

VIDA SAUDÁVEL

DIA MUNDIAL DO RIM

Diálise Peritoneal

Uma opção de tratamento para o doente renal, ainda pouco divulgada, a diálise peritoneal é uma técnica tão eficaz como a hemodiálise mas com vantagens evidentes: pode ser feita em casa – e mesmo durante a noite – adaptando-se à disponibilidade do doente e permitindo assim uma melhor qualidade de vida.

ENTREVISTAS

Martins Prata e Anabela Rodrigues

Este destaque comercial faz parte integrante do *Diário de Notícias* de 12 de Março de 2009 e não pode ser vendido separadamente

Publicidade

Baxter

www.baxter.pt

Diálise Peritoneal

ENTREVISTA Professor Martins Prata

«Ainda não existe uma conveniente divulgação da DP junto dos doentes»

Frisando a importância de dar ao doente renal a possibilidade de uma opção informada, que lhe permitiria procurar adaptar melhor o tipo de tratamento ao seu modo de vida, o Professor Martins Prata, Docente da faculdade de medicina de Lisboa, acredita ser importante apostar na divulgação da diálise peritoneal.

O que diferencia a Diálise Peritoneal da Hemodiálise?

Do ponto de vista técnico a diferença principal reside no tipo de membrana utilizado para a eliminação das substâncias tóxicas retidas no sangue devido ao deficiente funcionamento dos rins. Na Diálise Peritoneal (DP) utiliza-se uma membrana natural, o próprio peritônio do doente, e, na Hemodiálise (HD), membranas sintéticas de várias composições e estruturas.

A DP é realizada no domicílio do doente e a HD em centros, embora esta também o possa ser no domicílio. Aquela permite, pois, uma maior independência e mobilidade do doente já que deve ser o próprio doente a realizá-la.

Ambas as técnicas são eficazes quando correctamente usadas.

Qual o actual panorama da Diálise Peritoneal (DP) em Portugal relativamente ao resto da Europa?

A proporção de doentes em DP é, em Portugal, muito inferior à que se pode observar na grande maioria dos outros países europeus.

A maior parte dos doentes em Portugal são tratados por HD em centros privados. Apenas 15% o são nos centros hospitalares. Isto tem uma razão histórica. Foram os médicos nefrologistas que, face à inoperância do sistema nacional de saúde em promover a diálise no país, desenvolveram estruturas adequadas para poder tratar correctamente os doentes insuficientes renais crónicos, sem as quais ou viriam a falecer ou tinham, como se verificou durante alguns anos, de se deslocar e permanecer dependentes de centros de diálise no estrangeiro.

Como a DP nunca foi convencionalizada com os centros privados permaneceu, e permanece ainda, apenas como uma técnica hospitalar. Face à mudança verificada, por um lado na organização hospitalar e, por outro, no sistema de pagamento da hemodiálise, parece-me que seria importante reavaliar esta situação.

Em Portugal temos uma taxa de penetração da DP que ronda os 5%, um número muito baixo quando comparado com a maioria dos países europeus e muito longe dos 25,2% da



Professor Martins Prata

namarca ou dos 23,8% da Holanda, por exemplo. Porquê esta diferença?

Quando se analisam as técnicas usadas para dialisar os doentes nos diferentes países da Europa, embora se constate existir uma grande variação entre eles, a verdade é que a proporção de doentes em DP é, de um modo geral, superior à existente em Portugal. É interessante notar que o mesmo não acontece em relação às outras técnicas de substituição da função renal – a hemodiálise e a transplantação renal. A incidência (número de doentes entrados por milhão de habitantes) e a prevalência (número de doentes em tratamento por milhão de habitantes) de doentes tratados por estas técnicas são semelhantes ou até mesmo superiores em Portugal, relativamente às observadas em muitos dos outros países europeus.

Perante esta situação é importante procurar e analisar as possíveis razões desta discrepância. A eficácia não parece estar em causa, pois são numerosos os trabalhos publicados comprovando ser a eficácia entre as duas técnicas (DP e HD) muito semelhante, desde que realizadas correctamente. Sei, por experiência, que em Portugal ambas as técnicas são executadas com excelente qualidade.

