

Mestrado Integrado em Medicina

Tratamento Conservador da Doença Renal Crónica: Protocolo de Consulta Externa

Maria de Fátima Barros da Rocha

M

2022



Tratamento Conservador da Doença Renal Crónica: Protocolo de Consulta Externa

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Maria de Fátima Barros da Rocha

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Endereço: Praceta dos Desembargadores 114, 1º direito frente, 4405-633 VNG

Endereço eletrónico: mfatima_rocha@outlook.com

Orientadora: Professora Doutora Josefina Maria de Sousa Santos Lascasas

Assistente Graduada de Nefrologia – Centro Hospitalar Universitário do Porto

Afiliação: Professora Associada Convidada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Endereço: Rua Manuel Ribeiro de Almeida no 858, 4420-195 Gondomar

Endereço eletrónico: josefina.sts@gmail.com

Estudante

Yara de Lima Bocai da Rocha

Orientador

Porto, Maio de 2022

Dedicatória

“Success is the sum of small efforts, repeated day in day out”

Robert Collier

À minha mãe, onde tudo começou e nunca nada terminará, pelo apoio incondicional durante todo este percurso, tanto nas conquistas como nas maiores dificuldades.

Ao André, pela leveza que trouxe a todo este percurso e à minha vida, sem a sua presença nada teria sido possível.

Aos meus amigos que me acompanharam ao longo destes anos, cuja compreensão e apoio me mostraram o verdadeiro significado de amizade.

A todos os que durante estes seis anos por mim passaram, obrigada por todos os ensinamentos que deixaram e momentos que vivemos.

Um bem-haja a todos.

Agradecimentos

Tendo consciência que este trabalho não seria possível sem apoio e orientação, quero endereçar um especial agradecimento à Doutora Josefina Lascasas, por ter aceitado orientar a minha tese e pela disponibilidade e acessibilidade que sempre demonstrou para me auxiliar na elaboração deste trabalho, tornando todo o processo muito mais fácil e prazeroso.

Agradeço também à Mariana Morais pelo seu auxílio para conseguir elaborar este trabalho. A sua determinação e conselhos foram essenciais para que este projeto chegasse a bom porto.

Resumo

Introdução: O Tratamento Conservador (TC) é uma opção terapêutica na Doença Renal Crónica, uma patologia crónica com uma trajetória de difícil prognóstico e com grande impacto na saúde global do doente. Esta abordagem a terapêutica é composta por várias vertentes que se complementam e que devem ser integradas para uma melhor gestão do doente.

Objetivo: O objetivo do presente trabalho é a realização de uma revisão da literatura mais atual sobre o Tratamento Conservador da Doença Renal Crónica, tendo em conta as diferentes dimensões que o compõem. A revisão de literatura servirá de base para a elaboração de um protocolo de consulta externa para doentes renais propostos para o TC.

Metodologia: A metodologia deste trabalho consistiu na pesquisa, leitura crítica e seleção de artigos nas bases de dados PubMed, Springer, Wiley e Elsevier através das palavras-chave “Doença Renal Crónica” e “Tratamento Conservador”. Foram pré-selecionados 195 artigos, dos quais foram excluídos 140 considerando os critérios de exclusão pré-definidos.

Desenvolvimento: A Doença Renal Crónica (DRC) é uma patologia que se caracteriza pela perda progressiva, persistente e irreversível da função renal e que apresenta uma prevalência elevada com tendência crescente na população. As terapêuticas de substituição da função renal (TSFR) têm sido a grande base da terapêutica da Doença Renal Crónica, particularmente quando o doente atinge estadios mais avançados da mesma. Ainda assim, observou-se que o recurso a estas terapêuticas, em população mais idosa, não reflete, numa parte dos doentes, uma melhoria na sobrevida e/ou na qualidade de vida. O TC surge como alternativa válida de tratamento a ser apresentada aos doentes. O TC compreende várias dimensões que se complementam: atraso da progressão da doença renal crónica, tomada de decisão partilhada, gestão ativa de sintomas, planeamento atempado de cuidados, apoio psicológico e social a doentes e familiares e inclusão dos domínios espirituais e culturais. A dificuldade de estabelecer um prognóstico para esta patologia levou a investigação de novos parâmetros de avaliação dos doentes que pudessem auxiliar a definir a trajetória da doença. Assim, verificou-se que os doentes crónicos renais apresentam maior fragilidade, que representa um fator de risco independente para piores desfechos clínicos dos doentes. Atualmente não existe de uma forma generalizada nos serviços de nefrologia, um protocolo formalizado de consulta externa para a prestação de TC a doentes renais crónicos, sendo uma lacuna importante na gestão destes doentes.

Conclusão: Apesar de existirem algumas recomendações para a implementação do tratamento conservador, não existem diretrizes validadas e uniformizadas que facilitem a sua aplicação. Sugere-se neste trabalho uma proposta de consulta para os doentes referenciados para TC.

Palavras-chave: Doença Renal Crónica; Tratamento Conservador; Fragilidade; Nefrologia

Abstract

Introduction: Supportive Care (SC) is a treatment option for Chronic Kidney Disease, (CKD) a chronic disease with a difficult path of prognosis and with great impact on the overall patient's health. This treatment option consists of several dimensions that complement each other and that should be addressed to guarantee better patient management.

Objective: The aim of this paper is to conduct a review of the most current literature on the Conservative Treatment of Chronic Kidney Disease, considering the different dimensions that compose it. The literature review will serve as basis for the elaboration of a Supportive Care Program consultation protocol for patients proposed for this treatment option.

Methodology: The methodology of this work consisted of research, critical reading, and selection of articles in the Databases PubMed, Springer, Wiley and Elsevier through the keywords "Chronic Kidney Disease" and "Conservative Treatment". A total of 195 articles were pre-selected, of which 140 were excluded considering the predefined exclusion criteria.

Development: Chronic Kidney Disease (CKD) is a disease characterized by progressive, persistent, and irreversible loss of renal function and has a significant prevalence in the population with an increasing tendency. Renal function replacement therapies have been the major basis for CKD treatment, particularly when the patient reaches more advanced stages of the disease. Nevertheless, it was observed that the use of these therapies, in an older population, does not reflect, in a given percentage of patients, an improvement in survival and/or quality of life. Conservative treatment (CT) emerges as a valid alternative to be presented to patients. CT comprises several dimensions that complement each other: delaying progression of chronic kidney disease, shared decision-making, active symptom management, detailed communication including advance care planning, psychological and social support for patients and family members, and inclusion of spiritual and cultural domains. The difficulty of establishing a prognosis for this disease led to the investigation of new evaluation parameters that could help define the trajectory of the disease. Thus, it was found that chronic renal patients have greater frailty, which represents an independent risk factor for worse clinical outcomes. Currently there is no formalized external consultation protocol for the provision of CT, and it is an important gap in the management of these patients.

Conclusion: Although there are some recommendations for the implementation of conservative treatment, there are no validated and standardized guidelines that facilitate its application. In this work is suggested a Supportive Care Program consultation protocol for patients referred for CT.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Conservative Treatment; Frailty; Nephrology

LISTA DE ABREVIATURAS

DRC – Doença Renal Crónica

TFG – Taxa Filtração Glomerular

DALY – Anos de vida perdidos ajustados por incapacidade

DM – Diabetes Mellitus

HTA – Hipertensão Arterial

RAAS – Sistema renina-angiotensina-aldosterona

IC – Insuficiência Cardíaca

LRA – Lesão Renal Aguda

EDTA – Ácido Etilenodiamino Tetra-acético

MDRD – Modification of Diet in Renal Disease

CKD-EPI – Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration

CAPA – Caucasian Asian Paediatric and Adult

KDIGO - Kidney Disease Improving Global Outcomes

TSFR – Terapias de Substituição da Função Renal

TC – Tratamento Conservador

TR – Transplantação Renal

PLADO – Plant-dominant low protein-diet

IMC – Índice Massa Corporal

IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

ARA – Antagonista do Recetor da Angiotensina II

AVD – Atividades da Vida Diária

SNC – Sistema Nervoso Central

AINEs – Anti-inflamatório não esteróide

ACP – Planeamento Antecipado de Cuidados

SSRI – Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina

HRQoL – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

CFS – Clinical Frailty Scale

Índice	
<i>Agradecimentos</i>	<i>i</i>
<i>Resumo</i>	<i>ii</i>
<i>Abstract</i>	<i>iv</i>
<i>LISTA DE ABREVIATURAS</i>	<i>vi</i>
<i>Lista de Tabelas</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela I - Recomendações para a gestão de diferentes condições da DRC, sejam elas potenciais fatores de agravamento da doença ou complicações que desta advenham.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela II - Recomendações para a Gestão Ativa dos principais sintomas relatados pelos doentes com DRC.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela III - Equipa de Multidisciplinar para Abordagem ao doente em TC.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela IV - Critérios de Referenciação à CE de TC.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela V - Recomendações para a comunicação com doentes em TC.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela VI - Parâmetros para a avaliação inicial do doente.</i>	<i>ix</i>
<i>Tabela VII - Ferramentas de rastreio de patologias psiquiátricas.</i>	<i>ix</i>
<i>Introdução</i>	<i>1</i>
Classificação	1
Etiologia	1
Taxa de Filtração Glomerular	4
Albuminúria	5
Tratamento da DRC	6
Tratamento Médico Conservador Abrangente	7
Fundamentação	8
<i>Seleção e Organização da Bibliografia</i>	<i>10</i>
<i>Componentes do Tratamento Médico Conservador Abrangente</i>	<i>11</i>
1. Atraso da progressão da DRC	11
2. Tomada de decisão partilhada	13
3. Gestão ativa de sintomas	18
4. Comunicação detalhada e planeamento atempado de cuidados de fim de vida	20
4.1. Cuidados Paliativos aplicados ao doente renal	22
5. Apoio psicológico e social a doentes e familiares	23
6. Inclusão dos domínios espirituais e culturais	24

DISCUSSÃO	26
PROTOCOLO DE CONSULTA EXTERNA	29
Objetivo	29
Equipa de Trabalho	30
Critérios de referenciação à CE de TC	30
Estratégias de Comunicação	30
Caracterização inicial do doente	31
Avaliação Prognóstica	31
Avaliação Sintomática	31
Avaliação Psicológica	32
Planeamento atempado de cuidados	32
Otimização da gestão do doente	33
Referenciação	33
CONCLUSÃO	33
Bibliografia	35
ANEXOS	41

Lista de Tabelas

Tabela I - Recomendações para a gestão de diferentes condições da DRC, sejam elas potenciais fatores de agravamento da doença ou complicações que desta advenham.

Tabela II - Recomendações para a Gestão Ativa dos principais sintomas relatados pelos doentes com DRC.

Tabela III - Equipa de Multidisciplinar para Abordagem ao doente em TC.

Tabela IV - Critérios de Referenciação à CE de TC.

Tabela V - Recomendações para a comunicação com doentes em TC.

Tabela VI - Parâmetros para a avaliação inicial do doente.

Tabela VII - Ferramentas de rastreio de patologias psiquiátricas.

Introdução

A Doença Renal Crónica (DRC) é uma patologia que se caracteriza por uma perda progressiva e irreversível da função renal.¹ Para que o diagnóstico da mesma seja feito, é necessário que se verifique, há pelo menos 3 meses, um valor de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) inferior a 60 mL/min/1.73m² ou a presença de marcadores de lesão renal, tais como, albuminúria, anomalias do sedimento urinário, eletrolíticas secundárias a distúrbios tubulares, histológicas e/ou estruturais (detetadas por exame de imagem).^{1,2}

A prevalência de DRC é elevada na população, estimando-se que aproximadamente 10% da população adulta mundial seja afetada por algum estadio de DRC. Em 2017, a DRC levou a cerca de 1.2 milhões de mortes e cerca de 36 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY), estimando-se 2,2 a 4 milhões de óbitos em 2040^{1, 3,4}

Portugal é um dos países do mundo com maior prevalência de DRC, estando em primeiro lugar a nível europeu, com uma carga global que se situa entre os 200-299 DALY por 100 000 habitantes. A idade média dos doentes com DRC em TSFR é de 68,0 anos, sendo que cerca de 1/4 tem mais de 80 anos.^{5, 6} Há vários fatores que contribuem para esta prevalência elevada, nomeadamente o envelhecimento populacional, a elevada prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e de Hipertensão Arterial (HTA) e as frequentes falhas de comunicação entre os vários serviços de saúde que culminam num seguimento precário destes doentes e, como tal, num controlo e prevenção da DRC não tão eficazes.^{4,7}

Classificação

Etiologia

Segundo as *guidelines Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO)* a DRC deve ser classificada tendo em conta 3 parâmetros: a sua etiologia, a TFG e a albuminúria que os doentes apresentam.⁸ No que diz respeito à etiologia, existem várias causas que são amplamente associadas ao desenvolvimento de DRC, sendo que a sua prevalência varia a nível internacional, bem como dentro dos diferentes contextos socioeconómicos.^{8,9} A Diabetes Mellitus é a principal causa de DRC na maioria dos países desenvolvidos, implicando mesmo rastreio anual da microalbuminúria e da TFG a todos os diabéticos, dada a sua elevada correlação e prevalência.⁹ Apesar de ainda não estar totalmente explicada a fisiologia que permite que a DM condicione uma diminuição da função renal, sabe-se que a hiperglicemia leva a um aumento da ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), provocando stress mecânico, eventual proteinúria (que se vem a manifestar

por microalbuminúria) e alterações estruturais a nível glomerular e mesangial.¹⁰ Enquanto a Nefropatia Diabética clássica se caracteriza por uma perda de função (diminuição da TFG) com microalbuminúria associada, mais recentemente verificou-se, em doentes diabéticos, uma diminuição da TFG que condiciona DRC, sem microalbuminúria associada, o que obrigou à criação de uma nova identidade: a Doença Renal Diabética.^{10, 11} Assim, são estas duas entidades clínicas, tanto a Nefropatia Diabética como a Doença Renal Diabética, as principais causadoras de DRC e DRC avançada.

