

## Reflexões sobre a diálise no fim da vida

### Reflections on End-of-Life Dialysis

#### Autor

Carmen Tzanno-Martins<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Sociedade Brasileira de Nefrologia, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Sociedade Latinoamericana de Nefrologia e Hipertensão, São Paulo, SP, Brasil.

Idosos com Doença Renal Crônica (DRC), em geral, têm progressão mais lenta, e podem permanecer em manejo conservador abrangente por longos períodos.

A expectativa e a qualidade de vida tendem a ser piores em idosos com DRC V. Há controvérsias sobre os benefícios da diálise, quando iniciá-la e quando interrompê-la.

Os primeiros três meses de diálise são críticos, com piora da capacidade funcional e da qualidade de vida.<sup>1</sup> A expectativa de vida é reduzida. A sobrevida média em 1 ano é de 69%, para pacientes acima de 75 anos, e cai para 20% em 5 anos;<sup>2</sup> daqueles acima de 90 anos, a sobrevida é ainda menor, cerca de 8 meses.<sup>3</sup>

O censo de hemodiálise anual da SBN registra aumento em diálise de pacientes acima de 65 anos. Na última década, verificamos elevação de 42% e, atualmente, 30% dos pacientes em diálise são idosos.<sup>4</sup>

Em geral, idosos em diálise apresentam maior risco de quedas,<sup>5</sup> maior número de comorbidades e quadros mais graves e frequentes de anemia.

A maioria dos idosos em hemodiálise são frágeis, sendo total ou parcialmente dependentes, o que leva a piores desfechos clínicos e mortalidade.

A maioridade também é um fator de risco para déficit cognitivo, que, por sua vez, impacta no aumento da mortalidade em 1,5 a 2 vezes.<sup>6</sup>

Oscilações da pressão arterial intradiálítica, mudanças rápidas de volume, dificuldades de acesso vascular e desequilíbrio da hemodiálise agravam o déficit cognitivo.

Um estudo comparativo recente revelou que pacientes em diálise com mais

de 80 anos não apresentam benefício na sobrevida.<sup>2</sup> O manejo conservador abrangente proporciona maior satisfação ao paciente, melhor qualidade de vida e sobrevida média de 13 meses.<sup>7</sup>

O autor do artigo “Reflexões sobre a diálise no fim da vida” discute temas importantes, pouco aventados nos serviços de nefrologia: a tomada de decisão, a decisão compartilhada, as ferramentas disponíveis, a vulnerabilidade do médico e o *burnout* de profissionais e cuidadores.<sup>8</sup>

Embora os profissionais de saúde saibam que a oferta e a integração precoce do cuidado paliativo proporciona melhor manejo dos sintomas e mais qualidade de vida sem reduzir a sobrevida, a maioria dos nefrologistas ainda não considera essa opção.

De acordo com o autor, que corrobora o estudo de Kee, os nefrologistas divergem sobre a quem oferecer diálise; e o que mais pesa nessa decisão é o estado mental do paciente.<sup>9</sup>

Tanto a entrada em diálise como sua retirada devem ser decisões compartilhadas e amparadas por instrumentos de avaliação. Escores de progressão e mortalidade e a avaliação da capacidade funcional e do estado mental do paciente dão subsídios à equipe.

Acompanhamos o autor em sua reflexão de que, além da condição clínica e psíquica, outros fatores devem ser considerados, como aspectos culturais, religiosos, espirituais, educacionais e legais.

Em recente pesquisa pela internet, a Sociedade Italiana de Nefrologia detectou que, embora considerem a diálise e a DRC parte do envelhecimento, os nefrologistas não conhecem as ferramentas para avaliação desses pacientes.<sup>10</sup>

Correspondência para:  
Carmen Tzanno-Martins.  
E-mail: tzanno@gmail.com

DOI: 10.1590/2175-8239-JBN-2018-00030003

Geriatras utilizam critérios de fragilidade, incapacidades funcionais e risco para desfechos desfavoráveis. Entretanto, essa não é a rotina entre nefrologistas, que, nem sempre familiarizados com tais métodos e cálculos, não os empregam nas tomadas de decisão.

Recentemente, o Grupo Europeu de Melhores Práticas lançou um manual de diretrizes clínicas para pacientes idosos com DRC fase IIIb ou mais grave, sugerindo escores para abordagem clínica e suporte à decisão compartilhada.<sup>11</sup>

O escore BANSAL<sup>11</sup> é útil para predizer risco de morte em 5 anos em pacientes idosos não frágeis em DRC fases III a V.

O escore REIN<sup>11</sup> (Renal Epidemiology and Information Network) pode ser útil para estratificar risco de mortalidade em idosos frágeis que planejam iniciar diálise.