Outro dos motivos apontados são as condições sociais e económicas da população. Também existe

qual lhe permitiria procurar adaptar melhor o tipo de tratamento ao seu modo de vida familiar e profissional. É evidente que o facto de muitos doentes não serem acompanhados por especialistas – nefrologistas – dificulta esta opção. Devo referir que já existem consultas em alguns centros hospitalares destinadas a dar ao doente informação correcta sobre as diferentes modalidades de tratamento; é interessante referir que é precisamente nestes centros onde se encontra mais desenvolvida a DP.

Um outro motivo que seguramente influencia negativamente a percentagem de doentes em DP, é a não existência de convenção do Estado com os centros privados de diálise; a convenção está restrita apenas à HD. Em conclusão, eu diria que a escolha do doente se encontra actualmente

«Já existem consultas em alguns centros hospitalares destinadas a dar ao doente informação correcta sobre as diferentes modalidades de tratamento; é interessante referir que é precisamente nestes centros onde se encontra mais desenvolvida a Diálise Peritoneal»

condicionada por não existirem sectores de DP desenvolvidos nos serviços e, principalmente por, de um modo geral, não ser fornecida ao doente a informação necessária sobre as diferentes técnicas de que poderá vir a usufruir.

Estudos demonstram que os países com uma penetração superior a 15% da DP têm uma tendência de crescimento mais lento nesta mesma terapia, enquanto que os países com uma taxa de penetração baixa – como Portugal – tendem a aumentar

rapidamente a penetração deste tipo de tratamento. Como prevê a evolução desta situação em Portugal nos próximos anos?

Não posso concordar inteiramente com o que acaba de referir. Repare, em Portugal, e ao contrário do que infere na sua pergunta, nos últimos 10 anos o número e proporção de doentes em tratamento com DP não tem progredido significativamente, permanecendo sempre à roda dos 4 a 5%.

Se olharmos para trás apenas entre 1997/1998 se observou um aumento significativo: 26,7% em relação ao ano anterior mas, em termos absolutos isto apenas se traduziu na passagem de 3,5% para 4,2% do total de doentes em diálise no País. A partir de 1998, embora se continue a observar um aumento do número de doentes entrados nesta técnica, a percentagem de doentes em DP / n.º total de doentes em diálise aumentou apenas de 4,2% para 5% - 0,1% por ano.

Uma análise sobre o tipo de técnicas utilizadas permite-nos verificar ter sido o incremento da automatização a principal razão daquele significativo aumento observado entre 1997/98.

Para se poder modificar esta situação é necessário que se proceda a uma análise circunstanciada de todos os motivos que a fazem perdurar e, claro, não ficar apenas na análise como é muito frequente acontecer entre nós.

Tome-se como exemplo o que vem sendo realizado no Canadá, país onde se verificou uma enorme quebra na percentagem de doentes tratados por DP. Há uns anos o Canadá era um dos países com maior penetração desta técnica. Foi oficialmente designado um grupo de trabalho, constituído por vários especialistas e, com base nas conclusões obtidas, estabelecidos critérios e incentivos de modo a serem atingidos objectivos perfeitamente definidos e que se devem traduzir num significativo aumento da taxa de doentes em tratamento com DP.

Até lá, qual o caminho a percorrer e que alternativas se nos apresentam?

Tomando em consideração o que ao longo dos anos tenho vindo a observar, parece-me ser importante, se na verdade quisermos alterar a actual situação, tendo sempre em vista disponibilizar ao doente em insuficiência renal o tratamento mais adequado, procurar incentivar e criar meios para que seja prestada uma maior informação aos doentes sobre as diferentes técnicas disponíveis para o seu tratamento, de aumentar a informação/formação técnica em DP ao nível do pessoal da saúde (médicos e enfermeiros) e, contrariamente ao que durante muito tempo defendi, abrir a convenção da DP ao sector privado. Não é possível esquecer que um aumento da taxa de penetração da DP se pode traduzir numa mais ampla escolha por parte do doente, assim como, se correctamente planeada, numa diminuição significativa da despesa por parte do Estado. ■

Professora Anabela Rodrigues

«A DP confere uma vida tão longa como a HD, mas frequentemente com mais qualidade»

Comparando as diferentes opções de tratamento à disposição do doente renal, a professora Anabela Rodrigues, Serviço de Nefrologia, Hospital de Santo António, defende que a principal indicação para a diálise peritoneal é a motivação do doente em ser autónomo no seu tratamento e não depender de deslocações obrigatórias ao centro de diálise

Quais são e em que consistem as três técnicas actualmente existentes para o tratamento da doença renal crónica terminal?