A Hipertensão Arterial é também uma patologia que apresenta uma estreita relação com a DRC, ainda que um pouco controversa. A prevalência de HTA em doentes com DRC é elevada, podendo variar entre 60 a 90%, dependendo do estadió da DRC.⁹ A controvérsia surge por causa da relação bidirecional que as duas patologias apresentam, dado que a HTA é uma consequência clara da DRC, mas é, com elevada expressão, também causadora de DRC. Os mecanismos envolvidos neste processo estão relacionados com vários fatores, nomeadamente, retenção de sódio, ativação do RAAS, hiperativação do sistema simpático e disfunção endotelial.¹² Assim, ainda que constitua uma clara consequência de DRC, a HTA, por si só, constitui uma importante causa da DRC, sendo responsáveis por 6,9% da DRC no Reino Unido e 27,8% nos Estados Unidos.^{9, 12, 13}

Existem ainda outras causas de DRC que, embora apresentem prevalências mais baixas, também são importantes de referir, nomeadamente as Glomerulonefrites que, pelos processos inflamatórios que lhes estão associados, levam a lesão glomerular e eventual perda de função.⁹ Estas patologias podem ter variadas etiologias, nomeadamente infeções, deposição de substâncias (cristais, cadeias leves, etc.), fármacos ou mesmo doenças sistémicas que apresentam afeção renal (ex. Lupus Eritmatoso Sistémico).⁹

Também as doenças genéticas, como a Doença Renal Poliquística, condicionam perda de função renal. Neste caso, o crescimento progressivo de quistos e, consequentemente, do tamanho do rim, levam a uma destruição do parênquima renal, causando não só perda de função, como hipertensão, dor, hematuria, entre outras.^{9, 14}

Em termos cardiovasculares, não é só a HTA a desempenhar um papel importante no que diz respeito à DRC. Outras patologias como a Insuficiência Cardíaca (IC) ou a Aterosclerose contribuem para a perda de função renal e eventual DRC.⁹ No caso da IC, tanto aguda como crónica, a descompensação cardíaca pode potencializar uma síndrome cardiorrenal, neste caso do tipo 1 ou 2, que levam a uma diminuição da função renal.^{13, 15} Por sua vez, a Aterosclerose também está muito

associada ao declínio da função renal, tanto de uma forma direta com a obstrução da artéria renal, bem como de forma indireta, dado que os seus fatores de risco (dislipidemia, obesidade, HTA), também são nocivos para o rim..¹⁶

As doenças multissistémicas que têm atingimento renal são também uma importante causa de DRC, ainda que com menos expressão em termos epidemiológicos. Patologias como o Mieloma Múltiplo, a Sarcoidose, a Amilose ou Lupus Sistémico Eritmatoso podem lesar o rim de várias formas, tanto como glomerulonefrites, lesão renal aguda (LRA) ou mesmo condicionar uma perda de função mais persistente, a DRC.⁹ Contudo existem outras patologias que aparentam apresentar correlação com a DRC, apesar da mesma ainda ser pouco estudada, como é o exemplo da Esteatose Hepática não Alcoólica ou da Doença de Fabry.^{17, 18}

Patologias do foro urológico também podem condicionar DRC, pois a obstrução do fluxo normal de urina e consequente estase tem um efeito nefasto a nível dos nefrónios, podendo mesmo afetar a função renal.⁹ Todas as patologias urológicas que possam levar a uma obstrução de fluxo são passíveis de condicionar LRA e/ou DRC. Assim, indivíduos com DRC devem ser inquiridos à cerca de história de doença urológica obstrutiva ou sintomas que possam indicar alguma patologia urológica obstrutiva, como por exemplo, Hiperplasia Benigna da Próstata, Nefrolitíase ou mesmo história de Nefropatia de refluxo na infância.^{9,19}

A Lesão Renal Aguda é um já conhecido fator precipitante e perpetuador de DRC. Dependendo da quantidade de nefrónios que são irremediavelmente danificados e da capacidade de recuperação da função renal pós-LRA, a capacidade de filtração renal pode, a longo prazo, ser insuficiente para suprir a necessidade do organismo. Se ainda se tiver em conta a perda natural de função renal que ocorre com a idade, indivíduos mais idosos que tiveram LRA apresentam um risco acrescido de desenvolver DRC.^{9,20}

Por último, a DRC de causa desconhecida tem sido uma entidade com relevância crescente nos últimos anos, nomeadamente em países com baixo poder económico e com uma economia sustentada na agricultura tropical, como são exemplos países da América Central, África ou Sul da Ásia.²¹ Nestas comunidades verifica-se uma perda de função renal rapidamente progressiva que não apresenta sintomas iniciais e que está tipicamente associada a uma ausência de albuminúria até um estadio mais avançado da doença. Apesar de vários estudos conduzidos nestas regiões, ainda não foi possível destacar uma causa em particular para justificar o desenvolvimento de DRC por estes indivíduos, permanecendo assim uma patologia de etiologia desconhecida.^{21, 22}

Taxa de Filtração Glomerular

Relativamente à classificação tendo em conta a Taxa de Filtração Glomerular, esta é o parâmetro aceite por convenção para avaliar a função renal, sendo que traduz a *clearance* plasmática de um marcador de filtração ideal - marcador com excreção exclusivamente renal e sem reabsorção ou secreção a este nível. A nível endógeno, o marcador identificado que cumpre estes critérios é a inulina, enquanto de origem exógena, podem ser utilizadas outras substâncias como o iodolamato, iohexol, EDTA, entre outras.²³

A medição direta da TFG com recurso às substâncias acima referidas é pouco utilizada, dado o seu carácter invasivo e dispendioso. Assim, foi necessário encontrar uma forma de estimar este valor de uma forma simples e acessível. A creatinina, marcador endógeno do metabolismo muscular, foi a substância escolhida para o efeito, dada a sua excreção totalmente renal. Ainda assim, não se pode classificá-la como um marcador ideal, dado que também é produzida, ainda que em pequena quantidade, pelas células tubulares proximais.^{23, 24} Além disso, as diferentes fontes de variabilidade biológica (idade, sexo, massa muscular, tipo de dieta, etc.) que afetam sua concentração sérica, a falta de sensibilidade (é necessária uma perda de 50% ou mais da função renal para que a concentração de creatinina suba acima do limite superior de referência) e sua relação não linear com a TFG determinam que sua medida isolada seja considerada insensível, principalmente em determinados grupos populacionais, como mulheres e idosos.

Ao longo dos anos foram surgindo várias fórmulas matemáticas que permitem estimar a TFG, sendo a equação de *Cockcroft-Gault* a primeira a surgir e a ser globalmente aceite.²³ Seguiram-se, mais recentemente, as equações MDRD e, posteriormente, a equação CKD-EPI. O desenvolvimento de novas equações veio sempre tentar diminuir os vieses que esta estimativa apresenta, de forma a aproximar ao máximo o valor calculado com o valor exato de filtração glomerular. A equação CKD-EPI creatinina apresenta maior precisão na estimativa da TFG (principalmente entre valores de 60 e 90 mL/min/1,73 m²) do que a equação Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) bem como maior capacidade de prever mortalidade global, mortalidade cardiovascular ou risco de apresentar insuficiência renal e é a primeira escolha proposta nas diretrizes KDIGO sobre DRC.²³⁻²⁵

Uma vez que a concentração de creatinina está intrinsecamente dependente da massa muscular e do seu metabolismo, tornou-se imperativo encontrar soluções que permitissem eliminar essa variabilidade. Inicialmente, associou-se a massa muscular à raça, introduzindo-se nas

equações, coeficientes tendo em conta a massa muscular média de cada raça. Esta assunção veio provar-se pouco fiável e pouco ética, dado que a raça não pode ser determinada por medições biológicas.^{24,25} Assim, na procura de outro biomarcador, surge a Cisteína C, uma proteína de baixo peso molecular e que é produzida por todas as células nucleadas. Esta molécula apresenta um perfil de marcador bastante semelhante à creatinina, com a vantagem de ser muito menos influenciada pela massa e metabolismo muscular. Foram criadas ou reformuladas equações que incluem a Cisteína C como marcador, tais como a equação CAPA e a CKD-EPI_{cystatin C}.²⁶

Mesmo tendo em conta, todas as problemáticas que podem levar à sub ou sobre-estimativa da TFG, as equações são uma ferramenta imprescindível na avaliação dos doentes com DRC, isto porque permitem classificar a doença tendo em conta a sua gravidade e o seu estado de progressão.²⁴

Tendo por base a estimativa da TFG, é possível dividir os doentes em 5 estádios, de 1 a 5, permitindo melhor estimar a gravidade da doença em cada doente, bem como a sua progressão e prognóstico. Assim, classifica-se como estadio 1 doentes com $TFG \geq 90 \text{ mL/min/1.73m}^2$, estadio 2 doentes com $TFG 60\text{-}89 \text{ mL/min/1.73m}^2$, estadio 3a doentes com $TFG 45\text{-}59 \text{ mL/min/1.73m}^2$, estadio 3b doentes com $TFG 30\text{-}44 \text{ mL/min/1.73m}^2$, estadio 4 doentes com $TFG 15\text{-}29 \text{ mL/min/1.73m}^2$, e estadio 5, ou Doença Renal Terminal, $TFG <15 \text{ mL/min/1.73m}^2$.⁸

Albuminúria

Outra classificação importante no que diz respeito à DRC é a presença de albuminúria e sua respetiva quantificação. O termo albuminúria traduz a presença de albumina na urina que está geralmente presente nos doentes com DRC, dada a perda de capacidade de filtração glomerular. Este achado pode não ser acompanhado por sintomas, contudo, os doentes também podem referir urina espumosa, habitualmente para valores de proteinúria nefrótica.^{27, 28}

A determinação da albuminúria pode ser obtida de várias formas, sendo que a KDIGO 2012 determina como ordem de preferência: a utilização do rácio albumina/creatinina na urina, se não for possível, a utilização do rácio proteínas/creatinina e, caso nenhuma das anteriores esteja disponível, a realização de tira-teste com avaliação das proteínas, a necessitar de confirmação posterior com um dos métodos supramencionados.^{8, 27}

A albuminúria pode ser classificada como microalbuminúria, que corresponde a uma excreção de 30 a 300 mg/dia de albumina na urina, ou macroalbuminúria, à qual corresponde uma excreção diária de albumina na urina superior a 300 mg.⁸

A utilização da albuminúria na classificação da DRC demonstrou-se bastante útil, dado que pode surgir mais precocemente do que a diminuição da TFG e apresenta-se como um melhor preditor de risco de progressão da doença, necessidade de diálise e ocorrência de eventos adversos, nomeadamente cardiovasculares.^{27, 29} Assim, a combinação entre a TFG estimada e a sua albuminúria, permite prever mais corretamente o risco que o doente tem de progressão e/ou complicações.

Tratamento da DRC

A gestão do doente com DRC deve iniciar bastante antes de este atingir o estadio terminal da mesma, através da implementação de medidas que tenham como objetivo a prevenção da progressão da doença.⁸ Algumas destas medidas passam pelo controlo tensional, a introdução de fármacos nefroprotetores, controlo glicémico e da ingestão proteica e salina, controlo da hiperuricemia e prática de atividade física. Devem ainda ser geridas todas as complicações decorrentes da DRC, como por exemplo anemia, acidose ou da doença óssea, e devem ser atempadamente tratadas todas as patologias ou eventos agudos que possam condicionar um agravamento da função renal, como é o caso da LRA⁸

Quando o doente atinge o estadio 5 da doença, as opções de tratamento passam pelas Terapias de Substituição da Função Renal (TSFR), como a diálise (peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal, ou pelo Tratamento Conservador (TC).⁸

A Transplantação Renal (TR) acaba por ser a melhor solução para esta patologia, pois apresenta impacto positivo no estado funcional, nutricional e social do doente, quando comparado com as outras terapêuticas. Sabe-se que a TR está associada a uma diminuição do risco de eventos cardiovasculares, da mortalidade e a um aumento da qualidade de vida. Em Portugal, realizam-se cerca de 500 transplantes por ano, ocupando assim o 2º lugar na Europa, no que diz respeito a taxa de transplantação.³⁰ Ainda assim, dada a idade avançada de uma percentagem considerável de doentes com DRC, as várias comorbilidades que os doentes apresentam, bem como a sua fragilidade, torna-se mais complicado a instituição de terapêutica imunossupressora, que é imperativa nos doentes transplantados. Deste modo, em doentes mais idosos, verifica-se muitas

vezes rejeição ou falência do enxerto ou, noutros casos, nem é possível considerar a TR como uma opção.^{30, 31}

No que diz respeito às TSFR, Portugal é um dos países com maior incidência e prevalência das mesmas a nível mundial, ocupando o 5º e 9º lugar, respetivamente, quando comparado ao resto dos países com dados conhecidos.³² Num estudo realizado entre 2010 e 2016 em Portugal, constatou-se que a incidência de TSFR manteve-se sempre acima dos 220/ milhão de habitantes, com tendência crescente de ano para ano. Este aumento contínuo constatou-se em todas as regiões do país, sendo que a mediana da idade para início do tratamento variou entre 64.4 e os 66.2 anos.⁵ Assim, apesar de amplamente aceite como a opção terapêutica mais utilizada e com grande eficácia, há desvantagens associadas a este tipo de tratamentos, nomeadamente e a elevada carga sintomática que os doentes continuam a apresentar, sem um aumento significativo da esperança de vida particularmente na população mais idosa, associado a custos elevados. Acresce ainda a questão de que nem todas os doentes são candidatos a este tipo de tratamento, nomeadamente doentes idosos e com múltiplas comorbilidades que não vão beneficiar com esta opção terapêutica.^{33 34}

O Tratamento Conservador surge assim como uma alternativa que tem despertado cada vez mais interesse, uma vez que vem tentar colmatar a ausência de terapêutica para doentes que não se qualificam para as outras modalidades de tratamento ou que simplesmente optam por esta via.³⁵

Tratamento Médico Conservador Abrangente

Em 2015, a *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO) realizou uma conferência para discutir TC, dado que até então, apesar de esta metodologia de tratamento estar a ser aplicada, não existia uma categorização clara da mesma. A ausência de uma definição formal deste tipo de tratamento condicionava a ação médica neste âmbito, visto não existirem *guidelines* de atuação bem definidas ou mesmo investigação, no sentido de melhoria na aplicação desta opção terapêutica. Assim, surge o termo de **Tratamento Médico Conservador Abrangente** que procura englobar todas as intervenções utilizadas na gestão dos doentes não dialíticos que estão em doença renal avançada (estadio 5).^{35, 36}

O Tratamento Médico Conservador Abrangente define-se como uma abordagem planeada, holística e centrada no doente em G5 da DRC e inclui: intervenções que retardem a progressão da doença e minimizem a ocorrência de eventos adversos ou complicações; processo de tomada de decisão partilhada; gestão ativa de sintomas; comunicação detalhada que inclua um planeamento

atempado de cuidados de fim de vida; apoio psicológico e social tanto ao doente como aos seus familiares, e inclusão dos domínios culturais e espirituais no cuidado prestado ao doente.³⁵

A Direção Geral de Saúde define na Norma nº017/2011 alguns parâmetros a ter em conta para a oferta de TC a doentes em estágio 5. Na referida norma são referidas algumas considerações sobre as diferentes terapêuticas possíveis para o doente neste estágio, desde vantagens, riscos e complicações. No que diz respeito ao TC, são referidas as indicações a considerar para propor este tratamento ao doente, sendo estas: a opção consciente e informada do doente ou representante legal, quando o doente não se encontre em condições de expressar a sua opção; o coma irreversível; a ausência irreversível de vida de relação; estado demencial grave e irreversível; impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal; coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida; coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento. É importante referir que podem existir ainda outras situações que possam condicionar a oferta terapêutica ao doente, de modo que o TC se apresente como a opção terapêutica mais vantajosa.³⁷

Fundamentação

Como referido anteriormente, a incidência da DRC tem vindo a aumentar, prevendo-se mesmo que esta tendência continue num futuro próximo. Contudo, este aumento não é explicado apenas pelo aumento da incidência de patologias que condicionam a DRC.¹

A melhoria das técnicas de TSFR, bem como da abordagem ao doente com DRC levou a um aumento da sobrevivência dos doentes com esta patologia renal e, consequentemente, a um aumento da prevalência da doença. De facto, a incidência de doentes em tratamento dialítico tem vindo a aumentar nas últimas décadas, com uma tendência de estabilização mais recente em países com maior poder económico.³⁸

O envelhecimento populacional também tem um contributo importante neste aumento da incidência da DRC, sobretudo porque veio proporcionar uma alteração do paradigma do doente com perda de função renal. O doente típico deixou de ser um indivíduo de meia-idade, com uma única patologia de órgão e passou a ser mais idoso, com múltiplas comorbilidades, com um grau de fragilidade significativa associado e, por vezes, com mau estado funcional.^{38, 39}