A fórmula KFRE<sup>11</sup> (Kidney Failure Risk Equation) tem excelente acurácia preditiva de risco de progressão da DRC.

Considerando a progressão da doença, o risco de mortalidade, as comorbidades e a fragilidade do paciente, o nefrologista poderá tomar decisão compartilhada com foco em nefroproteção, ações de suporte renal e planejamento de cuidado avançado e/ou de aconselhamento pré-diálise para a escolha da modalidade dialítica ou manejo conservador abrangente.<sup>11</sup>

A decisão é complexa e com elevado grau de incerteza, mesmo quando os profissionais aplicam escores para auxiliar na decisão e compartilham a responsabilidade.

Um dos aspectos negligenciados que influencia a equipe é o *burnout* mencionado pelo autor. Pacientes com longas doenças crônicas e pacientes idosos requerem mais atenção da equipe multiprofissional e dos cuidadores. Estes compartilham a perda da autonomia, o absenteísmo no trabalho, a ausência de atividades sociais, o empobrecimento consequente da redução da entrada e o aumento nos gastos com saúde e desestruturação familiar. Portanto, a abordagem desses pacientes requer uma equipe multiprofissional capacitada e o uso efetivo e eficiente de comunicação e tecnologia.

Em 2015, foi publicado no KDIGO um sumário executivo sobre suporte renal na DRC devido à população crescente de idosos em diálise e à dúvida quanto ao melhor e mais eficaz tratamento, que proporcione maiores benefícios.

Consideramos, além das medidas e reflexões propostas pelo autor, seguir as recomendações abaixo para decisão compartilhada com ênfase na comunicação:

1 - Desenvolva a relação médico-paciente para a tomada de decisão.

2 - Informe aos pacientes com IRA, DRC IV e V o diagnóstico, prognóstico e todas as opções de tratamento.

3 - Dê a todos os pacientes com IRA, DRC IV e V um prognóstico.

4 - Informe os cuidados tanto para a diálise/o transplante quanto para o cuidado de suporte renal.

5 - Evite o início ou suspenda a diálise daqueles pacientes e/ou familiares que manifestem desejo pelo cuidado de suporte renal.

6 - Considere suspender ou não iniciar diálise de pacientes com IRA e DRC que tenham mau prognóstico, doença terminal, condição médica que impeça diálise ou pacientes com duas ou mais das seguintes situações:

- Idosos acima de 75 anos.
- Alto índice de comorbidades (Charlson  $\geq$  8).
- Incapacidade funcional (Karnofsky ou PPS  $<$  40).
- Desnutrição crônica.

7 - Considere um tempo limitado de diálise para pacientes com prognóstico incerto ou sem consenso quanto ao benefício da diálise.

8 - Estabeleça um plano de resolução de conflitos gerados pela decisão compartilhada.

9 - Ofereça suporte para controle dos sintomas e intercorrências.

10 - Comunique toda a equipe sobre as decisões tomadas.

É crescente a expectativa de vida, e o número de idosos com doenças crônicas tende a aumentar. Portanto, a reflexão proposta pelo autor é relevante e atual. O nefrologista deve considerar o paliativismo como opção terapêutica, buscar ferramentas para a tomada de decisão e dividir os desafios com outros profissionais, cuidadores e o próprio paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Verberne WR, Geers AB, Jellema WT, Vincent HH, van Delden JJ, Bos WJ. Comparative survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2016;11:633-40.
2. Murtagh FE, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:1955-62.
3. Kurella M, Covinsky KE, Collins AJ, Chertow GM. Octagenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Med* 2007;146:177-83.
4. Sesso R, Lopes AA, Thomé FS, Lugon J, Tzanno-Martins C. Brazilian Chronic Dialysis Survey 2016. *J Bras Nefrol* 2017;39:261-6.
5. Plantinga LC, Patzer RE, Franch HA, Bowling CB. Serious Fall Injuries Before and After Initiation of Hemodialysis Among Older ESRD patients in the United States: A Retrospective Cohort Study. *Am J Kidney Dis* 2017;70:76-83.
6. Kurella M, Mapes DL, Port FK, Chertow GM. Correlates and outcomes of dementia among dialysis patients: the Dialysis

- Outcomes and Practice Patterns Study. *Nephrol Dial Transplant* 2006;21:2543-8.
7. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1611-9.
  8. Castro MCM. Reflections on end-of-life dialysis. *J Bras Nefrol* 2018; 40:232-40.
  9. Kee F, Patterson CC, Wilson EA, McConnell JM, Wheeler SM, Watson JD. Stewardship or clinical freedom? Variations in dialysis decision making. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:1647-57.
  10. Antonelli Incalzi R, Aucella F, Leosco D, Brunori G, Dalmartello M, Paolisso G. Assessing Nephrological Competence among Geriatricians: A Proof of Concept Internet Survey. *PLoS One* 2015;10:e0141388. DOI: 10.1371/journal.pone.0141388
  11. Farrington K, Covic A, Aucella F, Clyne N, de Vos L, Findlay A; ERBP Guideline Development Group. Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR<45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). *Nephrol Dial Transplant* 2016;31:iii1-ii66. Erratum in *Nephrol Dial Transplant* 2017;32:740-1.

