

Concentração de cálcio no dialisato e hipercalcemia na DRC

Dialysate calcium concentration and hypercalcemia in CKD

Autores:

Leandro Junior Lucca
Rosélia Ribeiro dos Santos Lobão
Cristina Karohl

1 Concentração de Ca no dialisato

- 1.1 A concentração de Ca no dialisato (Cad) deve ser individualizada (Opinião).
- 1.2 A Cad deve estar preferencialmente entre 2,5 e 3,0 mEq/L.
 - 1.2.1 Nos pacientes com níveis séricos de paratormônio (PTH) inferiores a 150 pg/mL, a Cad deve ser preferencialmente de 2,5 mEq/L (Opinião).
 - 1.2.2 Nos pacientes com níveis séricos de PTH acima de 500 pg/mL e sem hipercalcemia, a Cad deve ser preferencialmente de 3,0 mEq/L (Opinião).
- 1.3 A Cad de 3,5 mEq/L deve ser utilizada preferencialmente quando houver necessidade de balanço positivo de Ca (Opinião).
 - 1.3.1 A Cad de 3,5 mEq/L deve ser sempre utilizada após a PTx até o término do período de “fome óssea” (Opinião).

2 Hipercalcemia na doença renal crônica (DRC)

Pacientes com DRC estágios III e IV

- 2.1 Os níveis séricos de Ca devem ser mantidos dentro da faixa normal para o método (Evidência).

Pacientes com DRC estágio V

- 2.2 Os níveis séricos de Ca devem ser mantidos dentro da faixa normal para o método (Opinião).
 - 2.2.1 Se utilizar o Ca iônico (Cai), este deve ser mantido dentro da faixa

de normalidade, não excedendo o limite de 5% abaixo do valor superior do método empregado (Opinião).

- 2.3 Hipercalcemia associada a PTH menor que 300 pg/mL, seguir as seguintes recomendações:
 - 2.3.1 Utilizar dialisato com concentração de Ca de 2,5 mEq/L por 2 meses (Opinião).
 - 2.3.2 Interromper o tratamento com vitamina D₂ ou D₃ (Opinião).
 - 2.3.3 Mudar o quelante de P à base de Ca por um quelante sem Ca e sem alumínio (Evidência).
 - 2.3.4 Depois de seguidas as Diretrizes 2.3.1 a 2.3.3, se o Ca estiver dentro dos valores recomendados, as condutas devem ser mantidas (Opinião).
 - 2.3.4.1 Se o Ca ainda permanecer acima dos valores recomendados, manter as Diretrizes 2.3.1 a 2.3.3 por 2 meses ou mais até que o Ca esteja dentro dos valores recomendados, desde que os níveis de PTH estejam abaixo de 300 pg/mL (Opinião).

- 2.3.4.2 Excluir outras causas de hipercalcemia não relacionadas com as anormalidades do metabolismo mineral e ósseo da doença renal crônica (Opinião).

- 2.4 Hipercalcemia associada a PTH maior ou igual a 300 pg/mL, seguir as seguintes recomendações:

- 2.4.1 Interromper o tratamento com vitamina D₂ ou D₃ (Opinião).

- 2.4.2** Mudar o quelante de P à base de Ca por um quelante sem Ca e sem alumínio (Opinião).
- 2.4.3** Depois de seguidas as Diretrizes 2.4.1 e 2.4.2, se o Ca estiver dentro dos valores recomendados, as condutas devem ser mantidas e deve-se reiniciar o tratamento com vitamina D₂ ou D₃ (Opinião).
- 2.4.3.1** Se o Ca estiver acima dos valores recomendados, manter as Diretrizes 2.4.1 e 2.4.2 e utilizar dialisato com concentração de Ca de 2,5 mEq/L por 2 meses, de acordo com as Diretrizes da Concentração de Ca no dialisato. Se após 2 meses, os níveis de Ca estiverem acima dos valores recomendados, indicar paratireoidectomia de acordo com as Diretrizes de Paratireoidectomia (Evidência).