O conjunto de todos os fatores supramencionados exigiu, e ainda exige, que se olhe e repense a abordagem do doente renal crónico. Os estudos existentes que permitem tirar algumas

considerações acerca do impacto dos diferentes tratamentos são ainda escassos e apresentam várias limitações, nomeadamente o facto de serem apenas estudos observacionais, pelas óbvias questões éticas associadas, o que não permite uma comparação direta entre o impacto que as diferentes modalidades de tratamento têm nos doentes.^{35, 36, 40}

Ainda assim, um dado importante que parece ser transversal a todos os estudos que até agora foram realizados é que existe uma vantagem inegável na sobrevivência com a diálise, comparativamente ao doente em tratamento conservador. Contudo, verifica-se que essa vantagem desaparece quando são tidos em conta doentes mais de 80 anos e com mais comorbilidades ou pior estado funcional. Estudos mais recentes demonstram mesmo que a vantagem da sobrevivência em doentes em diálise perde-se quando estes têm mais de 75 anos e pelo menos mais duas comorbilidades, sendo uma delas uma doença cardíaca, o que é altamente prevalente dado a elevada incidência mundial de doenças cardiovasculares.⁴⁰⁻⁴³

É importante ainda ter em conta que a sobrevivência não pode ser o único parâmetro a ter em consideração. Existem outros fatores que influenciam a evolução e estado do doente e podem mesmo ter uma importância maior para o doente do que a sobrevivência.³⁴ Efetivamente, a qualidade de vida que os doentes apresentam é também um ponto essencial na abordagem e gestão dos mesmos. Existem vários aspetos que se prendem com a qualidade de vida, desde a carga sintomática que os doentes apresentam, o impacto que o tratamento escolhido tem na sua vida diária e na vida dos seus familiares, bem como no seu estado funcional ou as complicações e hospitalizações que possam acontecer. De facto, apesar de efetivamente não existirem muitos estudos que avaliem estes parâmetros, os já relatados demonstram que os doentes a realizar TSFR apresentam maior número de hospitalizações, bem como um período de duração maior das mesmas.³⁴ Também existem dados que apontam que a qualidade de vida dos doentes diminui significativamente quando iniciam tratamento dialítico, ao passo que os doentes em tratamento conservador, que tendem a ser mais velhos, com mais comorbilidades e pior estado funcional, têm maior probabilidade de morrer não hospitalizados, com tratamento paliativo instituído e sem sobrecarga de medicação.^{34, 35, 38}

Atualmente em Portugal, a Norma 017/2011 da Direção-Geral da Saúde, atualizada a 14/06/2012, prevê o TC da DRC estadio 5, quer como primeira opção, quer na suspensão do TSFR, sempre que a situação clínica faça prever que o tratamento de diálise não contribuirá para o alívio da sintomatologia, para o prolongamento da vida do doente e consequentemente para a melhoria

da qualidade de vida. A referida norma apresenta as indicações que auxiliam a seleção dos doentes potencialmente candidatos a TC, mas não desenvolve orientações clínicas para pôr em prática esta opção de tratamento.³⁷

Efetivamente, os pontos supramencionados sustentam a necessidade de delinear uma orientação bem balizada e de fácil disseminação transversal que permita considerar o tratamento conservador como uma opção válida e com uma estratégia de aplicação bem definida. Levanta-se ainda a necessidade do desenvolvimento de mais estudos que demonstrem claramente as vantagens e desvantagens ou limitações do tratamento conservador, para que este possa ser continuamente otimizado.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão da literatura atual referente ao Tratamento Conservador, desde *guidelines* que orientem a sua aplicação, métodos de avaliação para seleção dos doentes candidatos a este tipo de tratamento e eventuais estudos que reflitam dados já observados sobre a aplicação do mesmo. Esta revisão irá servir de base para a formulação de uma proposta de um Protocolo de Consulta Externa para a avaliação inicial dos doentes propostos a TC.

Seleção e Organização da Bibliografia

Para a presente bibliografia, definiu-se como *cut-off* o ano de 2015, uma vez que foi neste ano que a KDIGO definiu formalmente o Tratamento Conservador, com as diferentes vertentes que o compõem.

A pesquisa da bibliografia, foi realizada na PubMed, Springer, Wiley e Elsevier, tendo sido utilizadas como termos chave “doença renal crónica” e “tratamento conservador”. Todos os artigos desde 2015 até abril de 2022 e que apresentavam ambos termos chave foram incluídos, num total de 195 artigos. Após análise do *abstract* dos mesmos, 46 artigos foram excluídos por não ser possível o acesso ao texto integral. Após a leitura do texto integral, 94 artigos foram excluídos, 33 por serem vocacionados para Nefrologia Pediátrica e 61 por não abordarem o tratamento conservador da doença renal crónica, fazendo apenas menção do mesmo. Assim, para a presente revisão foram selecionados 55 artigos.

Após análise dos artigos selecionados, optou-se por organizar a informação consoante as diferentes vertentes do Tratamento Conservador, dividindo a mesma pelos seguintes pontos: atraso da progressão da DRC; tomada de decisão partilhada; gestão ativa de sintomas; comunicação

detalhada e planeamento atempado de cuidados de fim de vida; apoio social e psicológico a doentes e familiares e inclusão dos domínios espirituais e culturais.

Componentes do Tratamento Médico Conservador Abrangente

1. Atraso da progressão da DRC

A DRC é uma patologia que habitualmente progride para uma perda de função renal cada vez mais acentuada. Contudo, existem medidas que podem ser instituídas com o objetivo de retardar o avanço da doença e controlar algumas das complicações associadas à perda de função renal. Estas medidas, que incluem abordagens não farmacológicas e farmacológicas, são um ponto em comum entre doentes que estão em TC e doentes que irão realizar TSFR, mas que ainda não apresentam critérios para que esta seja implementada.

Na Tabela I encontram-se listadas todas as recomendações encontradas ao longo da literatura utilizada para a presente revisão que visam as diferentes condições que podem constituir fatores de agravamento da perda de função renal, e consequentemente acelerar a progressão da doença, ou complicações que advenham da própria DRC e que, se não forem geridas corretamente, podem por si só condicionar uma perda acrescida de função renal.

No que diz respeito às alterações dietéticas que possam ser vantajosas para doentes com DRC, a literatura parece ser bastante concordante no impacto que a ingestão de proteínas tem na função renal. Assim, recomenda-se uma diminuição do aporte proteico desde o início do desenvolvimento da doença para valores entre 0.8-1 g/kg/dia.⁴⁴⁻⁴⁶ Existem estudos, nomeadamente os de Kalantar-Zadeh K et al. e de Valim et al. que demonstram franca vantagem na instituição de dietas à base de vegetais e frutas ou mesmo de dietas vegetarianas.^{47, 48} Importante referir que os vários estudos que defendem a diminuição de ingestão proteica, seja ou não com opções mais *plant-based*, recomendam a suplementação com ceto-análogos para colmatar qualquer défice que advenha desta restrição.^{44-47, 49} A nível de controlo hidroeletrolítico, as alterações dietéticas recomendadas pela literatura passam pela restrição salina e pela limitação da ingestão de alimentos ricos em potássio.⁴⁴⁻⁴⁶

A Anemia também é uma complicação que surge frequentemente nos doentes com DRC podendo estar associada a diferentes causas, sendo as mais comuns o défice de ferro e/ou de eritropoetina. Assim, a suplementação com ferro e, caso a anemia não resolva, com eritropoetina é uma prática recomendada para tentar colmatar esta complicação.⁴⁶

O Metabolismo ósseo também é amplamente afetado nos doentes com DRC, sendo que a literatura sugere diversas medidas para tentar evitar complicações ósseas graves, sendo estas a suplementação com vitamina D, a suplementação oral de cálcio e a administração de captadores de fosfato.⁴⁶

Outra questão que é levantada na literatura, nomeadamente no estudo realizado por Silva et al. é a prevenção de possíveis infeções, uma vez que os doentes com DRC são mais suscetíveis às mesmas, além de que o estado de infeção contribui para um agravamento da função renal. Neste mesmo estudo constatou-se que a suplementação com vitamina D tem um efeito positivo na prevenção da infeção, sendo por isso uma medida a ter em conta.⁵⁰

A regulação do equilíbrio ácido-base também se encontra comprometida com a perda de função renal, acabando mesmo a contribuir para que esta se agrave. Assim, quando o doente apresenta Acidose Metabólica, o distúrbio mais frequentemente encontrado, a suplementação com bicarbonato oral pode ser considerada para tentar restabelecer o equilíbrio ácido-base.⁴⁶

A hipercalémia é um distúrbio amplamente estudado dado o difícil controlo dos valores de potássio e o seu potencial nefasto para o organismo. Assim, várias são as recomendações encontradas na literatura, nomeadamente o controlo e gestão de possíveis causas de hipercalémia, como a acidose metabólica; a manutenção de ingestão de potássio entre 2 a 3 g/dia; a restrição na utilização de fármacos poupadores de potássio o ajuste da dose fármacos anti-SRAA , evitando o duplo bloqueio, e a utilização de resinas permutoras ou aglutinantes de potássio.^{46, 51-53}

A HTA, sendo tanto causa como consequência da DRC, deve ser devidamente gerida. Assim, a nível de medidas não farmacológicas, a literatura recomenda restrição salina, dado o seu potencial hipertensor, e a prática de exercício físico de moderada intensidade.^{44, 54} Relativamente a controlo farmacológico, os Inibidores do SRAA (IECAs,ARA) até pelo seu papel nefroprotetor, são a recomendação de primeira linha para o controlo da hipertensão. No caso de se tratar de uma hipertensão refratária às linhas de tratamento supramencionadas ou por intolerância aos fármacos referidos, a associação de diuréticos, preferencial da ansa (furosemida) e /ou Bloqueadores de canais de cálcio também podem ser considerados.⁴⁴

O controlo da Glicemia é crucial na gestão do doente com DRC, principalmente no doente diabético, visto que a DM constitui uma das principais etiologias da DRC. Como base deste controlo, a literatura recomenda a adoção de medidas não farmacológicas como uma dieta hipoglicémica,

com a ingestão de hidratos de carbono a ser inferior a 130g, cessação tabágica e a prática de exercício físico. Relativamente à abordagem farmacológica, a Metformina constitui a primeira linha de tratamento, podendo ser considerada a adição de um inibidor da SGLT2, caso o controlo glicémico não seja obtido. Estes fármacos devem ser descontinuados, ou não instituídos, no caso dos doentes que apresentam uma TFG inferior a 30 mL/min/1.73m². Em doentes cujo controlo glicémico ainda assim não é conseguido ou que apresentem TFG inferiores a 30 mL/min/1.73m², as outras terapias antihiperglicémicas podem ser consideradas, sendo os agonistas dos recetores GLP-1 a opção terapêutica preferida.^{44, 55}

A Dislipidemia também é uma patologia que deve ser adequadamente controlada, dado o seu potencial aterosclerótico. Deste modo, o uso de estatinas, associada ou não a ezetimibe, em doentes com TFG inferior a 60 mL/min/1.73m² é uma recomendação farmacológica referida na literatura.^{44, 57} Já o estudo realizado em 2018 por Fontes et al. refere que também a implementação de uma dieta hipoproteica traz vantagens no controlo da Dislipidemia.⁵⁶

Por último, o controlo do peso também deve ser rigoroso, dado o impacto negativo que o excesso de peso tem na função renal. A literatura sugere essencialmente medidas não farmacológicas como o exercício físico de moderada intensidade com o objetivo de manter o IMC < 25 kg/m² e o perímetro abdominal abaixo de 102 cm nos homens e 88 cm nas mulheres. Nos doentes diabéticos com DRC, os inibidores SGLT2 e os agonistas dos recetores GLP-1 são fármacos que, além de promoverem o controlo glicémico, também desempenham um papel importante no controlo do peso nestes doentes.^{44, 54, 55}

2. Tomada de decisão partilhada

Na conferência KDIGO de 2015 definiu-se a tomada de decisão partilhada como um componente essencial do TC.³⁵

Segundo o artigo de Verberne et al., a Tomada de Decisão partilhada procura alinhar o tipo de tratamento escolhido com as preferências e os valores do doente. Para tal, torna-se necessário uma exposição das praticabilidades, benefícios e riscos dos diferentes tipos de tratamento aos doentes e seus familiares.⁵⁸

Uma questão levantada em vários artigos que fazem referência a este processo prende-se com a dificuldade em decidir quando iniciar o processo de Tomada de decisão partilhada. Para Verberne et al., para facilidade de uniformização dos dados, estabeleceu-se como critério standard

iniciar o processo quando a TFG descesse abaixo de 20 mL/min/1.73m², justificando a necessidade de iniciar precocemente o processo de decisão com o facto os doentes idosos referirem que, na sua generalidade, não se sentem preparados para tomar uma decisão e que se sentem forçados a decidir.⁵⁸ Já no artigo de Benito et al., ainda que não referindo um critério específico para se decidir quando iniciar o processo de Tomada de Decisão Partilhada, é referido a necessidade de se iniciar também precocemente, dado que com a perda de função renal há um agravamento da função cognitiva, que pode pôr em risco a capacidade de decidir.⁵⁹ Também uma análise qualitativa de 2018 que procura avaliar a forma como é feita a decisão em doentes com demência refere a necessidade de se iniciar atempadamente o processo, enquanto o doente ainda preservar a sua capacidade de decisão, para evitar a necessidade de recorrer a modelos de decisão ou à decisão de terceiros.⁶⁰

Existem ainda outras dúvidas no que diz respeito à aplicação deste processo que vão constituir barreiras à sua implementação. Como problemáticas que dificultam a integração da Tomada de Decisão Partilhada no acompanhamento dos doentes com DRC destacam-se: dificuldade de colaboração e estabelecimento de papéis entre os médicos assistentes e os nefrologistas; conhecimento limitado sobre todas as opções terapêuticas, incluindo o TC; quantidade de informação a partilhar e quando o fazer; incerteza de como o doente irá reagir aos diferentes tratamentos e incerteza relativamente ao prognóstico e progressão da doença.^{58, 59, 61-63}

Relativamente ao papel dos diferentes profissionais que acompanham o doente, a literatura apoia a ideia de complementaridade entre os mesmos. Apesar de por vezes, os profissionais terem algumas limitações ao nível da informação detalhada dos diferentes tratamentos, a literatura sugere que a abordagem do doente seja feita por vários profissionais de saúde, incluindo o seu médico assistente, o nefrologista, o membro da equipa de enfermagem, o nutricionista e um psicólogo. Só com esta complementaridade de conhecimento é possível fazer uma avaliação correta do doente e fornecer todas as informações necessárias para que seja feita uma decisão consciente.^{58, 63} No estudo de Eneanya et al. sugere-se uma distinção clara entre o papel do médico assistente e do nefrologista, atuando o primeiro como um provedor de informações e o segundo como orientador da tomada de decisão.⁶¹

Em relação ao conhecimento sobre os diferentes tratamentos que podem ser oferecidos aos doentes com DRC, a opção terapêutica que oferece maior resistência é o TC. Como é uma via de tratamento que só tem sido mais estudada e apropriadamente estruturada mais recentemente,

vários profissionais de saúde referem ainda ter algum desconhecimento relativamente ao modo como esta deve ser aplicada e quais os critérios a ter em conta para que esta opção seja considerada a mais vantajosa.^{58, 61}