## ERRATA

No artigo “*Reflexões sobre a diálise no fim da vida*” com o DOI <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2018-00030003> publicado no *Brazilian Journal of Nephrology* em 2018:

Onde estava escrito:

*O autor do artigo “Reflexões sobre a diálise no fim da vida” discute temas importantes, pouco aventados nos serviços de nefrologia: a tomada de decisão, a decisão compartilhada, as ferramentas disponíveis, a vulnerabilidade do médico e o burnout de profissionais e cuidadores.*

Leia-se:

*O autor do artigo “Reflexões sobre a diálise no fim da vida” discute temas importantes, pouco aventados nos serviços de nefrologia: a tomada de decisão, a decisão compartilhada, as ferramentas disponíveis, a vulnerabilidade do médico e o burnout de profissionais e cuidadores.*<sup>8</sup>

Onde estava escrito:

*nessa decisão é o estado mental do paciente*<sup>8</sup>.

Leia-se:

*nessa decisão é o estado mental do paciente*<sup>9</sup>.

Onde estava escrito:

*ferramentas para avaliação desses pacientes.*<sup>9</sup>

Leia-se:

*ferramentas para avaliação desses pacientes.*<sup>10</sup>

Onde estava escrito:

*sugerindo escores para abordagem clínica e suporte à decisão compartilhada*<sup>10</sup>.

Leia-se:

*sugerindo escores para abordagem clínica e suporte à decisão compartilhada*<sup>11</sup>.

Onde estava escrito:

*O escore BANSAL<sup>10</sup> é útil para predizer risco (...)*

Leia-se:

*O escore BANSAL<sup>11</sup> é útil para predizer risco (...)*

Onde estava escrito:

*O escore REIN<sup>10</sup> (Renal Epidemiology and Information Network) (...)*

Leia-se:

*O escore REIN<sup>11</sup> (Renal Epidemiology and Information Network) (...)*

Onde estava escrito:

*aconselhamento pré-diálise para a escolha da modalidade dialítica ou manejo conservador abrangente.<sup>10</sup>*

Leia-se:

*aconselhamento pré-diálise para a escolha da modalidade dialítica ou manejo conservador abrangente.<sup>11</sup>*

Onde estava escrito:

7. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1611-9.
8. Kee F, Patterson CC, Wilson EA, McConnell JM, Wheeler SM, Watson JD. Stewardship or clinical freedom? Variations in dialysis decision making. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:1647-57.
9. Antonelli Incalzi R, Aucella F, Leosco D, Brunori G, Dalmartello M, Paolisso G. Assessing Nephrological Competence among Geriatricians: A Proof of Concept Internet Survey. *PLoS One* 2015;10:e0141388. DOI: 10.1371/journal.pone.0141388.
10. Farrington K, Covic A, Aucella F, Clyne N, de Vos L, Findlay A; ERBP Guideline Development Group. Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR<45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). *Nephrol Dial Transplant* 2016;31:iii1-ii66. Erratum in *Nephrol Dial Transplant* 2017;32:740-1.

Leia-se:

7. Carson RC, Juszczak M, Davenport A, Burns A. Is maximum conservative management an equivalent treatment option to dialysis for elderly patients with significant comorbid disease? *Clin J Am Soc Nephrol* 2009;4:1611-9.
8. Castro MCM. Reflections on end-of-life dialysis. *J Bras Nefrol* 2018; 40:232-40
9. Kee F, Patterson CC, Wilson EA, McConnell JM, Wheeler SM, Watson JD. Stewardship or clinical freedom? Variations in dialysis decision making. *Nephrol Dial Transplant* 2000;15:1647-57.
10. Antonelli Incalzi R, Aucella F, Leosco D, Brunori G, Dalmartello M, Paolisso G. Assessing Nephrological Competence among Geriatricians: A Proof of Concept Internet Survey. *PLoS One* 2015;10:e0141388. DOI: 10.1371/journal.pone.0141388.
11. Farrington K, Covic A, Aucella F, Clyne N, de Vos L, Findlay A; ERBP Guideline Development Group. Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR<45 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). *Nephrol Dial Transplant* 2016;31:iii1-ii66. Erratum in *Nephrol Dial Transplant* 2017;32:740-1.