RACIONAL

A concentração ideal de Ca no dialisato é motivo de controvérsia.¹⁻³ Há uma tendência de tentar generalizar uma concentração ideal para todos os pacientes em diálise, mas isso deve ser reavaliado principalmente porque as características clínicas e necessidades dos pacientes não são as mesmas. No entanto, parece claro que o tratamento adequado da Cad é um fator importante e deveria ser considerado parte do tratamento dos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo da DRC.⁴

Na realidade, desde a década de 1960, época em que a HD foi introduzida como terapia de substituição da função renal, as recomendações da Cad foram principalmente baseadas em opinião de especialistas e de acordo com a situação clínica de cada época, mais do que em evidências. Na década de 1960, as maiores preocupações eram controlar os níveis séricos de P e de Ca com o objetivo de prevenir doença óssea e calcificação metastática em pacientes mantidos em diálise regular.^{5,6} A Cad de 2,5 mEq/L foi arbitrariamente estabelecida, visando ao balanço neutro e ao uso de quelante de P à base de alumínio associado à suplementação oral de Ca. Essas eram as principais medidas adotadas na época. Posteriormente, observou-se a necessidade de maiores cargas de Ca no dialisato, uma vez que os pacientes desenvolviam hipocalcemia e hiperparatireoidismo secundário (HPS). A partir dessas observações, foi proposto aumentar o Ca no dialisato para 3,5 mEq/L com o objetivo de fornecer carga maior de Ca e suprimir a secreção de PTH.⁷ Com o reconhecimento da toxicidade do alumínio, os quelantes com Ca passaram a ser utilizados para a

maioria dos pacientes.⁸ No entanto, hipercalemia começou a ser observada, especialmente quando se associava ao calcitriol. Consequentemente, no final da década de 1980 e início da década de 1990, grande parte dos nefrologistas retornou ao uso de Cad de 2,5 mEq/L. Essa mudança foi suportada por outros estudos que mostraram que o uso combinado de carbonato de Ca, calcitriol e Ca no dialisato de 2,5 mEq/L era efetivo para tratar o HPS.⁹⁻¹¹

Mais recentemente, sobrecarga de Ca, mesmo na ausência de hipercalemia, foi associada a maior risco de calcificação vascular, doença óssea de baixa remodelação e mortalidade, aumentando a preocupação com o ganho de Ca pelos pacientes em diálise, seja do quelante ou do dialisato.^{12,13} Além disso, a associação de maior risco de mortalidade em pacientes com níveis mais elevados de Ca observado em estudo observacional reforçou esta ideia.¹⁴ Young e cols., analisando os resultados do primeiro *Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study* (DOPPS), encontraram uma elevação de 13% no risco de mortalidade geral para cada aumento de 1 mEq/L de Ca no dialisato.¹⁵ Essa preocupação com a sobrecarga de Ca foi um dos pontos determinantes para a recomendação de uma concentração de 2,5 mEq/L de Ca no dialisato pelo K/DOQI para a maioria dos pacientes, exceto em situações específicas, quando este pode ser mais alto ou baixo.¹ Na prática clínica, o primeiro DOPPS mostrou que apenas 40% dos pacientes estavam em uso de uma Cad recomendada pelo K/DOQI. O uso de uma concentração de 2,5 mEq/L foi principalmente observada nos Estados Unidos com cerca de 64% dos pacientes dialisatos nessa solução. Na Europa e no Japão, apenas 24% e 20% estavam em uso de Cad de 2,5 mEq/L, respectivamente.¹⁵ No mais recente guia para o tratamento dos distúrbios do metabolismo mineral e ósseo da DRC foi sugerido o uso de Cad de 2,5 ou 3,0 mEq/L.³

Apesar das poucas evidências sobre a concentração ideal de Ca no dialisato, algumas considerações devem ser observadas. A decisão sobre a concentração de Ca no dialisato deve levar em consideração a necessidade individual do balanço de Ca durante a diálise. Recentemente, demonstrou-se uma grande variabilidade individual na transferência de Ca durante a diálise independente da Cad. Tanto o gradiente de Ca entre o sangue e o dialisato e a taxa de remodelação óssea estimada pelos níveis séricos de PTH foram fatores determinantes da transferência de Ca.¹⁶ Dessa forma, o tipo de doença óssea, avaliado por marcadores bioquímicos ou pela biópsia óssea, além da presença ou não de calcificação