No que diz respeito à quantidade de informação a partilhar, Benito et al. sugere uma correlação com a velocidade de deterioração da função renal. Assim, em doentes com uma deterioração lenta da função renal, ainda que com muitas comorbilidades, a partilha de informação deve ser mais lenta e espaçada ao longo do tempo. Por outro lado, nos doentes com um rápido agravamento da perda de função, que se encontram em risco de atingir o estadio “terminal” rapidamente, uma exposição mais exaustiva da informação é recomendada. No resto dos doentes, em que existe um equilíbrio maior entre velocidade de agravamento e comorbilidades, a gestão da informação partilhada deve ser personalizada e acondicionada a cada indivíduo.⁵⁹ Ainda assim, mesmo que a maioria dos doentes refira esta obtenção de informação e a tomada de decisão partilhada como algo vantajoso, existe uma percentagem de doentes que classifica esta componente como uma experiência negativa, que condicionou maior stress e dificuldade para os mesmos.⁶³

Outra questão levantada na literatura é a dificuldade de aconselhamento, por parte da equipa médica, sobre que tipo de tratamento acham que será mais vantajoso para o doente. Alguns dos pontos que os médicos assistentes referem ter em conta são as comorbilidades que o doente apresenta, a viabilidade para realização de diálise, mas também a perceção que têm da qualidade de vida que o doente poderá ter, bem como o apoio social que obterá.⁶⁰ Ainda assim, os profissionais referem ter dificuldade em aconselhar o doente, principalmente devido à incerteza que como o doente reagirá ao tipo de tratamento escolhido e principalmente devido à falta de ferramentas que permitam fazer o prognóstico da evolução do doente. Estas barreiras acabam por poder ter diferentes impactos no apoio que o profissional oferece ao doente: vários doentes referem não ter tido uma discussão de opções de tratamento antes de iniciarem diálise, havendo mesmo alguns doentes que desconheciam a opção de TC; outros doentes referem que a opção de não realizar diálise lhes foi apresentada como uma via de tratamento que condicionaria a morte dentro de poucos dias; há ainda relatos de doentes que referem que o seu médico assistente lhe apresentou as opções terapêuticas e deixou a decisão inteiramente do seu lado, sem apoio ou aconselhamento no momento de decidir.^{58, 61, 63} Por outro lado, no estudo de Washterman et al. que avalia a carga emocional que os nefrologistas sentem durante o processo de Tomada de Decisão Partilhada,

constatou-se que as incertezas relativamente ao prognóstico do doente e o impacto que determinado tratamento teria na qualidade de vida do mesmo acabam por influenciar negativamente o apoio que os profissionais fornecem ao doente, condicionando grande stress aos mesmos profissionais.⁶²

A estimativa de prognóstico é uma questão muito relevante para a tomada de decisão nos doentes com DRC. Efetivamente, definir um prognóstico ajuda a identificar os doentes com os quais é prioritário discutir os objetivos que estes apresentam, em termos de tratamento e trajetória da doença. Dada a imprevisibilidade da DRC, a criação de ferramentas para estimativa de prognóstico acaba por se tornar difícil, levando a que as opções que os profissionais dispõem sejam escassas. A KDIGO de 2015 faz referência a 2 ferramentas úteis no prognóstico da DRC. Uma delas é a *“Surprise Question”* que procura que os profissionais respondam à questão “Ficaria surpreendido se o doente morresse nos próximos 12 meses?”. Esta ferramenta tem em conta o declínio do quadro clínico do doente que, muitas vezes está associado a uma aceleração da progressão da doença. Outra ferramenta sugerida é a *Modified Karnofsky activity scale* que tem em conta o estado funcional do doente e a sua capacidade de realizar as AVDs.^{35, 64} No que diz respeito à avaliação das comorbilidades do doente, o Índice de Comorbilidades de Charlson (ICC) Modificado é uma ferramenta que inclui 17 condições clínicas a ter em consideração.⁶⁵

Como a capacidade de projetar um prognóstico nos doentes com DRC é escassa, cada vez mais têm sido analisadas novas variáveis que possam estar implicadas na trajetória da doença e que servissem como preditores do desfecho dos doentes, além do declínio da função renal e da carga sintomática decorrente da DRC.

A fragilidade tem sido uma variável cada vez mais estudada nos últimos tempos, tanto na DRC, mas também em várias outras doenças crónicas. Fragilidade define-se como síndrome clínico que atinge os vários sistemas orgânicos, culminando com um aumento da vulnerabilidade do doente e diminuição da sua capacidade de independência para as atividades da vida diária, sendo geralmente encontrada em doentes idosos. Fried definiu o fenótipo fragilidade como um processo multiorgânico que pode condicionar alterações: perda de peso, perda de força muscular e equilíbrio, exaustão, baixa resistência para o exercício e baixa velocidade na caminhada. Mais tarde, surge o Índice de Fragilidade, uma abordagem mais holística do conceito que engloba um total de 70 variáveis que consistem em alterações médicas, psicológicas e funcionais.⁶⁶⁻⁶⁹

Existem vários fatores que contribuem para o desenvolvimento de fragilidade, nomeadamente questões sociodemográficas – idade avançada, desemprego, sexo feminino, baixa literacia, tabagismo-, comorbilidades como doença cardiovascular, pulmonar, do SNC, metabólica ou musculoesquelética. Também o isolamento social, a depressão e défice cognitivo são fatores predisponentes para a fragilidade.^{67, 69, 70}

A fragilidade em doentes com DRC tem uma prevalência superior, quando comparada com a população geral idosa, sendo possível observar algum grau de fragilidade em todos os estádios da DRC, estimando-se que pode atingir prevalências de 70% nos doentes em diálise.⁷¹ Nestes doentes, a fragilidade é contabilizada como fator independente para um risco acrescido de quedas, hospitalizações, maior duração da hospitalização, institucionalização, diminuição da capacidade para realizar AVDs, quedas, fraturas, défice cognitivo e morte.^{66, 67, 69, 70, 72, 73}

As ferramentas para avaliar a fragilidade são variadas, contudo, ainda não existe uma prática rotineira de avaliação da mesma nos serviços de nefrologia, apesar do seu contributo para avaliação prognóstica do doente, auxiliando assim no processo de decisão partilhada. Entre as ferramentas que podem ser utilizadas para avaliar a fragilidade, destacam-se as seguintes: *Edmond Frail Scale*, *Fried's frailty criteria*, *Short Physical Battery performance*, *Groningen Frailty Indicator*, *Multidisciplinary prognostic index* e *Clinical Frailty Scale (CFS)*. A CFS tem sido considerada como uma ferramenta promissora para implementação na avaliação de rotina do doente com DRC, dado mostrar características preditivas similares ao fenótipo fragilidade e ao índice fragilidade. A *Edmond Frail Scale*, validade para a língua portuguesa, constitui uma ferramenta abrangente, que considera os seguintes domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, incontinência e desempenho funcional^{68, 72}

Deste modo, a fragilidade deve ser tida em conta na avaliação prognóstica do doente e, indo mais além, devem ser consideradas e incorporadas medidas com capacidade de potencialmente reverter ou atrasar a progressão da fragilidade no processo de tomada de decisão partilhada e no planeamento antecipado de cuidados. Estas medidas, sempre que forem possível de implementar, passam por uma abordagem à subnutrição, potenciando um aporte nutricional reforçado; um plano de exercício, com vista à preservação da massa muscular e uma abordagem à polifarmácia, com revisão de fármacos com efeitos potencialmente precipitantes de fragilidade.^{67, 68}

Outras variáveis estão a ser estudadas para averiguar a sua potencial capacidade prognóstica no que diz respeito à DRC, contudo ainda não há dados robustos que validem a sua

utilização. Na presente revisão destaca-se o potencial das seguintes: medição de ácido úrico, flutuações da glicemia e presença e avaliação de polifarmácia.⁷⁴⁻⁷⁶

3. Gestão ativa de sintomas

A DRC é uma patologia à qual se associa uma carga sintomática elevada, podendo as queixas surgir em estádios ainda precoces da doença. Em doentes que optam pelo TC, a gestão dos sintomas torna-se essencial, sendo mesmo destacado como uma prioridade para os mesmos. Assim, antes de iniciar a abordagem propriamente dita dos sintomas é necessário fazer uma investigação detalhada dos sintomas que os doentes apresentam. Para tal, existem várias ferramentas que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para recolher informação sobre os sintomas que os doentes apresentam, de modo a geri-los mais corretamente.

Na literatura são referenciadas várias ferramentas validadas que estão disponíveis para a avaliação da sintomatologia que o doente apresenta. As encontradas na presente revisão são as seguintes: a *Edmonton Symptom Assessment System-revised: Renal*; a *Palliative Care Scale-Renal*; a *Memorial Symptom Assessment Scale Short Form*; a *Kidney Disease Quality of Life Short Form*; a *Patient Outcome Scale-symptom module* e a *Leicester Uraemic Symptom Score*.^{35, 77, 78}

Na Tabela II encontram-se listados os sintomas mais frequentes e as recomendações sugeridas.

Relativamente ao prurido urémico, queixa muito frequente e de difícil controlo, as recomendações encontradas passam pela utilização de agentes tópicos como a capsaicina ou emolientes e pela realização de terapia ultravioleta B.^{35, 39} Já a nível de opções farmacológicas que possam ajudar no controlo deste sintoma, sugere a utilização de Gapentinóides, Mirtazapina, Inibidores do recetor da Noradrenalina e eventualmente Antidepressivos Tricíclicos.^{35, 39, 46}

A qualidade do sono é frequente afetada nos doentes com DRC, tendo um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. Existem várias medidas não farmacológicas que são recomendadas para auxiliar os doentes a terem um sono melhor, nomeadamente as medidas de higiene de sono, a prática de exercício físico ou o recurso a Terapia Cognitivo comportamental. Dentro das medidas farmacológicas, pode recorrer-se à utilização de sedativos ou antidepressivos como a Mirtazapina ou a Doxepina, a Gabapentinóides em baixa dose ou a Anti-histamínicos que tenham como efeito a sonolência.^{35, 39, 46}

O síndrome das pernas inquietas é também uma queixa frequente, podendo ser bastante incomodativo no dia a dia do doente. Na literatura verifica-se a importância de medidas não farmacológicas como a remoção de estimulantes e medidas de higiene de sono, contudo o recurso a fármacos é muitas vezes necessário, sendo que as opções passam pela Levodopa, por Agonistas Dopaminérgicos ou Gabapentinóides em baixa dose. Importante ainda fazer uma revisão terapêutica do doente e ponderar remover quaisquer fármacos com ação na via da dopamina.^{35, 39, 46}

No que diz respeito às náuseas e vômitos, existem alterações na dieta que podem ser implementadas e que podem ajudar a gerir estes sintomas, nomeadamente a redução da ingestão de alimentos excessivamente gordurosos, picantes ou doces. Também a gestão da obstipação pode ajudar com as náuseas e vômitos, uma vez que pode ser a etiologia para esta sintomatologia. Quando se torna necessário o recurso a terapêuticas farmacológicas, os fármacos recomendados são o Haloperidol ou a Metoclopramida de administração subcutânea ou então o Ondansetron ou a Olanzapina de administração oral.^{39, 46}

A gestão da obstipação, como referido acima, além de ajudar com as náuseas é por si só positivo para o doente, pois pode condicionar bastante desconforto. Iniciando por medidas gerais, o aumento da ingestão de fibras e a prática de exercício físico podem ser vantajosas no controlo da obstipação. A nível de medicação, o recurso a Dimeticona, Simeticona ou Laxantes, como Lubiproston, Linaclotida, Prucaloprida ou Elobixibat, pode ser considerado.⁷⁹

A depressão e agitação são sintomas psicológicos que se instalam frequentemente nos doentes com DRC e que podem passar facilmente despercebidos. Depois de identificados, a sua gestão passa por Terapia Cognitivo comportamental e/ou pela administração de fármacos como Inibidores Seletivo da Recaptação da Serotonina (SSRIs) ou ansiolíticos.^{35, 39, 46}

As queixas algícas do doente são um importante sintoma a ter em conta, uma vez que são das principais condicionantes de uma pior qualidade de vida dos doentes, além de poder ser um fator contribuinte para agravamento ou instalação dos sintomas psicológicos. A nível de recomendações para controlo da dor o recurso de medidas locais, como aplicação de quente, analgésicos tópicos ou massagens pode ser vantajoso, sobretudo na dor mais ligeira a moderada. Quando é necessário recorrer a medicação, recomenda-se a utilização da escala da dor da OMS ajustada à função renal, com avançar da escala terapêutica até que a dor se encontre controlada. Desta escala fazem parte fármacos como o Paracetamol, o Tramadol ou a Metadona. A utilização

de AINEs deve ser evitada pelo risco de agravamento da função renal, através de vários mecanismos como alteração da hemodinâmica intraglomerular, glomerulonefrite de novo, nefrite intersticial aguda, necrose papilar e hipercalemia. Adicionalmente, estes fármacos também podem potenciar outros tipos de toxicidade, como interação com outros fármacos, por exemplo os ARAs, ou mesmo condicionar efeitos adversos noutros sistemas como o sistema gastrointestinal.^{35, 46, 83}

No doente com DRC, o controlo hídrico do organismo fica comprometido, podendo existir facilmente um hiperhidratação que condicione edemas e dispneia ao doente. Neste contexto, a primeira abordagem passa pela importante o papel da restrição salina e hídrica e a utilização de diuréticos de ansa e, caso o quadro não resolva, ponderar adicionar outros diuréticos. O recurso a furosemida subcutânea constitui uma possibilidade, dada a resistência à terapêutica oral que muitos destes doentes apresentam devido ao edema da parede intestinal que dificulta a absorção de fármacos.⁴⁶

As queixas respiratórias também são frequentes nos doentes com DRC, nomeadamente a dispneia e a presença de secreções respiratórias de difícil mobilização. Para a gestão da dispneia recomenda-se, em primeira instância, a evicção de potenciais precipitantes da dispneia que possam ser identificados pelo doente, importante o papel da restrição hídrica. Para quadros mais severos, o recurso a Oxigenoterapia intermitente ou contínua, bem como o aconselhamento por Terapia Ocupacional ou a realização de Cinesiterapia estão recomendados.^{46, 82} No que concerne a acumulação de secreções respiratórias, o posicionamento verticalizado do doente pode conferir alívio ao mesmo. Em caso de necessidade de terapêutica farmacológica, pode considerar-se o recurso a Brometo de N-butilscopolamina.⁴⁶

4. Comunicação detalhada e planeamento atempado de cuidados de fim de vida

O Planeamento Antecipado de Cuidados (ACP), especialmente de cuidados de fim de vida é uma componente essencial na gestão do doente com DRC, especialmente nos doentes em TC. O ACP é um processo de reflexão e discussão que tem como objetivo incluir os valores e preferências do doente e familiares nos futuros tratamentos a realizar. Este processo procura elucidar o doente sobre o seu atual estado de saúde e ajudá-lo a gerir a sua evolução ao longo do desenrolar da doença, mesmo até aos cuidados de fim de vida. Assim, é através desta discussão que o doente pode refletir sobre que tipos de cuidados aceita ou não, incluindo elaborar diretivas antecipadas de vontade, ou definir alguém para tomar estas mesmas decisões por si, caso este não se encontre capaz.^{84, 85} É portanto, importante ter em mente que o ACP não se trata apenas de uma componente

administrativa, mas sim um complexo processo a nível psicológico que condiciona que o doente com DRC, que já por si se encontra num estado vulnerável, contemple questões como a sua própria deterioração e eventual morte.⁸⁵

A literatura retrata vantagens para todos os intervenientes envolvidos na gestão do doente com DRC. Para o próprio doente, permite aumentar a sua autonomia, conservar a sua dignidade e intimidade no momento da morte, aumentar a sua qualidade de vida, diminuir o estado de ansiedade e reduzir o recurso a hospitalizações e eventuais Unidades de Cuidados Continuados.^{85,}

