



Avaliação de fatores de risco associados à Doença Renal Crônica em uma Unidade de Saúde em Montes Claros, Minas Gerais

Andréia Brito de Souza, João Paulo Ribeiro Cavalcanti, Roberto Reis Guimarães, Thiago Ferreira, Thiago Patrike Dantas, Yuri Viana Araújo, Marcos Vinícius Macedo de Oliveira

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é considerada problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, a incidência e a prevalência de falência de função renal estão aumentando. Um estudo sobre terapia renal substitutiva baseado em dados coletados em janeiro de 2009 revelou que havia 77589 pacientes em diálise no Brasil e que a prevalência e a incidência de doença renal em estágio terminal correspondiam a cerca de 405 e 144 por milhão na população, respectivamente. Sugere-se que na população adulta brasileira cerca de 2.9 milhões de brasileiros teriam um terço ou menos da taxa de filtração glomerular (TFG) dos indivíduos normais. A DRC se baseia em alterações na TFG e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses [1].

Alguns pacientes apresentam suscetibilidade aumentada para DRC e são considerados grupos de risco. São eles: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), idosos, doença cardiovascular, familiares de pacientes portadores de DRC, uso de medicações nefrotóxicas. A HAS e o DM2 são fatores de risco cardiovasculares que comumente coexistem. A hipertensão é uma doença multifatorial, caracterizada pelo aumento da pressão arterial. A sua manifestação tem influências hereditárias (vários genes envolvidos) e ambientais, tais como, obesidade, sedentarismo, alcoolismo, estresse, idade avançada, tabagismo e alimentação [2].

O Diabetes mellitus é a causa mais frequente de DRC no mundo e já é a segunda etiologia mais comum entre os pacientes em diálise no Brasil. Além disso, os diabéticos apresentam risco aumentado de eventos cardiovasculares. A transmissão da hipertensão sistêmica para o glomérulo pode determinar lesão no capilar glomerular contribuindo para disfunção renal [3]. O presente estudo objetivou analisar a associação de fatores epidemiológicos e clínicos com o desenvolvimento de HAS, DM2, e estadiamento da DRC em portadores de DRC.

Material e método

O material de estudo constitui-se da amostragem aleatória de 80 prontuários de pacientes atendidos no Núcleo de Atenção à Saúde e de Práticas Profissionalizantes (NASPP) de Montes Claros/MG, entre janeiro de 2010 e setembro de 2013.

Foram avaliados dados como sexo, idade, estado nutricional, histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e doença renal crônica. Considerando a idade dos pacientes, indivíduos de 24 a 59 anos foram considerados adultos e a partir de 60 anos, idosos, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O histórico familiar foi considerado positivo quando parentes de primeiro grau (pais, irmãos e filhos) já haviam apresentado a doença.

O estado nutricional foi definido pelo índice de massa corporal (IMC) [peso (kg)/estatura² (m)]. A classificação do estado nutricional a partir do IMC foi realizada de acordo com dois critérios: o da OMS que utiliza os mesmos pontos de corte para adultos: baixo peso IMC < 18.5kg/m², eutrofia IMC entre 18.5kg/m² e 24.9kg/m², excesso de peso IMC acima de 25.0kg/m²; e a recomendação de Lipschitz *et al.* [4], que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, a saber: baixo peso IMC < 22kg/m², eutrofia IMC entre 22 e 27kg/m² e excesso de peso IMC > 27kg/m² [5].

A. Estadiamento da DRC

Os indivíduos foram classificados em cinco estágios da DRC. O estágio I (Clcr > 89) indica lesão renal (microalbuminúria, proteinúria); no estágio II (60 ≤ Clcr ≤ 89) pode-se constatar lesão renal com insuficiência renal leve; o estágio III (30 ≤ Clcr ≤ 59) aponta para lesão renal com insuficiência renal moderada; e o estágio IV (15 ≤ Clcr ≤ 29) representa lesão renal severa; por fim, o estágio V (<15) determina lesão renal com insuficiência renal terminal ou dialítica [6].

B. Análise dos dados



Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros nº 407.499/2013.

Todos os dados foram tabulados e analisados por meio do *software Statistical Package for Social Sciences 18.0* (SPSS). Dados de frequência foram expressos em porcentagem. A relação entre variáveis epidemiológicas e clínicas com diagnósticos de HAS e DM2, e estadiamento de DRC foram analisados através dos testes exato de Fisher e qui-quadrado (χ^2). O nível de significância a ser considerado nos testes estatísticos foi fixado em 95% ($p < 0.05$).

Resultados

Nas variáveis clínico epidemiológicas, foi observada uma prevalência do sexo feminino (68.7%) e amostra equivalente entre adultos e idosos. Além disso, considerando o IMC, observou-se grande parte dos pacientes no estado normal (50.0%) e acima do peso (46.0%). Quanto ao diagnóstico de HAS, 86.3% eram portadores da doença. Já em relação ao DM2 os números de portadores chegam a 76.3% na amostra. Ainda foi possível verificar que a maior parte (46.3%) dos pacientes encontra-se no grau III de estadiamento da DRC.

Nas variáveis de sexo, idade, estado nutricional e histórico familiar de DM2, destaca-se uma significativa relação do diagnóstico de DM2 com um histórico familiar positivo de DM2, sendo que 59.5% destes apresentaram a doença ($p = 0.001$).

A tabela 1 mostra a relação das variáveis clinicoepidemiológicas (sexo, idade e estado nutricional) com o estadiamento da DRC. Valores estatisticamente significativos foram observados em relação à idade ($p < 0.001$), onde a maioria dos adultos (67.5%) foi classificada nos estágios I e II e 77.5% dos idosos nos estágios III e IV de DRC. Para o estado nutricional, pacientes de baixo peso se encontravam em estágios mais avançados da doença (III, IV e V), a maioria dos pacientes com peso normal (65.0%) foram classificados no estágio III e 70.2% dos pacientes acima do peso foram categorizados nos estágios I e II ($p < 0.001$).

