

## PO094

## INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL E INÍCIO DE HEMODIÁLISE

Nuno Oliveira (1); F. Ferrer (1); F. Costa (1); C. Lima (1); P. Maia (1); H. Raposo (1); T. Mendes (1); A. Belmira (1); A. Ramires (1); A. Carreira (1)

(1) Serviço de Nefrologia / Centro Hospitalar de Coimbra / Coimbra / Portugal

**Introdução:** Ao longo das últimas 2 décadas, tem-se assistido a um aumento da incidência e prevalência da Insuficiência Renal Crónica Terminal (IRCT) a nível mundial, bem como a modificação das causas de IRC, com crescente importância da diabetes e da HTA.

**Material e métodos:** Os autores revêm a experiência do serviço ao longo da última década, caracterizando e comparando a população IRCT na data de início de hemodiálise (HD) nos anos de 1995-96 (período I) e 2005-06 (período II).

Foram avaliados dados demográficos, seguimento em consulta de Nefrologia (Tabela 1), etiologia IRC, motivo início HD, acesso vascular e parâmetros analíticos. Calculada a clearance creatinina no início HD pela equação MDRD.

**Resultados:**

Tabela 1

Dados demográficos

	Doentes iniciados em HD	Idade (anos)	Ratio M:F	Consulta Nefrologia Prévia	Tempo Follow-up em consulta (meses)	Creatinina 1ª Consulta (umol/l)
1995-96	93	66±15	2:1	60 (62,5%)	32±29	294±126
2005-06	202	67±15	1,5:1	141 (69,8%)	47±49	290 ±119

Etiologia IRC (período I/II): nefropatia vasculopática 17% / 12%, nefropatia diabética 14% / 32% e nefrite tubulointerstitial crónica 12% / 8%. Motivo início HD (período I/II): clínica urémica 60% / 47%, critérios laboratoriais (clearance creatinina) 6% / 23%. Clearance média creatinina no início de HD (período I/II): 5±1.4 ml/min / 6.78±2.13 ml/min (t=0.000). Acesso vascular inicial: FAV 23% / 33%, tendo os restantes iniciado HD por catéter venoso central. Parâmetros analíticos (período I/II): hemoglobina 8.2±1.1 / 9.7±1.8 gr/dl (t=0.000) e PTHi 438±300/420 315pg/ml.

O tempo médio de internamento foi de 23±16 dias no período I e de 13±14 dias no período II (t=0.000).

**Conclusões:** neste período de 10 anos, assistiu-se ao duplicar da incidência de IRCT e ao crescimento da nefropatia diabética, que constitui actualmente a principal causa de IRCT no nosso Serviço. Estas observações são concordantes com o descrito na literatura. Observou-se melhoria nos cuidados pré-HD, traduzidos pelo melhor controlo da anemia, aumento do número de doentes que iniciaram HD por FAV e maior precocidade no início de HD. Estes factores permitiram reduzir o tempo necessário para estabilização dos doentes, traduzindo-se numa diminuição significativa do tempo médio de internamento.

## PO095

## A FORÇA MUSCULAR COMO PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM HEMODIÁLISE

Rosária Rodrigues (1); André Novo (1); Francisco Travassos (1); Rui Castro (1); José Nunes Azevedo (1)

(1) . / Centro de Hemodiálise – Nordial / Mirandela / Portugal

**Introdução:** A desnutrição proteico-calórica (DPC) é muito comum nos doentes insuficientes renais em hemodiálise (HD). Parece existir uma associação da DPC com a morbilidade cardíaca e a inflamação. A DPC aumenta a mortalidade e morbilidade destes doentes e a avaliação nutricional é crucial para a sua detecção. Os depósitos proteicos viscerais podem ser avaliados por parâmetros bioquímicos (albumina, creatinina, colesterol) mas as proteínas somáticas necessitam de técnicas de avaliação da composição corporal, como a Bioimpedância. O teste de força de pressão da mão (“handgrip strength” – HGS) é um bom índice prognóstico e de perda de massa muscular, reflectindo o grau de dependência dos doentes. O HGS é utilizado para avaliar o desempenho geral dos músculos, pela determinação da força de pressão produzida por uma pressão máxima. O nosso estudo teve como objectivo comparar os resultados do HGS com a composição corporal avaliada por BIA e com o estado nutricional dos doentes.

**Material e métodos:** Foi efectuado um estudo de corte transversal para avaliar o HSG e o estado nutricional de doentes em HD regular. Foram avaliados 126 doentes em hemodiálise de alto-fluxo, dos quais foram incluídos apenas 93 doentes. Factores de exclusão: inflamação aguda ou crónica, amputações e doença vascular grave. Recolhemos dados como a idade, sexo, história clínica, co-morbilidade, estatura, peso pós-diálise e de referência (SBW), % SBW, cinética da ureia e ainda os resultados da BIA e HGS.

**Resultados:** Foram classificados como desnutridos 23 doentes (25%). Na comparação desnutrição/bom estado nutricional por BIA, verificamos que não existiam diferenças significativas na massa gorda. Os indivíduos desnutridos apresentavam valores inferiores de reactância, ângulo de fase, massa magra e muscular. Estes doentes desnutridos apresentavam, por outro lado, valores superiores de resistência e de relação Na/K. No HGS verificou-se que os desnutridos revelavam força muscular inferior, em relação aos doentes com bom estado nutricional (21,5±8,4/29,5±10,1; P<0,01). Os resultados do HSG correlacionaram-se positivamente com a massa muscular (r=0,58;P<0,01), reactância (r=0,25;P<0,05), ângulo de fase(r=0,46;P<0,01), massa celular (r=0,27;P<0,01) e índice de massa celular (BCMI r=0,46;P<0,01) mas correlacionaram-se negativamente com a resistência (r= -0,44;P<0,01) e a idade (r= -0,36;P<0,01). Relativamente aos parâmetros bioquímicos, verificamos que os resultados do HGS se correlacionaram positivamente com a albumina (r=0,33;P<0,01) e creatinina (r=0,30;P<0,01) e de forma negativa com a proteína C reactiva (r= -0,22;P<0,05) e IL-6 (r= -0,26;P<0,05).

**Conclusão:** O HGS, teste simples, barato e não invasivo, pode identificar doentes em hemodiálise regular com risco elevado de desnutrição. A sua integração na avaliação nutricional dos nossos doentes permitiu essa identificação, de forma concordante com os métodos analíticos clássicos e com a BIA.