⁸⁶ Para os familiares, permite facilitar um eventual processo de decisão a que estejam sujeitos caso o doente não esteja capaz, diminuir o stress e ansiedade associado à situação e facilitar o eventual processo de luto.⁸⁶ Para os profissionais de saúde, o ACP permite obter de antemão conhecimento sobre as preferências e decisões do doente e fazer uma melhor gestão dos recursos e custos associados aos cuidados de saúde.⁸⁶

Dos estudos realizados e que foram analisados para a presente revisão, a experiência dos doentes com o ACP ou com a sua eventual existência é positiva. Assim, os doentes referem que preferem ter atempadamente esta discussão dos cuidados futuros, uma vez que consideram vantajoso para conseguir lidar melhor com a sua doença.^{87, 88} Por outro lado, há doentes que têm sentimentos menos positivos em relação ao ACP, uma vez que associam o mesmo a cuidados paliativos e a estarem com a doença demasiado avançada.⁸⁶

A implementação da ACP ainda enfrenta algumas limitações que também são referidas na literatura. Uma dessas limitações relaciona-se com a dificuldade de comunicação clara e detalhada de assuntos que são potencialmente sensíveis e desconfortáveis para o doente e para o profissional de saúde. Tavares et al. na sua revisão apresenta algumas diretrizes para melhorar a comunicação médico-doente que contempla as seguintes sugestões: utilização de ferramentas como “Ask-Tell-Ask” que incentiva uma comunicação bidirecional para iniciar conversações mais difíceis; utilizações de questões abertas; não fornecer mais de 3 novas informações em cada momento; respeito pela emoção expressa pelo doente antes de avançar para a informação subsequente; partilha de informação numa linguagem clara e de fácil compreensão para o doente.⁸⁰ Outras limitações que existem prendem-se com a falta de treino neste tipo de conversações, do medo que perturbar os doentes ou os seus familiares e a dificuldade em perceber o momento certo para iniciar a discussão.^{85, 87}

O ACP, apesar de ser fundamental na gestão dos cuidados de fim de vida, é um processo que deve ser contínuo e deve ser implementado nos estádios mais precoces da doença, uma vez que permite fazer decisões atempadas e conscientes das opções de tratamento. Outra questão que pode ser discutida é a interrupção da diálise, uma vez que o doente tem a liberdade para mudar de tipologia de tratamento sempre que esta não se adequa ou sempre que pretenda. Assim, sugere-se uma reavaliação periódica do ACP em intervalos nunca superiores a 6 meses, para que o doente esteja sempre integrado na gestão da sua doença.^{80, 89}

4.1. Cuidados Paliativos aplicados ao doente renal

Os Cuidados Paliativos fazem parte do tipo de cuidados que devem ser discutidos no ACP. Decisões como Testamento vital, medidas de prolongamento de vida, decisão de não ressuscitar ou escolha de elemento com poder de decisão são algumas das vertentes a ser previamente discutidas com o doente.⁸⁹ Ainda assim, a literatura faz algumas recomendações para administração de cuidados de fim de vida que passam pelas condições em que estes são administrados e pela gestão de sintomas que possam surgir numa fase final. No que diz respeito ao local onde o doente escolhe morrer, a opção de ser em casa deve ser, sempre que possível, contemplada e, em estreita coordenação com a equipa de Cuidados Paliativos do Hospital ou área de residência em que o doente se insere, deve ser oferecida essa possibilidade ao doente.^{64, 90} Existem algumas recomendações que devem ser cumpridas para oferecer o maior conforto ao doente em fase terminal: um quarto privado para manter a sua privacidade com a família (caso não se encontre em casa); utilização de colchão de pressão alterna; correto cuidado oral com limpeza da cavidade oral; utilização de algáliação, no caso de o doente ainda urinar; cessação de medicação, mantendo apenas a necessária para o conforto do doente e sob via subcutânea sempre que possível.⁶⁴

O controlo sintomático é um pilar fundamental da abordagem ao doente em fase terminal, sendo que as recomendações terapêuticas são em tudo semelhantes às referidas na Gestão Ativa de Sintomas. Os sintomas mais comuns nesta fase da vida do doente são: a dor, as náuseas e vómitos, a agitação terminal, as secreções respiratórias e a dispneia.⁸⁰

A instituição de Cuidados Paliativos ainda carece de melhoria, uma vez que os profissionais de saúde necessitam de maior formação sobre a mesma, desde quando a instituir a estratégias a pôr em prática. A literatura sugere um contacto estreito entre os médicos assistentes dos doentes e equipas de Cuidados Paliativos, com formações continuas e com vias de comunicação fáceis e rápidas.⁹⁰

5. Apoio psicológico e social a doentes e familiares

O apoio psicológico e social, durante o Tratamento Conservador, deve estar ao alcance de todos os doentes e dos seus familiares, sendo um componente essencial no acompanhamento do doente com DRC em estadio terminal.

O estudo realizado por Slaven et al. realizado em 2021 procurou analisar o impacto do apoio social nos doentes com DRC, sob a premissa de que o apoio social poderia melhorar o desfecho clínico dos doentes. Neste estudo constatou-se que a presença de um bom apoio social pode influenciar positivamente a qualidade de vida que os doentes apresentam, mas também diminuir os níveis de fragilidade e auxiliar na preservação da função cognitiva.⁹¹

Por outro lado, Masood et al. descreve as duas vertentes que o apoio social apresenta: ser uma base de confiança, que permite ao doente ter uma melhor qualidade de vida e uma melhor visão subjetiva do seu bem-estar, e ser vertente afetiva que, através de atividades catárticas com o doente, auxilia na melhoria do seu bem-estar. Assim, é possível constatar a importância que o apoio social tem para o doente com DRC, principalmente para a qualidade de vida do mesmo.⁹²

Relativamente ao apoio psicológico, muita da literatura incluída nesta revisão inclui a gestão de sintomas psicológicos, como depressão ou ansiedade, na gestão ativa de sintomas, havendo escassez de informação apenas direcionada para esta vertente. Ainda assim, uma revisão integrativa de Cremasco et al. refere que a população com DCR está mais predisposta a desenvolver doenças psicológicas, dadas as limitações físicas que a doença comporta, bem como a diminuição da qualidade de vida associada à mesma. Ainda assim, apesar de ser bastante prevalente, patologias do foro psicológico, nomeadamente a depressão, são frequentemente subdiagnosticadas, principalmente pela sobreposição de sintomas com a DRC, que acaba por complicar o diagnóstico. Assim, sugere um conjunto de ferramentas que podem ser utilizadas para facilitar o diagnóstico destas patologias. As ferramentas são as seguintes: a *Beck Depression Inventory*, a *Hospital Anxiety and Depression Scale*, a *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, a *Geriatric Depression Scale* e a *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*.⁹³

Efetivamente, todo o processo de ajustes psicológicos que o doente com DRC tem de passar – aceitar a doença crónica com prognóstico incerto, aceitar tratamento crónico, alterações de tratamento, complicações e efeitos secundários dos diferentes tratamentos – acabam por tornar estes doentes mais propensos a desenvolver patologia psicológica, com uma taxa de desenvolvimento de depressão cerca de 5 vezes superior, quando comparado com outras doenças

crónicas. A ansiedade, manifestada por receio ou mesmo medo com a antecipação de um determinado evento, também é uma patologia frequentemente associada a DRC, ainda que menos estudada. Para a avaliação da mesma é possível utilizar ferramentas como a *Mini International Neuropsychiatric Interview*, a *Beck's Anxiety Inventory scale* e a *Generalizes Anxiety Disorder 7 inventory*.^{93, 94}

Relativamente a opções terapêuticas, a literatura é escassa em termos de opções. Ainda assim, a nível farmacológico os SSRIs têm sido sugeridos como primeira linha de tratamento, apesar de levantarem alguma preocupação no que toca aos seus efeitos adversos. Relativamente a opções não farmacológicas, o recurso a Terapia Cognitivo-Comportamental pode ser vantajoso, na medida em que este modelo de terapia auxilia os doentes a modificar as suas linhas de pensamento que são maladaptativas.⁹⁴

Outro ponto que acaba por ser importante realçar, tal como é referido por Damery et. al, é que ainda existe falta de treino e educação dos profissionais de saúde para estas questões do foro psiquiátrico e psicológico. Efetivamente, o acompanhamento por profissionais especializados na área é essencial para a gestão destas patologias, contudo, é necessário que os profissionais que fazem a gestão mais próxima dos doentes, nomeadamente os médicos dos cuidados primários e nefrologistas, estejam devidamente equipados com conhecimento e ferramentas que lhes permitam detetar atempadamente estas patologias, para depois poder orientar da melhor forma o doente.⁹⁵

6. Inclusão dos domínios espirituais e culturais

A Organização Mundial de Saúde desde 1998 que reconhece o domínio espiritual como uma componente essencial para a qualidade de vida relacionada com a saúde (HRQoL). De facto, estudos que procuram avaliar o impacto que a espiritualidade tem na saúde do doente, constataram que esta acaba por influenciar positivamente vários domínios da saúde.

Apesar de ser um conceito difícil de definir, a espiritualidade é um domínio, mais amplo que a religião, que corresponde à procura individual de respostas para questões como o propósito, a esperança, as crenças. Por outro lado, a religião já se restringe a um conjunto de crenças e valores definidos à partida e com os quais o indivíduo se identifica, podendo assim tomar parte dessa religião.⁹⁶

No doente com DRC, a convivência com a doença, mais concretamente com a sua cronicidade e mau prognóstico, acaba por proporcionar uma reavaliação de questões existenciais e espirituais por parte dos doentes. De facto, doentes com crenças espirituais acabam por utilizar este domínio como estratégia de *coping* com as dificuldades diárias que a sua doença condiciona. ^{96,97}

Tanto Fradelos et al. como Ega et al. referem que vários estudos realizados em doentes com DRC permitiram concluir que a espiritualidade tem um impacto positivo na qualidade de vida do doente, influenciando a forma como este percebe o seu bem-estar, mas também influenciando as queixas sintomáticas que o doente apresenta. ^{96,97}

No que diz respeito à saúde mental, o domínio espiritual também tem um efeito positivo. Efetivamente, doentes que apresentam crenças espirituais ou religiosas, tendem a ter uma visão mais otimista da vida, apresentando maior capacidade de aceitação e de resiliência face às adversidades da vida. Isto acaba por condicionar uma maior capacidade adaptativa às alterações de vida e saúde que a DRC impõe, o que se traduz numa menor taxa de depressão e ansiedade em doentes com estas crenças. ⁹⁶⁻⁹⁸

Também no que concerne a abordagem à fase de fim de vida, a espiritualidade tem um impacto positivo. Neste contexto, os doentes sentem-se mais confortáveis quando as suas crenças espirituais e religiosas são tidas em conta. A discussão destas mesmas problemáticas com o seu médico assistente ou equipa de enfermagem revelou-se uma prioridade para os doentes, além de lhes trazer mais conforto e segurança nos profissionais. ⁹⁶⁻⁹⁸

Apesar de estar provado que a espiritualidade é um domínio importante a ser abordado no doente com patologia crónica, ainda existem limitações na forma como tal ocorre. Os doentes relatam relutância por parte dos profissionais de saúde em participar em discussões sobre este domínio, bem como ausência de condições para o fazer – ambiente inadequado, falta de tempo. Outra questão que também é relatada como problemática é a não inclusão dos familiares dos doentes nesta discussão, o que acaba por favorecer sentimentos de ansiedade, incerteza e medo, que, em última instância, influenciam negativamente o doente. ⁹⁷

O processo de luto é também uma parte essencial na incorporação da espiritualidade na abordagem ao doente com DRC. Apesar de estar intrinsecamente associado ao conceito de morte e perda, o luto pode iniciar-se muito antes da morte do doente, podendo afetar tanto os seus familiares como o próprio doente. Reconhecer atempadamente sinais de que o doente ou agregado

se encontra neste processo e oferecer ajuda, tanto médica como religiosa, é essencial para minimizar o impacto que o luto tem na saúde do doente. Doentes religiosos referem como positivo a possibilidade de visita de membros da sua igreja, oração, liturgias. Por outro lado, a opção de apoio psicológico também é referida como algo importante por parte da maioria dos doentes.^{97, 98}

DISCUSSÃO

A literatura analisada para a presente revisão salienta vários aspetos importantes, no que diz respeito às diferentes componentes do Tratamento Conservador.

Relativamente às medidas de atraso de progressão da DRC, estas constituem a primeira abordagem ao doente com DRC, quer este opte por TC ou por TSFR. Existem várias recomendações referidas na literatura analisada, tanto medidas não farmacológicas como com recurso a fármacos, que tem impacto positivo e devem ser implementadas o mais precocemente possível.

No que diz respeito a alterações no estilo de vida, a diminuição do aporte proteico é uma medida referida em vários artigos, sendo mesmo recomendado o aumento de ingestão de frutas e legumes, por oposição a fontes proteicas animais. Torna-se, contudo, importante vigiar possíveis défices que advenham desta restrição e suplementar, sempre que necessário com ceto-análogos, e estar atento ao risco da hipercalémia. Por outro lado, o controlo das patologias que podem potencialmente agravar a DRC é parte central no atraso da progressão da doença, sendo destacadas na literatura o controlo da anemia (caso esta exista), das alterações do metabolismo ósseo, da pressão arterial, da glicemia, da dislipidemia e do peso. Também alterações eletrolíticas, como a acidose metabólica ou hipercalémia devem ser corrigidas sempre que se instalem, dado também o seu potencial para agravar a DRC. Há, contudo, escassez de referências na literatura de quando estas medidas devem ser revistas, no decorrer da DRC, dado eventualmente deixarem de ser vantajosas para o doente em fase terminal. É necessária mais informação sobre a suspensão destas medidas, desde a altura em que a suspensão deve ser feita, quais os indicadores a ter em conta para tomar essa decisão e a forma como a suspensão deve ser levada a cabo.

No que diz respeito ao processo de Tomada de Decisão Partilhada, é referida a importância de implementar este processo precocemente, tanto para ser possível partilhar a informação necessária de uma forma pautada ao longo do tempo e dar ao doente tempo para decidir de forma consciente, mas também para evitar que a função cognitiva do doente seja afetada pela patologia e este acabe por perder a sua capacidade de decisão. Ainda assim, são muitas as limitações à implementação deste processo referidas na literatura. O desconhecimento por parte dos

profissionais, tanto relativamente às diferentes opções terapêuticas, mas também relativamente à forma como estas temáticas devem ser abordadas com os doentes são os principais barreiras a ser referidos. Torna-se imperativo otimizar a formação dos profissionais que acompanham estes doentes, tanto médicos dos cuidados primários como nefrologistas, sobre as diferentes opções de tratamento que devem ser apresentadas aos doentes bem como estratégias de comunicação que auxiliem os profissionais a discutir estes temas. É também necessário estipular-se, de forma sistematizada, a altura em que esta discussão deve ser iniciada, devendo por isso definir-se indicações a ser identificados pelos profissionais e que apontem para a necessidade de iniciar este tipo de conversa.