extraóssea deveriam ser considerados na escolha da concentração de Ca^{2+} . Em geral, Ca^{2+} de 3,5 mEq/L associa-se com balanço positivo e concentrações inferiores a 2,5 mEq/L com balanço negativo de Ca^{2+} durante a diálise.¹⁷⁻¹⁹ Naqueles pacientes com níveis séricos de PTH menores que 150 pg/mL, a concentração de Ca^{2+} recomendada no dialisato é de 2,5 mEq/L, com o objetivo de estimular a remodelação óssea, visto que a prevalência de DOA é elevada em pacientes com esses níveis de PTH.^{20,21} No entanto, Ca^{2+} iguais ou menores a 2,5 mEq/L deveriam ser usadas com cautela em pacientes com níveis séricos de PTH elevados. Excessiva remoção de Ca^{2+} poderia agravar o HPS e causar significativa perda de massa óssea. Por outro lado, o uso de Ca^{2+} de 3,5 mEq/L é associado a um balanço positivo de Ca^{2+} em uma parcela considerável dos pacientes e deveria ser evitado em pacientes com níveis de PTH mais baixo, os quais, geralmente, apresentam doença óssea adinâmica, menor capacidade de tamponar Ca^{2+} e maior risco para calcificação vascular.

O Ca^{2+} desempenha importantes papéis fisiológicos no organismo humano. No osso, participa da integridade estrutural do esqueleto. No fluido extracelular e no citosol, a concentração de íons Ca^{2+} , geralmente mantida constante, é criticamente importante na manutenção e no controle de inúmeros processos bioquímicos.²²

Considerando-se um nível sérico de Ca^{2+} total de 10,0 mg/dL, 45% representam a porção ligada à albumina, sendo os 55% restantes representados pelo Ca^{2+} livre, importante para funções biológicas, e apenas 0,5 mg/dL do Ca^{2+} total encontra-se complexado com outros íons como citrato, bicarbonato e fosfato. É importante mencionar que, nos pacientes com DRC estágios III, IV e V, devemos utilizar preferencialmente as dosagens do Ca^{2+} livre ou o Ca^{2+} total corrigido para o nível sérico da albumina.²³ Para o cálculo de Ca^{2+} total corrigido, deve-se utilizar a seguinte fórmula: Ca^{2+} total corrigido = Ca^{2+} total medido + [(4 - albumina) x 0,8].

Nos pacientes com DRC, níveis séricos de Ca^{2+} acima dos limites normais foram associados a aumento no risco de mortalidade.¹⁴ Ingestão de Ca^{2+} na dieta, o tipo de quelante de P utilizado, o uso de vitamina D_2 ou D_3 , uso de calcimimético, nível sérico do PTH e concentração de Ca^{2+} no dialisato podem influenciar a concentração sérica de Ca^{2+} nesses pacientes.¹⁵

A ingestão diária de Ca^{2+} inclui não só o aporte alimentar, mas também o Ca^{2+} proveniente do quelante de P. Atualmente, recomenda-se que a ingestão diária de Ca^{2+} , considerando aquela proveniente do quelante

de P, não exceda a 2 g/dia. A quantidade de Ca^{2+} elementar contida no carbonato e acetato de Ca^{2+} é 40% e 25% respectivamente. A vitamina D_2 e D_3 aumenta a absorção intestinal de Ca^{2+} e P podendo causar hipercalcemia e/ou hiperfosfatemia.^{24,25} Importante ressaltar que, na presença de hipercalcemia não associada ao tratamento ou ao tipo de doença óssea renal, outras causas devem ser investigadas.