A tabela 2 representa a relação do diagnóstico de HAS e DM2 com o estadiamento da DRC. Não foram observadas associações estatisticamente significativas nessa análise ($p > 0.05$).

Discussão

Nesse estudo, não foi verificada associação significativa da HAS com sexo, idade, estado nutricional e histórico familiar. Segundo Pizzolato *et al.* [2], a HAS é uma doença de padrão multifatorial, no qual, o fenótipo é desenvolvido por uma interação complexa entre fatores de risco impossíveis de controlar como: hereditariedade e idade; e fatores ambientais controláveis como: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, estresse e alimentação.

Segundo Doria, *et al.* [7], estima-se que de 30 a 70% do risco de desenvolvimento do DM2 seja de origem genética, embora o número total de genes envolvidos e a extensão da contribuição de cada um desses genes na etiologia da doença ainda não estejam totalmente esclarecidos. No presente estudo, a maior parte dos idosos foram classificados no grau III da DRC e, por sua vez, a maioria dos adultos se encontrava em estágios iniciais da doença, mostrando uma relação direta da idade avançada com o desenvolvimento da doença renal crônica. A diminuição fisiológica do FG e, as lesões renais que ocorrem com a idade, secundárias a doenças crônicas comuns em pacientes de idade avançada, tornam os idosos susceptíveis a DRC [3].

Conclusão

A hipertensão arterial sistêmica não teve associação significativa com nenhum dos fatores de risco avaliados no estudo. Já o diagnóstico de DM2 esteve fortemente relacionado à ocorrência familiar dessa doença, enfatizando o caráter genético como fator de risco. Indivíduos com idades mais avançadas e perfis nutricionais de baixo peso estiveram significativamente mais prevalentes nos estágios mais avançados da doença renal crônica. Também foi possível verificar a ausência de associação do estadiamento da doença renal crônica com o diagnóstico de HAS e DM2.

A partir destes dados, reforça-se o impacto de características genéticas sobre o risco de desenvolvimento de DM2, assim como a importância do estabelecimento de estratégias de rastreamento preventivas para indivíduos portadores da DRC, a fim de se diagnosticar a doença o quanto antes para se evitar estágios avançados da mesma. Além disso, pode-se destacar relevância de um controle nutricional adequado para esses pacientes, tendo em vista a forte relação com quadros de perda de peso nesses casos.

Referências

- [1] BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. *Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar*



FÓRUM ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

FEPEG

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



24 a 27
setembro
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

- estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. [J. Bras. Nefrol. 2011;33(1): 93-108]©Elsevier Editora Ltda.
- [2] PIZZOLATO, A. L. B. *et al.* Hipertensão: uma herança genética multifatorial. Sociedade brasileira de genética, 05.01, 43-52 (2010).
- [3] BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, R. B.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(2): 248-53.
- [4] LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care 1994; 21:55-67.
- [5] SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(7):1569-1577, jul, 2009
- [6] REZENDE, D. S. N. *et al.* Avaliação renal de hipertensos pela clearance de creatinina em um centro de saúde de Teresina-PI, Brasil. Revista de Enfermagem Referência III Série - n.º 6 - Mar. 2012.
- [7] DORIA, A.; PATTI, M. E.; KAHN, C. R. The emerging genetic architecture of type 2 diabetes. Cell Metab., v. 8, n. 3, p. 188-200, Sept. 2008.

Tabelas

Tabela 1. Relação das variáveis clínicas epidemiológicas com estadiamento da DRC.

Variável	Estadiamento da DRC					p
	I	II	III	IV	V	
<u>Sexo</u>						
Feminino	9 (16.4%)	13 (23.6%)	26 (47.3%)	6 (10.9%)	1 (1.8%)	0.180
Masculino	9 (36.0%)	5 (20.0%)	11 (44.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
<u>Idade</u>						
Adulto	13 (32.5%)	14 (35.0%)	12 (30.0%)	0 (0.0%)	1 (2.5%)	<0.001*
Idoso	5 (12.5%)	4 (10.0%)	25 (62.5%)	6 (15.0%)	0 (0.0%)	
<u>Estado nutricional</u>						
Baixo peso	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	<0.001*
Normal	5 (12.5%)	5 (12.5%)	26 (65.0%)	4 (10.0%)	0 (0.0%)	
Acima do peso	13 (35.1%)	13 (35.1%)	10 (27.0%)	1 (2.8%)	0 (0.0%)	
<u>Histórico familiar de DRC</u>						
Sim	1 (11.1%)	3 (33.3%)	4 (44.5%)	1 (11.1%)	0 (0%)	0.840
Não	17 (23.9%)	15 (21.1%)	33 (46.5%)	5 (7%)	1 (1.5%)	

*Valores estatisticamente significativos pelo teste exato de Fisher (p<0.05)

Tabela 2. Relação das variáveis de diagnósticos de HAS e DM2 com estadiamento da DRC.

Estadiamento DRC	HAS			DM2		
	Não	Sim	p	Não	Sim	p
I	2 (11.1%)	16 (88.9%)	0.963	11 (61.1%)	7 (38.9%)	0.638
II	2 (11.1%)	16 (88.9%)		11 (61.1%)	7 (38.9%)	
III	6 (16.2%)	31 (83.8%)		23 (62.2%)	14 (37.8%)	
IV	1 (16.7%)	5 (83.3%)		2 (33.3%)	4 (66.7%)	
V	0 (0.0%)	1 (100.0%)		1 (100.0%)	0 (0.0%)	