A problemática do prognóstico parece ser uma das grandes limitações para a tomada de decisão partilhada, uma vez que é difícil prever a trajetória de progressão da DRC. Sem estes dados, os profissionais referem ser mais difícil tanto equacionar qual a opção terapêutica mais vantajosa, como iniciar a discussão de planeamento atempado de cuidados com o doente. Duas ferramentas são referidas na literatura para avaliação de prognóstico: a *“Surprise Question”* e a *Modified Karnofsky activity scale*. A avaliação da fragilidade surge da tentativa de encontrar novos parâmetros de avaliação que permitam auxiliar a determinação do prognóstico destes doentes. Está demonstrado que o nível de fragilidade se relaciona independentemente com piores desfechos para os doentes: mais quedas, mais hospitalizações, menos capacidade para realizar as AVDs, maior défice cognitivo, maior risco de fraturas e de morte. Todavia, não está instituído de forma rotineira a avaliação prognóstica dos doentes, nem com as ferramentas prognósticas, nem mesmo com a avaliação da fragilidade. Assim, torna-se fundamental instituir no protocolo de avaliação do doente com DRC a avaliação da fragilidade e a utilização de ferramentas de determinação de prognóstico. Por outro lado, dada a escassez de ferramentas atualmente existentes, a investigação e formulação de novas ferramentas validadas para a DRC é importante para melhor determinar o prognóstico dos doentes.

Relativamente à gestão ativa de sintomas, a literatura sugere várias recomendações para a gestão dos sintomas mais frequentemente presentes nos doentes com DRC. Os sintomas referidos na presente revisão são: o prurido urémico, as alterações do sono, o síndrome das pernas inquietas; as náuseas e vômitos, a obstipação, a depressão e outros sintomas psicológicos, as queixas respiratórias e as queixas álgicas, sendo que para a maioria da sintomatologia existem recomendações tanto farmacológicas como não farmacológicas. Apesar dos doentes

tendencialmente apresentarem as suas queixas aos profissionais de saúde que os acompanham, a utilização de ferramentas de avaliação de sintomas deve ser incorporada por rotina na avaliação destes doentes, de modo a evitar que algum sintoma passe despercebido e acabe por perturbar a qualidade de vida do doente. Nesta revisão, várias ferramentas de avaliação de sintomas são sugeridas, tais como a *Renal*; a *Palliative Care Scale-Renal*; a *Memorial Symptom Assessment Scale Short Form*; a *Kidney Disease Quality of Life Short Form*; a *Patient Outcome Scale-symptom module* e a *Leicester Uraemic Symptom Score*. É ainda importante, estipular a periodicidade com que estas avaliações devem ser levadas a cabo, de forma a garantir que a gestão sintomática é mais eficaz.

No que diz respeito ao Planeamento Atempado de Cuidados e comunicação detalhada, é amplamente sugerido que é essencial na abordagem do doente em TC, visto permitir que o doente decida conscientemente sobre que tratamentos pretende obter, mas também sobre o final da sua vida. O ACP permite ao doente e aos seus familiares planearem o fim de vida do doente, desde o local onde este irá ocorrer, mas também que medidas extraordinárias o doente aceita que sejam utilizadas. De facto, apesar de ser reconhecido o valor do ACP, os profissionais de saúde referem dificuldade na sua implementação, tanto por não saberem quando o fazer, mas também por não possuírem as competências necessárias para ter este tipo de discussão com os doentes. Assim, além de ser crucial integrar a equipa de cuidados paliativos na abordagem deste doente, é necessário também investir na formação dos profissionais em termos de ferramentas de comunicação a ser utilizadas nesta discussão, tais como as que são sugeridas nesta revisão. Adicionalmente, o ACP deve ser periodicamente revisitado e reavaliado, para garantir que qualquer mudança na decisão dos doentes é tida em conta.

O apoio psicológico e social deve também ser assegurado, tanto aos doentes como aos seus familiares, no contexto do TC. Na presente revisão ficou patente o benefício que este apoio traz ao doente, tanto a nível de bem-estar, qualidade de vida, mas mesmo e em termos de desfecho clínico. No que concerne mais concretamente o apoio psicológico, a literatura sugere escalas de avaliação da depressão e da ansiedade, bem como opções farmacológicas ou psicoterapêuticas para o controlo destes sintomas, caso estejam presentes. Ainda assim, não existe uma formalização do apoio psicológico aos doentes com DRC, sendo necessário elaborar orientações para que os profissionais de saúde saibam estar atentos às necessidades do foro psicológico, tanto dos seus doentes, mas também das suas famílias. Também no que diz respeito ao apoio social, escasseia a

informação de formas efetivas de como este pode ser providenciado ao doente e às suas famílias, e há escassez de recursos o que dificulta o cumprimento desta vertente do TC.

Relativamente à inclusão dos domínios espirituais e culturais na abordagem ao doente em TC, a literatura analisada dá mais enfoque à componente espiritual, havendo mesmo dados que apontam para a influencia positiva no bem-estar e qualidade de vida dos doentes desta vertente. Ainda assim, há vários pontos a melhorar. Uma vez mais, a comunicação parece ser uma barreira para a aplicação desta vertente, uma vez que os doentes relatam dificuldade em falar destas problemáticas com os seus médicos assistentes. Também a ausência de ferramentas que permitam avaliar as necessidades espirituais de cada doente acaba por dificultar a sua inclusão na abordagem ao doente. Por outro lado, a dimensão cultural é pouco explorada na literatura, o que abre portas para que esta temática seja avaliada no futuro, nomeadamente de que forma as crenças culturais e a cultura em que o doente se insere influenciam o seu tratamento e desfecho clínico.

Esta revisão apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta. A incapacidade de acesso a vários artigos que faziam parte da seleção inicial acabou por limitar a informação obtida, estando esta apenas condicionada àquela cujo acesso foi possível. Também a restrição temporal pode condicionar a informação obtida, sendo importante ter em conta que pode existir informação relevante fora do intervalo temporal escolhido para esta revisão. Outra questão que pode limitar a informação recolhida passa pela pesquisa geral dos artigos baseada apenas nos termos chave, podendo existir ainda outra informação que se encontre em artigos mais vocacionados para as diferentes vertentes do TC, mas que não cumpram os critérios dos termos chave.

Apesar das limitações acima referidas, esta revisão permitiu constatar que já existe alguma informação disponível relativamente às diferentes dimensões do TC mas que, ainda assim, existem muitas lacunas a ser preenchidas, nomeadamente a nível de ferramentas de prognóstico e também na uniformização de orientações clínicas para a implementação do TC. A falta de conhecimento e formação dos profissionais de saúde também é um ponto várias vezes referido nesta revisão, constituindo um domínio a ser trabalhado e desenvolvido no futuro.

PROTOCOLO DE CONSULTA EXTERNA

Objetivo

O presente protocolo tem como objetivo estratificar a abordagem que deve ser feita ao doente encaminhado para Tratamento Conservador, na primeira consulta desta modalidade. São

apresentadas as ferramentas necessárias para abordar o doente nas diferentes dimensões do tratamento conservador.

Equipa de Trabalho

A equipa de trabalho que acompanha o doente em TC deve ser uma equipa multidisciplinar (Tabela III) e que trabalhe em sinergia e complementaridade para otimizar a gestão do doente. Esta deve ser liderada pelo Nefrologista responsável pela consulta de TC, por um membro da Equipa de Enfermagem de Nefrologia, com apoio da Equipa de Cuidados Paliativos, Nutrição e Psiquiatria/Psicologia, e Assistente Social sempre que necessário. A equipa de TC deve manter uma estreita comunicação com o Médico de Cuidados de Saúde Primários do doente.

Critérios de referenciação à CE de TC

A Norma 07/2011 da Direção Geral de Saúde, atualizada a 14/06/2012 define os critérios para a seleção de doentes potencialmente candidatos a TC, ilustrados na Tabela IV. Ainda assim, a avaliação individual de cada doente é essencial, podendo existir condições adicionais que tornem o TC a opção terapêutica mais vantajosa.

Estratégias de Comunicação

A comunicação entre profissionais de saúde e doentes com DRC nem sempre é bem conseguida, muitas vezes por dificuldade do próprio profissional em iniciar e conduzir a discussão de temáticas que possam ser mais sensíveis para o doente. Durante todas as consultas de acompanhamento do doente, a linguagem utilizada deve ser sempre simples e objetiva, devendo ser assegurado que o doente e/ou os familiares estão a compreender efetivamente o que lhes está a ser explicado ou perguntado. Quando a temática passa pela discussão de um tópico mais suscetível de desconforto para o doente, existem técnicas de comunicação que podem ser utilizadas, para deixar o doente mais confortável para partilhar as suas dúvidas/opiniões/decisões. Entre elas destacam-se a utilização de ferramenta de discurso “*Ask-Tell-Ask*”, o recurso a perguntas abertas; o respeito pela emoção expressa pelo doente antes de avançar para informação subsequente e o não fornecer mais de 3 informações em cada momento (Tabela IV).

A velocidade com que ocorre a partilha de informação e as decisões que são necessárias que o doente tome vai-se correlacionar com a velocidade de deterioração da função renal. em doentes com uma deterioração lenta da função renal, a partilha de informação deve ser mais lenta e espaçada ao longo do tempo. Nos doentes com um rápido agravamento da perda de função, que

se encontram em risco de atingir o estadio terminal rapidamente, a exposição da informação deve ser mais exaustiva.

Caracterização inicial do doente

Para além da identificação do doente e do conhecimento da sua caracterização do estado de saúde, com caracterização da DRC e de todas as outras comorbilidades que o doente apresente, bem como dos seus hábitos de vida diários e medicação habitual; são necessários alguns dados que permitam avaliar o estado atual do doente e ponderar se existe algum parâmetro que possa ser otimizado para permitir atrasar a progressão da DRC. Na Tabela V estão presentes os parâmetros necessários para avaliar o estado atual do doente.

Avaliação Prognóstica

A avaliação prognóstica do doente é essencial tanto para o esclarecimento do doente, como também para a tomada de decisão sobre os vários parâmetros relativos ao TC.

Sugere-se que sejam utilizadas as seguintes ferramentas: a *Modified Karnofsky activity scale* e *“Surprise Question”*. O grau de fragilidade, enquanto fator de risco independente para piores desfechos clínicos, também deve ser avaliada. Sugere-se para o efeito o recurso à Escala de Fragilidade de Edmonton. Também a avaliação de comorbilidades é essencial, sugerindo-se para o efeito o ICC modificado.

Avaliação Sintomática

A minuciosa anamnese dos sintomas e sinais do doente é essencial para fazer a minimizar as suas queixas e o impacto que estas têm no seu estado funcional. Além da escuta das queixas e do que preocupa o doente, bem como da entrevista semiológica, a utilização de ferramentas para avaliação de sintomas é recomendada, para que nenhum sintoma seja menosprezado ou esquecido.

Para a avaliação sintomática sugere-se as seguintes ferramentas: a versão aplicada à nefrologia da *Patient Outcome Scale (POSs renal)* ou a *Modified Edmonton Symptom Assessment Scale*.

A avaliação sintomática deve ocorrer periodicamente, num intervalo ideal de 3 meses, não sendo nunca superior a 6 meses.

Avaliação Psicológica

A saúde mental do doente deve ser também frequentemente avaliada, uma vez que pode influenciar a trajetória de doença e a qualidade de vida do doente. Deve ser dado ao doente espaço e tempo para expressar as suas preocupações e as emoções que está a experienciar, sem qualquer julgamento por parte do profissional. É também importante questionar o doente sobre a possibilidade de encaminhamento para consulta de Psiquiatria/Psicologia, caso assim o doente o deseje ou o médico ache recomendado.

As patologias psiquiátricas mais frequentes nos doentes com DRC são a depressão e a perturbação da ansiedade generalizada. Assim, devem ser utilizadas ferramentas que permitam fazer o rastreio dessas mesmas patologias. Na Tabela VI estão expostas as ferramentas sugeridas para rastreio da depressão e da perturbação da ansiedade generalizada.

A avaliação psicológica deve ocorrer periodicamente, num intervalo ideal de 3 meses, não sendo nunca superior a 6 meses.

Tabela VI - Ferramentas de rastreio de patologias psiquiátricas.

Planeamento atempado de cuidados

Consoante a trajetória e a velocidade de deterioração da função renal e do estado funcional do doente, o planeamento de cuidados de fim de vida deve ser iniciado.

Em doentes cuja avaliação prognóstica aponte para uma proximidade do fim de vida, as discussões sobre esta fase da vida do doente devem decorrer, sob risco de perda de capacidade cognitiva do doente e, conseqüentemente, perda de capacidade de decisão.

No caso de doentes que expressem vontade, mais precocemente, de discutir os cuidados de fim de vida, este desejo deve ser respeitado.

O apoio da Equipa de Cuidados Paliativos deve ser solicitado para, em conjunto com o doente, ser decidido todos os parâmetros que dizem respeito ao fim de vida do mesmo.

As preferências e necessidades do doente devem ser sempre tidas em consideração. Questões em relação a medicação, necessidades espirituais ou preferências que respeitem a cultura do doente devem ser tidas em conta.

Otimização da gestão do doente

Após a avaliação sintomática e psicológica do doente, devem ser instituídas as medidas farmacológicas e não farmacológicas que permitam minimizar as queixas do mesmo, tendo em vista a melhoria da sua qualidade de vida. Importante também ter em consideração a reconciliação terapêutica, de modo a garantir que a polifarmácia não tem um impacto negativo no doente.

No caso de medidas de atraso da progressão da doença, caso ainda se justifique, devem ser instituídas.

Em termos de fragilidade, medidas de otimização do grau de fragilidade, nomeadamente a apoio nutricional e a prática de exercício físico, devem ser instituídas sempre que possível.

Nestes casos, a colaboração da Equipa de Nutrição é vantajosa para auxílio da elaboração de um plano alimentar adequado a cada doente.

Referenciação

A referenciação à consulta de Nutrição está indicada em todos os doentes, sendo recomendado uma avaliação periódica e ajuste de plano alimentar e nutricional sempre que necessário.

O encaminhamento para consulta de Psiquiatria/Psicologia está indicado em todos os doentes que sejam sinalizados através das ferramentas de rastreio utilizadas e em todos os doentes que desejem ou requeiram esse tipo de acompanhamento.

O encaminhamento para consulta de Cuidados Paliativos está indicado em todos os doentes que sejam sinalizados através das ferramentas de prognóstico utilizadas e em todos os doentes que desejem ou refiram vontade de discutir a problemática do fim de vida.

CONCLUSÃO

O TC da DRC, apesar de amplamente definido nas suas múltiplas vertentes, encontra-se longe de estar totalmente instituído nos cuidados de saúde devido, principalmente, às múltiplas lacunas e barreiras que ainda prevalecem tanto na sua compreensão como na sua aplicabilidade.

O desconhecimento relativamente aos domínios do TC e da forma como este pode ser oferecido ao doente enquanto alternativa válida e não como último recurso, é um dos principais entraves à instituição do mesmo. No futuro, o investimento em formação para profissionais de saúde que permita obter conhecimento sobre o TC e também sobre técnicas de comunicação que

os habilitem a discutir temas mais sensíveis que estão intrinsecamente ligados a esta metodologia terapêutica são essenciais.

A incerteza relativamente ao prognóstico e trajetória de evolução da doença apresenta-se como outro obstáculo à instituição do TC. A escassez e a falta de validação de ferramentas de prognóstico dificultam a avaliação do doente neste domínio. O desenvolvimento de novas ferramentas de prognóstico, que têm em novas variantes além da TFG e das comorbilidades, são de extrema importância para a estimativa de evolução do doente. A avaliação da fragilidade veio preencher algumas lacunas neste campo e, por isso, a sua avaliação e otimização deve tornar-se prática generalizada. Ainda assim, o desenvolvimento de novas técnicas de prognóstico deve ser um dos pontos a trabalhar.

Os cuidados de fim de vida, por serem uma problemática habitualmente sensível tanto para doente como para médico, acabam por ser pouco desenvolvidos ou discutidos com o doente. Esta ausência de inclusão do doente nas decisões sobre o tratamento que recebe e, em última instância, a forma como quer morrer, tornam a implementação do TC mais complicada. Novamente, o desenvolvimento de técnicas de comunicação médico-doente, bem como a inclusão da equipa de Cuidados Paliativos, será uma mais-valia neste campo.