O doente insuficiente renal crónico pode beneficiar de várias terapias que incluem a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e a transplantação renal (TR). Na HD, a remoção de toxinas que os rins doentes não conseguem eliminar ocorre através de um sistema extracorpóreo (uma máquina e um filtro), através do qual o sangue do doente circula durante sessões semanais regulares, geralmente em centros. A DP é feita em casa; o filtro usado para "limpar" o sangue é uma membrana que existe na barriga do doente - peritoneu. O doente necessita de um cateter abdominal para infundir e drenar uma solução que remove as toxinas, não havendo riscos de manipulação de sangue.

A TR é a forma de tratamento mais completo, mas exige que o doente tenha condições para ser submetido à cirurgia de implantação de um rim novo (de cadáver ou de dador vivo) e à medicação imu-

nossupressora crónica. Nem todos os doentes podem ser transplantados se o risco de vida é maior do que o benefício.

Entre a HD e a DP, qual a indicação para fazer uma ou outra terapêutica?

A principal indicação para DP, é a motivação do doente em ser autónomo no seu tratamento e não depender de deslocações obrigatórias ao centro de diálise. Os resultados da DP são melhores quando os doentes ainda têm alguma função renal residual, porque a protege e preserva. Por isso, o doente ideal para DP é o doente que a vai iniciar como primeira forma de tratamento substitutivo renal. Nesta fase, a diálise confere uma maior sobrevivência do doente com flexibilidade e qualidade de vida. Este tratamento permite também poupar os vasos do doente, o seu capital vascular para o futuro. A HD é, por sua vez, uma alternativa se o doente não puder ou não quiser fazer DP, se for dependente ou se tiver complicações abdominais, inflamatórias ou cirúrgicas que impeçam a realização da DP. Alguns doentes sem acesso vascular para HD podem fazer DP como alternativa.

Como funciona, na prática, a DP?

É marcada a colocação de um cateter abdominal que pode ser feita com cirurgia ambulatorial (sem internamento); o cateter fica es-

condido debaixo da pele, sem incómodo até à altura em que for iniciar a diálise. Na Unidade de DP do Hospital de Santo António este método é rotina. No início do tratamento o cateter é exteriorizado e o doente treinado por uma enfermeira especializada, que o vai ajudar a adquirir autonomia para o tratamento em sua casa. O lema é que a diálise peritoneal se ajuste à vida do doente, ao horário laboral ou social do doente. Os doentes que ainda urinam podem fazer uma diálise mais leve, apenas com três mudas (trocas de líquido) /dia: ao acordar, a meio do dia ou jantar e ao deitar. Se for ne-

«A Diálise Peritoneal é uma técnica simples com vantagens médicas: é uma diálise contínua por isso mais fisiológica, como os rins nativos, que "trabalham" durante as 24 horas; preserva a função renal residual do doente e poupa os vasos do doente, que podem vir a ser necessários noutras fases de tratamento»

cessária maior dose de diálise, o doente pode fazer uma muda adicional ou fazer diálise com uma



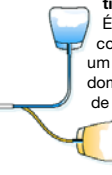
Professora Anabela Rodrigues

cicladora (uma máquina simples e segura), que lhe permitirá fazer diálise enquanto dorme, deixando-o livre durante o dia.

Quais as vantagens e desvantagens da DP relativamente à hemodiálise?

Na hemodiálise, o doente tem de suportar um horário relativamente rígido. A diálise peritoneal tem a vantagem de poder ser feita em

casa, pelo próprio. Não é dolorosa nem exige picada ou manipulação de sangue. Permite autonomia e conciliação do tratamento com o habitat familiar; são raros os episódios de hipotensão, palpitações e fraqueza, complicações frequentes no final das sessões de hemodiálise. A DP é uma técnica simples com vantagens médicas: é uma diálise contínua por isso mais