REFERÊNCIAS

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2003; 42(suppl 3):S1-S201.
2. Toussaint N, Cooney P, Kerr PG. Review of dialysate calcium concentrations in hemodialysis. *Hemodialysis Int* 2006; 10:326-37.
3. Kidney Disease. Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Work Group. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of chronic kidney disease-mineral and bone disorder (CKD-MBD). *Kidney International* 2009; 76(Suppl 113):S1-S130.
4. Palmer B. Individualizing the dialysate in the hemodialysis patient. *Semin Dial* 2001; 14:41-9.
5. Slatopolsky E. Recommendations for treatment of renal osteodystrophy in dialysis patients. *Kidney Int* 1975; 7(suppl 2):253-5.
6. Pendas JP, Erickson RV. Hemodialysis: A successful therapy for chronic uremia. *Annals Intern Med* 1966; 64:293-310.
7. Johnson WJ, Goldsmith RS, Beabout JW *et al.* Prevention and reversal of progressive secondary hyperparathyroidism in patients maintained by hemodialysis. *Am J Med* 1974; 56:827-32.
8. Slatopolsky E, Weerts C, Lopez-Hilker S *et al.* Calcium carbonate as a phosphate binder in patients with chronic renal failure undergoing dialysis. *N Engl J Med* 1986; 315:157-61.
9. Slatopolsky E, Weerts C, Norwood K *et al.* Long term effects of calcium carbonate and 2,5mEq/L calcium dialysate on mineral metabolism. *Kidney Int* 1989; 36:897-903.
10. Sawyer N, Noonan K, Altmann P *et al.* High-dose calcium carbonate with stepwise reduction in dialysate calcium concentration: effective phosphate control and aluminum avoidance in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1989; 4:105-9.
11. Van der Merwe WM, Rodger RS, Grant AC *et al.* Low calcium dialysate and high-dose oral calcitriol in the treatment of secondary hyperparathyroidism in hemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1990; 5:874-7.
12. Goodman WG, Goldin J, Kuizon BD *et al.* Coronary artery calcification in young adults with end-stage renal disease who are undergoing dialysis. *N Engl J Med* 2000; 342:1478-83.
13. Chertow GM, Burke SK, Raggi P. Sevelamer attenuates the progression of coronary and aortic calcification in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2002; 62:245-52.

14. Block GA, Klassen PS, Lazarus JM, Ofsthun N, Lowrie EG, Chertow GM. Mineral metabolism, mortality, and morbidity in maintenance hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15:2208-18.
15. Young EW, Albert JM, Satayathum S *et al.* Predictors and consequences of altered mineral metabolism: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Kidney Int* 2005; 67:1179-87.
16. Karohl C, Paschoal JP, Castro MCM *et al.* Effects of bone remodelling on calcium mass transfer during hemodiálisis. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25:1244-51.
17. Angiles A, Mourad G. How do we have to use the calcium in the dialysate to optimmize the management of secondary hyperparathyroidism. *Nephrol Dial Transpl* 1998; 13(suppl 3):62-4.
18. Malberti F, Surian M, Minetti L. Dialysate calcium concentration decrease exacerbates secondary hyperparathyroidism in dialysis patients given calcium carbonate as a phosphate binder. *J Nephrol* 1991;2:75-81.
19. Fabrizi F, Bacchini G, Di Filippo S *et al.* Intradialytic calcium balances with different calcium dialysate levels. *Nephron* 1996; 72:530-5.
20. Barreto FC, Barreto DV, Moysés RMA, *et al.* K/DOQI-recommended intact PTH levels do not prevent low-turnover bone disease in hemodialysis patients. *Kidney Int* 2008; 73:771-7.
21. Hamano T, Oseto S, Fujii N *et al.* Impact of lowering dialysate calcium concentration on serum boné turnover markers in hemodialysis patients. *Bone* 2005; 36:909-16.
22. Llach F, Bover J. Renal osteodystrophy. In: Brenner BM. *Brenner & Rector's The Kidney* 6.ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000, p. 2103-86.
23. Payne RB, Carver ME, Morgan DB. Interpretation of serum total calcium: effects of adjustment for albumin concentration on frequency of abnormal values and on detection of change in the individual. *J Clin Pathol* 1979; 32(1):56-60.
24. Brown AJ, Coyne DW. Vitamin D analogs: new therapeutic agents for secondary hyperparathyroidism. *Treat Endocrinol* 2002; 1:313-27.
25. Henley C, Colloton M, Cattley RC *et al.* 1,25-Dihydroxyvitamin D3 but not cinacalcet HCl (Sensipar/Mimpara) treatment mediates aortic calcification in a rat model of secondary hyperparathyroidism. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20:1370-7.