O protocolo de consulta externa apresentado neste trabalho tem como principal objetivo reunir e formalizar um conjunto de recomendações para a abordagem do doente com DRC em TC, tendo em conta a revisão de literatura previamente elaborada. A uniformização da oferta do TC é essencial para que esta opção de tratamento seja instituída nos cuidados de saúde e seja corretamente aplicada.

Bibliografia

1. Kalantar-Zadeh K, Jafar TH, Nitsch D, Neuen BL, Perkovic V. Chronic kidney disease. *The Lancet*. 2021;398(10302):786-802.
2. Neves LNA, de Santana Tavares CC, Rodrigues JF, dos Santos ES, Barros FHV, de Olinda AG, de Carvalho NB, da Silva EM, Gomes MAS, Silva LO. Qualidade de vida de idosos com Insuficiência Renal Crônica (IRC): uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2021;10(2):e23610212147-e23610212147.
3. Johansen KL, Chertow GM, Foley RN, Gilbertson DT, Herzog CA, Ishani A, Israni AK, Ku E, Tamura MK, Li S. US renal data system 2020 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *American journal of kidney diseases*. 2021;77(4):A7-A8.
4. Ferreira A, Raposo J, Rocha J, Polónia J, Cabrita J, Jacinto N, Branco P, Birne R, Maia M, Marcelo A. Avaliação da Problemática da Doença Renal Crónica (Não Diálise) em Portugal: Abordagens para a Intervenção Precoce e Redução da Progressão. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*. 2021;13(1):30-36.
5. de Almeida EA, Raimundo M, Coelho A, Sa H. Incidence, prevalence and crude survival of patients starting dialysis in Portugal (2010–16): analysis of the National Health System individual registry. *Clinical kidney journal*. 2021;14(3):869-875.
6. Bikbov B, Purcell C, Levey A, Smith M, Abdoli A, Abebe M, Adebayo O, Afarideh M, Agarwal S, Agudelo-Botero M. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020;395(10225):709-733.
7. Vinhas J, Aires I, Batista C, Branco P, Brandão J, Nogueira R, Raposo JF, Rodrigues E. RENA study: cross-sectional study to evaluate CKD prevalence in Portugal. *Nephron*. 2020;144(10):479-487.
8. KDIGO KDIGO CWG. Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl*. 2012;2013(3):1-150.
9. Evans PD, Taal MW. Epidemiology and causes of chronic kidney disease. *Medicine*. 2011;39(7):402-406.
10. Yamazaki T, Mimura I, Tanaka T, Nangaku M. Treatment of diabetic kidney disease: current and future. *Diabetes & Metabolism Journal*. 2021;45(1):11-26.
11. Hadi NR, Shaker SR. Pathophysiology of Diabetic Nephropathy. *Diabetic Nephropathy: Role of Toll-like Receptors and Notch Pathway*. 2022:2-23.
12. Ku E, Lee BJ, Wei J, Weir MR. Hypertension in CKD: core curriculum 2019. *American Journal of Kidney Diseases*. 2019;74(1):120-131.
13. Laffin LJ, Bakris GL. Intersection Between Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep*. 2021;23(9):117.
14. Cornec-Le Gall E, Alam A, Perrone RD. Autosomal dominant polycystic kidney disease. *The Lancet*. 2019;393(10174):919-935.
15. Shchekochikhin D, Schrier RW, Lindenfeld J. Cardiorenal syndrome: pathophysiology and treatment. *Current cardiology reports*. 2013;15(7):1-9.
16. Chade AR, Lerman A, Lerman LO. Kidney in early atherosclerosis. *Hypertension*. 2005;45(6):1042-1049.
17. Sun D-Q, Jin Y, Wang T-Y, Zheng KI, Rios RS, Zhang H-Y, Targher G, Byrne CD, Yuan W-J, Zheng M-H. MAFLD and risk of CKD. *Metabolism*. 2021;115:154433.
18. Desnick RJ, Brady R, Barranger J, Collins AJ, Germain DP, Goldman M, Grabowski G, Packman S, Wilcox WR. Fabry disease, an under-recognized multisystemic disorder: expert

- recommendations for diagnosis, management, and enzyme replacement therapy. *Annals of internal medicine*. 2003;138(4):338-346.
19. Gambaro G, Croppi E, Bushinsky D, Jaeger P, Cupisti A, Ticinesi A, Mazzaferro S, D'Addessi A, Ferraro PM. The risk of chronic kidney disease associated with urolithiasis and its urological treatments: a review. *The Journal of urology*. 2017;198(2):268-273.
 20. Kellum JA, Romagnani P, Ashuntantang G, Ronco C, Zarbock A, Anders H-J. Acute kidney injury. *Nature reviews Disease primers*. 2021;7(1):1-17.
 21. Rajapaksha H, Pandithavidana DR, Dahanayake JN. Demystifying Chronic Kidney Disease of Unknown Etiology (CKDu): Computational Interaction Analysis of Pesticides and Metabolites with Vital Renal Enzymes. *Biomolecules*. 2021;11(2):261.
 22. Gunasekara TSC, De Silva PM, Herath C, Siribaddana S, Siribaddana N, Jayasumana C, Jayasinghe S, Cardenas-Gonzalez M, Jayasundara N. The utility of novel renal biomarkers in assessment of chronic kidney disease of unknown etiology (CKDu): a review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(24):9522.
 23. Stevens LA, Coresh J, Greene T, Levey AS. Assessing kidney function—measured and estimated glomerular filtration rate. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(23):2473-2483.
 24. Zsom L, Zsom M, Salim SA, Fülöp T. Estimated Glomerular Filtration Rate in Chronic Kidney Disease: A Critical Review of Estimate-Based Predictions of Individual Outcomes in Kidney Disease. *Toxins*. 2022;14(2):127.
 25. Hsu C-y, Bansal N. Measured GFR as “gold standard”—all that glitters is not gold? Vol 6: *Am Soc Nephrol*; 2011:1813-1814.
 26. Ottosson Frost C, Gille-Johnson P, Blomstrand E, St-Aubin V, Leion F, Grubb A. Cystatin C-based equations for estimating glomerular filtration rate do not require race or sex coefficients. *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*. 2022:1-5.
 27. Gansevoort RT, de Jong PE. The case for using albuminuria in staging chronic kidney disease. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2009;20(3):465-468.
 28. Benzing T, Salant D. Insights into glomerular filtration and albuminuria. *New England Journal of Medicine*. 2021;384(15):1437-1446.
 29. Murton M, Goff-Leggett D, Bobrowska A, Garcia Sanchez JJ, James G, Wittbrodt E, Nolan S, Sörstadius E, Pecoits-Filho R, Tuttle K. Burden of chronic kidney Disease by KDIGO categories of glomerular filtration rate and albuminuria: a systematic review. *Advances in therapy*. 2021;38(1):180-200.
 30. Lima BA, Alves H. Atividade do transplante renal de 2003 a 2016: Portugal na União Europeia a 28. *Boletim Epidemiológico Observações*. 2017;6(19):16-19.
 31. Brar A, Gruessner A, Adey D, Tedla F, Yap E, Kaul D, Sumrani N, John D, Salifu MO. Association of Physical Function and Survival in Older-Adult Renal Transplant Recipients. Paper presented at: Transplantation Proceedings, 2021.
 32. Azevedo A, Rodrigues A, Ferreira A, Mota C, Carvalho F, Macário F, Jardim H, Lopes JA, Barata JD, Martins LS. Nephrology in Portugal. *Nephrology Worldwide*: Springer; 2021:607-622.
 33. Himmelfarb J, Vanholder R, Mehrotra R, Tonelli M. The current and future landscape of dialysis. *Nature Reviews Nephrology*. 2020;16(10):573-585.
 34. Iyasere O, Brown EA, Johansson L, Davenport A, Farrington K, Maxwell AP, Collinson H, Fan S, Habib A-M, Stoves J. Quality of life with conservative care compared with assisted peritoneal dialysis and haemodialysis. *Clinical kidney journal*. 2019;12(2):262-268.
 35. Davison SN, Levin A, Moss AH, Jha V, Brown EA, Brennan F, Murtagh FE, Naicker S, Germain MJ, O'donoghue DJ. Executive summary of the KDIGO Controversies Conference on

- Supportive Care in Chronic Kidney Disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney international*. 2015;88(3):447-459.
36. Murtagh FE, Burns A, Moranne O, Morton RL, Naicker S. Supportive care: comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2016;11(10):1909-1914.
 37. Saúde DGd. Tratamento Médico Conservador da Insuficiência Renal Crônica Estádio 5. *Norma 07/2011 (atualizada a 14/06/2012)*; 2011:1-35.
 38. Hole B, Tonkin-Crine S, Caskey FJ, Roderick P. Treatment of End-stage Kidney Failure without Renal Replacement Therapy. Paper presented at: Seminars in dialysis, 2016.
 39. Davison SN, Tupala B, Wasylynyuk BA, Siu V, Sinnarajah A, Triscott J. Recommendations for the care of patients receiving conservative kidney management: focus on management of CKD and symptoms. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2019;14(4):626-634.
 40. Brown EA. Comprehensive conservative care for patients with advanced chronic kidney disease. *Medicine*. 2019;47(9):614-617.
 41. Brown MA, Collett GK, Josland EA, Foote C, Li Q, Brennan FP. CKD in elderly patients managed without dialysis: survival, symptoms, and quality of life. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2015;10(2):260-268.
 42. Echevers YM, Gaibor NGT, Pérez NN, Martin FB, Delgado RM, Riscos MÁG. Survival of patients ≥ 70 years with advanced chronic kidney disease: dialysis vs. conservative care. *Nefrología (English Edition)*. 2016;36(3):283-291.
 43. Rubio MVR, Arnal LML, Orna JAG, Navarro PM, Gutiérrez-Dalmau A, Ibor EL, Ramos JP, Lavilla RP, Gutiérrez BC, Hernández-Franch ASJ. Survival and quality of life in elderly patients in conservative management. *Nefrología (English Edition)*. 2019;39(2):141-150.
 44. Magalhães FG, Goulart RMM. Chronic kidney disease and its treatment in the elderly: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2015;18:679-692.
 45. Bellizzi V, Cupisti A, Locatelli F, Bolasco P, Brunori G, Cancarini G, Caria S, De Nicola L, Di Iorio BR, Di Micco L. Low-protein diets for chronic kidney disease patients: the Italian experience. *BMC nephrology*. 2016;17(1):1-17.
 46. Castro MCM. Conservative management for patients with chronic kidney disease refusing dialysis. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2018;41:95-102.
 47. Kalantar-Zadeh K, Joshi S, Schlueter R, Cooke J, Brown-Tortorici A, Donnelly M, Schulman S, Lau W-L, Rhee CM, Streja E. Plant-dominant low-protein diet for conservative management of chronic kidney disease. *Nutrients*. 2020;12(7):1931.
 48. Valim A, Carpes LS, Nicoletto BB. Effect of vegetarian diets on renal function in patients with chronic kidney disease under non-dialysis treatment: A scoping review. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2022.
 49. Rocchetti MT, Di Iorio BR, Vacca M, Cosola C, Marzocco S, Bari Id, Calabrese FM, Ciarcia R, Angelis MD, Gesualdo L. Ketoanalogs' effects on intestinal microbiota modulation and uremic toxins serum levels in chronic kidney disease (Medika2 Study). *Journal of clinical medicine*. 2021;10(4):840.
 50. Silva ECd, Taminato M, Fonseca CDd, Moraes GMd, Longo MCB, Grothe CE, Belasco AGS, Barbosa DA. Use of vitamin D and infection in patients with chronic kidney disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71:2792-2799.
 51. Fried L, Kovesdy CP, Palmer BF. New options for the management of chronic hyperkalemia. *Kidney International Supplements*. 2017;7(3):164-170.

52. Bianchi S, Aucella F, De Nicola L, Genovesi S, Paoletti E, Regolisti G. Management of hyperkalemia in patients with kidney disease: a position paper endorsed by the Italian Society of Nephrology. *Journal of nephrology*. 2019;32(4):499-516.
53. De Nicola L, Di Lullo L, Paoletti E, Cupisti A, Bianchi S. Chronic hyperkalemia in non-dialysis CKD: controversial issues in nephrology practice. *Journal of nephrology*. 2018;31(5):653-664.
54. Molsted S, Eidemak I, Aadahl M. Sex difference in the association between physical activity and all-cause mortality in ambulatory patients with chronic kidney disease. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(7):3698.
55. de Boer IH, Caramori ML, Chan JC, Heerspink HJ, Hurst C, Khunti K, Liew A, Michos ED, Navaneethan SD, Olowu WA. KDIGO 2020 clinical practice guideline for diabetes management in chronic kidney disease. *Kidney international*. 2020;98(4):S1-S115.
56. Fontes BC, Anjos JSd, Black AP, Moreira NX, Mafra D. Effects of Low-Protein Diet on lipid and anthropometric profiles of patients with chronic kidney disease on conservative management. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2018;40:225-232.
57. Wanner C, Tonelli M. KDIGO Clinical Practice Guideline for Lipid Management in CKD: summary of recommendation statements and clinical approach to the patient. *Kidney international*. 2014;85(6):1303-1309.
58. Verberne WR, Konijn WS, Prantl K, Dijkers J, Roskam MT, van Delden JJ, Bos WJW. Older patients' experiences with a shared decision-making process on choosing dialysis or conservative care for advanced chronic kidney disease: a survey study. *BMC nephrology*. 2019;20(1):1-11.
59. Benito MH, Luis MJF-R. Shared decision-making in advanced chronic kidney disease in the elderly. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2019;152(5):188-194.
60. Scott J, Owen-Smith A, Tonkin-Crine S, Rayner H, Roderick P, Okamoto I, Leydon G, Caskey F, Methven S. Decision-making for people with dementia and advanced kidney disease: a secondary qualitative analysis of interviews from the Conservative Kidney Management Assessment of Practice Patterns Study. *BMJ open*. 2018;8(11):e022385.
61. Eneanya ND, Labbe AK, Stallings TL, Percy S, Temel JS, Klaiman TA, Park ER. Caring for older patients with advanced chronic kidney disease and considering their needs: a qualitative study. *BMC nephrology*. 2020;21(1):1-8.
62. Wachterman MW, Leveille T, Keating NL, Simon SR, Waikar SS, Bokhour B. Nephrologists' emotional burden regarding decision-making about dialysis initiation in older adults: A qualitative study. *BMC nephrology*. 2019;20(1):1-9.
63. Selman LE, Bristowe K, Higginson IJ, Murtagh FE. The views and experiences of older people with conservatively managed renal failure: a qualitative study of communication, information and decision-making. *BMC nephrology*. 2019;20(1):1-12.
64. So S, Brennan FP, Li KC, Brown MA. End-stage kidney disease: The last 12 months. *Australian Journal of General Practice*. 2021;50(4):193-198.
65. Roffman C, Buchanan J, Allison G. Charlson comorbidities index. *Journal of physiotherapy*. 2016;62(3).
66. Mansur HN, Damasceno VdO, Bastos MG. Prevalência da fragilidade entre os pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador e em diálise. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2012;34(2):153-160.
67. Musso CG, Jauregui JR, Macías Núñez JF. Frailty phenotype and chronic kidney disease: a review of the literature. *International urology and nephrology*. 2015;47(11):1801-1807.
68. Nagaraju SP, Shenoy SV, Gupta A. Frailty in end stage renal disease: Current perspectives. *Nefrología*. 2021.