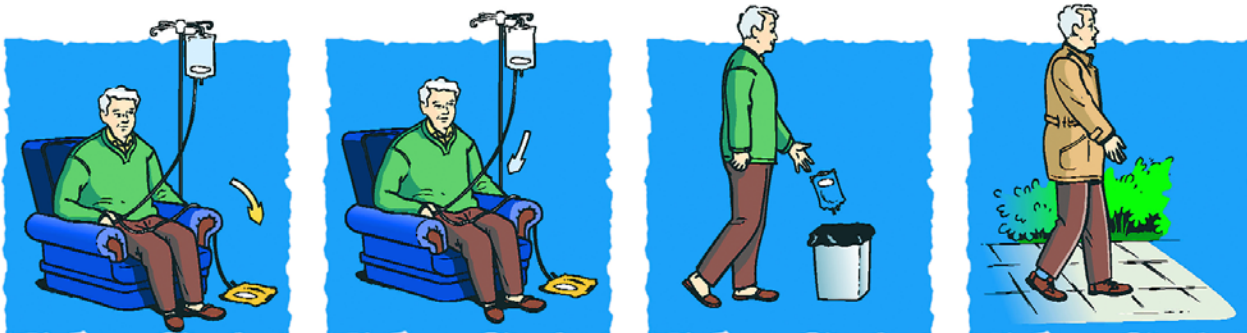


Publicidade

Baxter

www.baxter.pt

Diálise Peritoneal



Ref: Baxter PT: 029/09; Data Ref: Baxter PT: 03/2009

A DP pode ser feita com troca manual de bolsas (DP Contínua Ambulatória = DPCA). Em regra são feitas três a quatro trocas por dia, cada uma delas com a duração de cerca de 20-30 minutos, distribuídas ao longo do dia, de modo a alterar ao mínimo a rotina do doente. A saída do líquido faz-se por gravidade através do cateter.

fisiológica, como os rins nativos, que “trabalham” durante as 24 horas; preserva a função renal residual do doente e poupa os vasos do doente, que podem vir a ser necessários noutras fases de tratamento; confere uma vida tão longa como em HD, frequentemente com mais qualidade.

A sua principal desvantagem é que o peritонеu, como membrana única e insubstituível, pode, em caso de infecção refractária, complicação cirúrgica ou perda de função, exigir a transferência para HD. Acima de tudo, a mudança de tratamento deve ser entendida como percurso dinâmico e individualizado, em que o doente vai poder ter o maior benefício de cada uma das modalidades num dado momento. ■



Na DP Automática = DPA a força de diálise é efectuada automaticamente por um aparelho (cicladora) ao qual o doente se liga à noite, antes de ir dormir, e do qual se desliga de manhã, quando se levanta. A duração da diálise é de cerca de 8-9 horas por noite, enquanto o número de trocas efectuadas dependerá das exigências clínicas de cada doente.

QUADRO COMPARATIVO

	Hemodiálise (HD)	Diálise Peritoneal (DP)
Local	Hospital, Centro de Diálise, Domicílio	Domicílio
Disponibilidade da técnica	Na maior parte das cidades. Em férias é necessário pedir com antecedência vaga.	Pode ser executada no local de trabalho, no hotel, na residência de férias (desde que seja um local limpo).
Treino	É necessário para a HD domiciliária.	O treino, em regra, é realizado na Unidade de DP mas também pode ser realizado em casa do doente.
Autonomia	O doente deve fazer uma dieta com restrição de sal, deve controlar a quantidade de líquidos que bebe/dia e fazer restrição de produtos ricos em fósforo (carne, peixe e derivados do leite) e em potássio (frutas e legumes).	A dieta é idêntica à da HD. Pode ser menos restritiva na ingestão de líquidos enquanto o doente urinar.
Dieta	Condicionada pelos horários em que faz HD, que inclui o tempo da deslocação até ao Centro de HD mais o tempo do tratamento (±6 horas, 3 tratamentos por semana)	Tratamento diário. O doente tem de cumprir o horário das trocas estabelecidas pelo seu médico. Em DPCA cerca de 4 trocas por dia (cada troca demora 30-40 minutos). Em DPA: 8 horas de diálise ligado a uma cicladora.

Ficha técnica
 Equipamento Vida Saudável é uma edição do Departamento de Publicações Especiais da Global Notícias Publicações, S.A. | Texto e edição Raquel Botelho | Dep. Comercial José de Sousa (dir.) | Coordenador Paulo Brunheim | Paginagem: Prepress Controlinveste