-indicação para entrada em programa regular de hemodiálise.

Quanto à etiologia da doença renal existe um número importante de doentes cuja insuficiência renal seria eventualmente evitável (obstrução e/ou litíase). Os resultados são semelhantes aos da literatura^{9,11-13}, havendo no entanto muitos doentes cuja etiologia da insuficiência renal é desconhecida.

Em termos de morbilidade verificamos um baixo número de dias de internamento/doente ano^{9,14}, e de transfusões^{9,14,15}. O baixo número de transfusões não poderá ser explicado pela utilização de Eritropoietina Recombinante Humana, uma vez que apenas a iniciámos de modo regular nos finais de 1990 e num pequeno grupo de doentes pertencente a esta faixa etária¹⁶. Problemas relacionados com o acesso vascular (27 doentes realizaram 71 acessos), e de foro vascular foram as principais razões de internamento hospitalar. A HID é uma causa importante de morbilidade, de esperar quando se dializa em acetato doentes deste grupo etário^{17,18}.

De um total de 64 doentes, 12 faleceram por causa cérebro e cardiovascular (44% das mortes), o que está também de acordo com outros autores^{9,10,19,20}. Dois doentes abandonaram a terapêutica (31% do total e 7,4% da mortalidade), situação mais comum nos idosos e que é inferior aos valores encontrados por Hirsh²¹ e Neu e Kjellstrand²².

Apresentando tradicionalmente os doentes idosos mais patologia associada, sobretudo cardiovascular, têm sido aconselhados métodos alternativos à diálise com acetato. Estudos comparativos não mostram no entanto sobrevidas superiores quando estes métodos são utilizados^{5,10,12,13,20}, provavelmente por uma questão de selecção de doentes.

Apesar de se associar a uma maior morbilidade (HID), a diálise com acetato é o método mais utilizado em Portugal, sendo na nossa experiência aceitável no tratamento de doentes idosos.

BIBLIOGRAFIA

- BRUNNER F.P., BROYER M., BRYNGER H. et al: Survival on Renal Replacement Therapy Data from the EDTA Registry. *Nephrol Dial Transplant* 1988; 2: 109-122.
- EVANS R.W., BLAGG C.R., BRYAN F.A.: Implications for Health Care Policy: A Social and Demographic Profile of Hemodialysis Patients in the United States. *JAMA* 1981; 245: 487-491.
- MION C., OULÉS R., MOURAD G. et al: Maintenance Dialysis in the Elderly. Review of 15 years Experience in Languedoc-Roussillon. *Proc. Eur Dial Transplant Ass* 1984; 21: 490-498.
- MAIORCA R., VONESH E., CANCARINI G.C., et al: A Six-Year Comparison of Patient and Technique Survivals in CAPD and HD. *Kidney Int* 1988; 34: 518-524.
- PICCOLI G., QUARELLO F., SALOMONE M., et al: Dialysis in the Elderly: Comparison of Different Dialytic Modalities Suppl 1990; 6: 72-81.
- PETO R., PIKE M.C., ARMITAGE P. et al: Design and Analysis of Randomized Clinical Trials Requiring Prolonged Observation of Each Patient. *BR J Cancer* 1977; 35: 1.
- WOODHOUSE K.W., WYNNE H., BAILLE S., et al.: Who are the Frail Elderly?. *Q J Med* 1988; 255: 505-506.
- OREOPOLOS D.G.: The Aging Kidney. *Advances in Peritoneal Dialysis Suppl* 1990; 6: 2-5
- WILLIAMS A.J., NICHOLL J.P., EL NAHAS A.M., et al: Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Haemodialysis in the Elderly. *Q J MED* 1990; 274: 215-223.
- BENEVENT D., BENZAKOUR M., PEYRONNET P., et al: Comparison of Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Hemodialysis in the Elderly. *Advances in Peritoneal Dialysis Suppl* 1990; 6: 68-71.
- MALLISON W.J.W., FLEMING S.J., SHAW J.E.H., et al.: Survival in Elderly Patients Presenting with Uremia. *Q J Med* 1984; 210: 301-307.
- BURTON P.R., WALLS J.: Selection-Adjusted Comparison of Life-Expectancy of Patients on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis, Haemodialysis and Renal transplantation. *Lancet* 1987; 1: 1115-1118.
- GOKAL R., JAKUBOWSKI C., KING J., et al.: Outcome in Patients on Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis and Hemodialysis — 4 Year Analysis of a Prospective Multicentre Study. *Lancet* 1987; 2: 1105-1108.
- CHESTER A.C., RAKOWSKI T.A., ARGY JR W.P., et al.: Hemodialysis in the Eighth and Ninth Decades of Life. *Arch Intern Med* 1979; 139: 1001-1005.
- O'BRIEN M., ZIMMERMAN S.: Comparison of Peritoneal Dialysis and Hemodialysis In The Elderly. *Advances in Peritoneal Dialysis Suppl* 1990; 6: 65-67.
- NEVES P.L., PINTO I., BEXIGA I., et al.: Utilização de Eritropoietina Recombinante Humana (EPO-rH) no tratamento da Anemia em Doentes em Hemodálise Crónica (HDC). *Med Cir* 1991; 6/7: 263-270.
- HENRICH W.L.: Hemodynamic Instability During Hemodialysis. *Kidney Int* 1986; 30: 605-610.
- NEVES P.L., CAMACHO A., BERNARDO I., et al.: Hemodiálise Crónica Factores de Risco de Hipotensão Intradialítica (HID). *Acta Med Port* 1990; 3: 205-207.
- WILLIAMS A.J., ANTAO A.J.O.: Referral of Elderly Patients with End-Stage Renal Failure for Renal Replacement Therapy. *Q J Med* 1989; 268: 749-756.
- WALLS J.: Dialysis in the Elderly some U.K. Experience. *Advances in Peritoneal Dialysis* 1990; Suppl 6: 82-85.
- HIRSH D.J.: Death from Dialysis Termination. *Nephrol Dial Transplant* 1989; 4: 41-44.
- NEU S., KJELLSTRAND C.M.: Stopping Long-Term Dialysis. *N Engl J Med* 1986; 314: 14-20.

Pedido de Separatas:
Pedro Leão Neves
R. Leão Penedo
Hospital Distrital de Faro.
Serviço de Nefrologia
8000 Faro