69. Nixon AC, Bampouras TM, Pendleton N, Mitra S, Brady ME, Dhaygude AP. Frailty is independently associated with worse health-related quality of life in chronic kidney disease: a secondary analysis of the Frailty Assessment in Chronic Kidney Disease study. *Clinical kidney journal*. 2020;13(1):85-94.
70. Wu PY, Chao C-T, Chan D-C, Huang J-W, Hung K-Y. Contributors, risk associates, and complications of frailty in patients with chronic kidney disease: a scoping review. *Therapeutic advances in chronic disease*. 2019;10:2040622319880382.
71. Chowdhury R, Peel NM, Krosch M, Hubbard RE. Frailty and chronic kidney disease: a systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2017;68:135-142.
72. Nixon AC, Brown J, Brotherton A, Harrison M, Todd J, Brannigan D, Ashcroft Q, So B, Pendleton N, Ebah L. Implementation of a frailty screening programme and Geriatric Assessment Service in a nephrology centre: a quality improvement project. *Journal of nephrology*. 2021;34(4):1215-1224.
73. Pugh J, Aggett J, Goodland A, Prichard A, Thomas N, Donovan K, Roberts G. Frailty and comorbidity are independent predictors of outcome in patients referred for pre-dialysis education. *Clinical kidney journal*. 2016;9(2):324-329.
74. Khadka M, Pantha B, Karki L. Correlation of uric acid with glomerular filtration rate in chronic kidney disease. *Journal of Nepal Medical Association*. 2018;56(212):724-727.
75. De'Marziani G, Pujol GS, Obregón LM, Morales EM, Gonzalez CD, Paganti LG, Cacciagiú L, Lopez G, Schreier L, Elbert A. Glycaemic changes in patients with chronic kidney disease. *Nefrología (English Edition)*. 2016;36(2):133-140.
76. Marquito AB, Pinheiro HS, Fernandes NMdS, Paula RBd. Pharmacotherapy assessment in chronic kidney disease: validation of the PAIR instrument for use in Brazil. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2020;42:400-412.
77. Li H, Xie L, Yang J, Pang X. Symptom burden amongst patients suffering from end-stage renal disease and receiving dialysis: A literature review. *International journal of nursing sciences*. 2018;5(4):427-431.
78. Brown SA, Tyrer FC, Clarke AL, Lloyd-Davies LH, Stein AG, Tarrant C, Burton JO, Smith AC. Symptom burden in patients with chronic kidney disease not requiring renal replacement therapy. *Clinical Kidney Journal*. 2017;10(6):788-796.
79. Ruszkowski J, Heleniak Z, Król E, Tarasewicz A, Gałgowska J, Witkowski JM, Dębska-Ślizień A. Constipation and the Quality of Life in Conservatively Treated Chronic Kidney Disease Patients: A Cross-sectional Study. *International journal of medical sciences*. 2020;17(18):2954.
80. Tavares APdS, Santos CGdS, Tzanno-Martins C, Barros J, Silva AMMd, Lotaif L, Souza JVL. Kidney supportive care: an update of the current state of the art of palliative care in CKD patients. *Brazilian Journal of Nephrology*. 2020;43:74-87.
81. Riccio E, Sabbatini M, Bruzzese D, Grumetto L, Marchetiello C, Amicone M, Andreucci M, Guida B, Passaretti D, Russo G. Plasma p-cresol lowering effect of sevelamer in non-dialysis CKD patients: evidence from a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Nephrology*. 2018;22(3):529-538.
82. Chilvers M, Johnston K, Ferrar K, Williams MT. Dyspnoea Assessment In Adults With End-Stage Kidney Disease: A Systematic Review. *Journal of Renal Care*. 2020;46(3):137-150.
83. Abd ElHafeez S, Hegazy R, Naga Y, Wahdan I, Sallam S. Non-steroidal anti-inflammatory drugs among chronic kidney disease patients: an epidemiological study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2019;94(1):1-8.

84. Frandsen CE, Dieperink H, Detering K, Agerskov H. Patients' with chronic kidney disease and their relatives' perspectives on advance care planning: A meta-ethnography. *Journal of Renal Care*. 2021.
85. O'Halloran P, Noble H, Norwood K, Maxwell P, Shields J, Fogarty D, Murtagh F, Morton R, Brazil K. Advance care planning with patients who have end-stage kidney disease: a systematic realist review. *Journal of pain and symptom management*. 2018;56(5):795-807. e718.
86. Jimenez G, Tan WS, Virk AK, Low CK, Car J, Ho AHY. Overview of systematic reviews of advance care planning: summary of evidence and global lessons. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;56(3):436-459. e425.
87. Stallings TL, Temel JS, Klaiman TA, Paasche-Orlow MK, Alegria M, O'Hare A, O'Connor N, Dember LM, Halpern SD, Eneanya ND. Integrating Conservative kidney management Options and advance care Planning Education (COPE) into routine CKD care: a protocol for a pilot randomised controlled trial. *BMJ open*. 2021;11(2):e042620.
88. de Jong Y, van der Willik EM, Milders J, Meuleman Y, Morton RL, Dekker FW, van Diepen M. Person centred care provision and care planning in chronic kidney disease: which outcomes matter? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC nephrology*. 2021;22(1):1-16.
89. Chiu HH-L, Murphy-Burke DM, Thomas SA, Melnyk Y, Kruthaup-Harper AL, Dong JJ, Djurdjev O, Saunders S, Levin A, Karim M. Advancing palliative care in patients With CKD: From ideas to practice. *American Journal of Kidney Diseases*. 2021;77(3):420-426.
90. Teruel JL, Rexach L, Burguera V, Gomis A, Fernandez-Lucas M, Rivera M, Diaz A, Collazo S, Liaño F. Home palliative care for patients with advanced chronic kidney disease: preliminary results. Paper presented at: Healthcare, 2015.
91. Slaven A, Hsu J, Schelling JR, Navaneethan SD, Rincon-Choles H, McAdams-DeMarco MA, Schachere M, O'Malley N, Deluca J, Lustigova E. Social Support in Older Adults With CKD: A Report From the CRIC (Chronic Renal Insufficiency Cohort) Study. *Kidney medicine*. 2021;3(5):776-784. e771.
92. Masood A, Kamran F, Rashid S, Mazahir S. Life-orientation, subjective well-being and social support as predictors of quality of life in patients with end stage renal disease. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2017;16(3):346-353.
93. da Silva Cremasco G, Baptista MN. Depression and chronic kidney disease: an integrative literature review. 2019.
94. Goh ZS, Griva K. Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. *International journal of nephrology and renovascular disease*. 2018;11:93.
95. Damery S, Sein K, Nicholas J, Baharani J, Combes G. The challenge of managing mild to moderate distress in patients with end stage renal disease: results from a multi-centre, mixed methods research study and the implications for renal service organisation. *BMC health services research*. 2019;19(1):1-10.
96. Fradelos EC, Tzavella F, Koukia E, Papathanasiou IV, Alikari V, Stathoulis J, Panoutsopoulos G, Zyga S. Integrating chronic kidney disease patient's spirituality in their care: health benefits and research perspectives. *Materia socio-medica*. 2015;27(5):354.
97. Egan R, Wood S, MacLeod R, Walker R. Spirituality in renal supportive care: A thematic review. Paper presented at: Healthcare, 2015.
98. Bravin AM, Trettene AdS, Andrade LGMd, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72:541-5

ANEXOS

Tabela I - Recomendações para a gestão de diferentes condições da DRC, sejam elas potenciais fatores de agravamento da doença ou complicações que desta advenham.

Problemática	Recomendação	Ano	Método	Referência
Alterações dietéticas	Redução do aporte proteico para 0,8-1 g/kg/dia Limitação da ingestão de alimentos ricos em potássio Restrição salina	2015, 2016, 2018	Revisão da Literatura	44-46
	Suplementação com cetó-análogos	2015, 2016, 2019, 2021	Revisão da literatura <i>Prospective crossover-controlled trial</i>	44-46, 49
	Dieta PLADO (Plant-dominant low protein-diet)	2020, 2022	Revisão da Literatura	47, 48
Anemia	Suplementação com ferro +/- eritropoietina	2018	Revisão da Literatura	46
Metabolismo ósseo	Suplementação com vitamina D Suplementação oral de cálcio Administração de captadores de fosfato	2018	Revisão da Literatura	46
Prevenção de Infecção	Suplementação com vitamina D	2018	<i>Retrospective cohort study</i>	50
Acidose Metabólica	Bicarbonato oral (500-1000mg, 3-4 vezes/dia)	2018	Revisão da Literatura	46
Hipercalémia	Restrição de fármacos poupadores de potássio Controlo da Acidose metabólica Resinas permutadoras	2017, 2018, 2019	Revisão da Literatura	46, 51, 52
	Manter a ingestão de potássio em 2-3g/dia Ajuste da dose de fármacos anti-SRAA Aglutinantes de Potássio (Patiomer, ZS-9)	2018	Revisão da Literatura	53

Controlo da Pressão Arterial	Restrição salina (5 g NaCl = 2 g sódio /dia) Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAs) Antagonistas do Recetor da Angiotensina II (ARAs) Bloqueadores dos Canais de cálcio	2015	Revisão da Literatura	44
	Exercício físico de moderada intensidade	2021	<i>Prospective cohort study</i>	54
Controlo da Glicemia	Dieta hipoglicémica (<130g de hidratos de carbono/dia) Cessação Tabágica Exercício Físico Metformina (1ª linha) Inibidores SGLT2 + Metformina Agonistas dos Recetores GLP-1 (caso necessário controlo glicémico adicional) Outras terapêuticas antihiperglicémicas (última linha)	2015, 2020	Revisão da Literatura	44, 55
	Exercício físico de moderada intensidade	2021	<i>Prospective cohort study</i>	54
Controlo da Dislipidemia	Estatinas com ou sem ezitimibe	2015	Revisão da Literatura	44
	Dieta hipoproteica	2018	<i>Longitudinal clinical trial</i>	56
Controlo de Peso	IMC<25kg/m2 e circunferência abdominal <102cm nos homens e <88cm nas mulheres	2015	Revisão da Literatura	44
	Exercício físico de moderada intensidade 30-60min, 4-6x/semana	2015, 2021	Revisão da Literatura <i>Prospective cohort study</i>	44, 54

Tabela II - Recomendações para a Gestão Ativa dos principais sintomas relatados pelos doentes com DRC.

Gestão de sintoma	Recomendação	Ano	Método	Referência
Prurido urémico	Agentes tópicos (capsaicina, emolientes) Terapia ultravioleta B	2015, 2019	Revisão de literatura	35, 39
	Gabapentinóides	2015, 2018, 2019, 2020	Revisão de literatura	35, 39, 46, 80
	Mirtazapina Inibidor do recetor da noradrenalina	2018	Revisão de literatura	46
	Antidepressivos tricíclicos	2019	Revisão de literatura	39
Distúrbios de Sono	Medidas de higiene do sono Exercício físico Terapia cognitivo comportamental Sedativos	2015;2019	Revisão de literatura	35, 39
	Antihistamínicos	2018	Revisão de literatura	46
	Gabapentina em baixa dose Doxepina Mirtazapina	2019	Revisão de literatura	39
Síndrome das pernas inquietas	Medidas não farmacológicas (remoção de estimulantes, higiene do sono) Remoção de fármacos com ação na via da dopamina Levodopa	2015, 2019	Revisão de literatura	35, 39
	Agonistas dopaminérgicos Gabapentinóides em baixa dose	2015,2018, 2019, 2020	Revisão de literatura	35, 39, 46, 80
Náusea e Vômitos	Haloperidol subcutâneo Metoclopramida subcutânea	2018, 2019	Revisão de literatura	39, 46
	Gestão da obstipação Evitar alimentos excessivamente gordurosos, picantes ou doces Considerar terapias complementares Ondastron, Olanzapina	2019, 2020	Revisão de literatura	39, 80

Obstipação	Atividade Física Dieta rica em fibra Dimeticona, Simeticona Laxantes (Lubiprostona, Linaclotida, Prucaloprida, Elobixibat)	2020	Cross-sectional study, Revisão de literatura	79, 80
	p-cresol	2019, 2020	Cross-sectional study; randomized control trial	79, 81
Depressão	Inibidores seletivos da recaptação de Seretonina (SSRIs) Terapia cognitivocomportamental	2015, 2019, 2020	Revisão de literatura	35, 39, 80
	Exercício físico	2018	Revisão de literatura	46
Dor	Medidas locais (aplicação de calor, exercício) Escala da Dor da OMS ajustada a função renal	2015	Revisão de literatura	35
	Paracetamol Tramadol Metadona	2018, 2020	Revisão de literatura	46, 80
Ansiedade e Agitação	Psicoterapia Ansiolíticos	2018, 2020	Revisão de literatura	46, 80
Edema	Diuréticos de ansa +/- Diuréticos tiazídicos	2018	Revisão de literatura	46
Dispneia	Controlo de fatores precipitantes de dispneia Oxigenoterapia intermitente ou contínua Cinesiterapia Terapia ocupacional Diuréticos	2018, 2020	Revisão de literatura	46, 82
Secreções Respiratórias	Posicionamento do doente Brometo de N-butilescopolamina	2018	Revisão de literatura	46

Tabela III- Equipa de Multidisciplinar para Abordagem ao doente em TC.

Equipa Multidisciplinar de Tratamento Conservador:

Nefrologista responsável pela consulta de Tratamento Conservador

Membro da Equipa de Enfermagem de Nefrologia

Apoio sempre que possível de:

Equipa de Cuidados Paliativos

Nutrição

Psicologia/Psiquiatria

Assistente Social

Tabela IV - Critérios de Referenciação à CE de TC.

Critérios de Referenciação para TC

A opção consciente e informada do doente ou, caso este não se encontre em condições de a expressar, de quem legalmente se encontre em condições de o fazer

Coma irreversível

Ausência irreversível de vida de relação

Estado demencial grave e irreversível

Impossibilidade técnica ou clínica de tratamento dialítico e de transplantação renal

Coexistência de outra doença que condicione curta esperança de vida

Coexistência de outra doença ou condição, física ou psíquica, que condicione, previsivelmente, severo e irreversível sofrimento

Tabela V - Recomendações para a comunicação com doentes em TC.

Recomendações para comunicação na discussão de temas potencialmente sensíveis:

Discurso “Ask-Tell-Ask”

Perguntas abertas

Respeito pela emoção expressa pelo doente

Respeito pelo tempo do doente

Máximo de 3 informações em cada momento

Tabela VI - Parâmetros para a avaliação inicial do doente.

Parâmetros analíticos:

Hemograma

Ionograma

Creatinina

Ureia

PTH

Cálcio e Fosfato

Glicemia

LDL, HDL e Triglicerídeos

Albumina sérica

Análise Sumária da Urina / Sedimento urinário

Rácio Albumina/Creatinina Urina

Parâmetros médicos:

Pressão Arterial

IMC

Tabela VII - Ferramentas de rastreio de patologias psiquiátricas.

Ferramentas para rastreio da Depressão:

Beck Depression Inventory

Hospital Anxiety and Depression Scale

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

Geriatric Depression Scale

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

Ferramentas para rastreio da Perturbação da Ansiedade Generalizada

Mini International Neuropsychiatric Interview

Beck's Anxiety Inventory scale

Generalizes Anxiety Disorder 7 inventory

Tratamento Conservador da Doença Renal
Crónica: Protocolo de Consulta Externa
Maria de Fátima Barros da Rocha

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

