

Cefaléia Relacionada à Hemodiálise

Luciane Borelli Finatto e Simone Renata do Evangelho Valim

Orientadora: Profa. Dra. Ana Figueiredo

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Este trabalho intitulado Cefaléia Relacionada à Hemodiálise, foi realizado pelas alunas Luciane Borelli Finatto e Simone Renata do Evangelho Valim e orientado pela Profa. Dra. Ana Figueiredo. Foi entregue para obtenção de grau no Curso de Graduação em Enfermagem, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Este artigo será encaminhado a Revista *Journal of Renal Care*, para avaliação do conselho editorial para possível publicação, conforme normas em anexo.

Cefaléia Relacionada à Hemodiálise

Luciane Borelli Finatto e Simone Renata do Evangelho Valim

Orientadora: Profa. Dra. Ana Figueiredo

RESUMO

A incidência de pacientes que realizam tratamento hemodialítico no Brasil vem crescendo. Sabemos que dentre as complicações existentes durante a hemodiálise, cefaléia encontra-se como um dos principais transtornos transdiálise. Este estudo tem como objetivos, estudar a cefaléia relacionada à hemodiálise, identificar sua prevalência e caracteriza-la utilizando os critérios da *International Society of Headache (ISH)* em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC). Estudo de abordagem quantitativa observacional do tipo descritivo. Foram entrevistados 13 pacientes com DRC do serviço de hemodiálise do Hospital São Lucas PUCRS. Sendo 09 do sexo feminino, 04 do sexo masculino, tendo média de idade de $43,7 \pm 12,4$ anos. Todos referiam cefaléia durante a hemodiálise. A cefaléia para a maioria dos pacientes iniciou no meio da diálise, e terminou em até 24 horas para 07 pacientes. Sendo o tipo de dor latejante mais freqüente. Concluimos que a cefaléia referida contempla a definição dada pela International Headache Society.

Palavras chaves: hemodiálise, cefaléia e insuficiência renal crônica

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem se apresentado com elevada morbidade e mortalidade (Sesso e Gordan, 2007). Conforme a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), o censo de 2006 demonstra um aumento considerável de pacientes em diálise no Brasil (70.872). Destes, 16% (11.516) encontra-se na região Sul.

A DRC consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente (Junior, 2004). Quando a filtração glomerular (FG) diminui a valores $< 60\text{mL/mim}/1,73\text{m}^2$, é comum o aparecimento de complicações próprias da perda funcional, tais como anemia, alterações do metabolismo de cálcio e fósforo, acidose metabólica e desnutrição (Batista *et al.*, 2005).

Dados da literatura indicam que portadores de hipertensão arterial, de diabetes mellitus, ou história familiar para doença renal crônica têm maior probabilidade de desenvolverem doença renal crônica (Junior, 2004). No Brasil, dentre 2.467.812 pacientes com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa HiperDia do Ministério da Saúde de 2004, a frequência das doenças renas foi de 6,63% (175.227 casos) (Junior, 2004).

Quando ocorre a perda de mais de 90% da função renal (FG $< 10\text{ ml/mim}$) faz-se necessário tratamento para substituir a função dos rins que são: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP), e transplante renal. No Brasil, a maioria dos pacientes realiza hemodiálise, em torno de 90%, enquanto que apenas 10% fazem diálise peritoneal (SBN, 2006).

Defini-se hemodiálise como um processo de filtragem e depuração de substâncias indesejáveis do sangue como a creatinina e a uréia através de uma membrana semipermeável denominada dializador. A hemodiálise é realizada em pacientes portadores de doença renal crônica ou aguda, já que nesses casos o organismo não consegue eliminar tais substâncias devido à falência dos mecanismos excretores renais, sendo esta responsável por algumas reações indesejadas. As complicações mais freqüentes são: câibras musculares, hipotensão,

cefaléia e problemas com acesso vascular (Challinor, 2008). Segundo Antoniazzi *et al.* (2002), cerca de 70% dos pacientes submetidos à hemodiálise apresentam cefaléia. No entanto, a diálise pode induzir a cefaléia, devido à grande quantidade de água e deslocamentos de eletrólitos, é importante reconhecê-la, pois pode ser um desconforto ao paciente, e a mudança de parâmetros da diálise pode impedi-la (Göksan *et al.*, 2004).

O Comitê de Taxonomia da Associação Internacional para Estudos da Dor (*International Association for Study of Pain*) define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais (Bonica, 1990). Cefaléia é definida como todo processo doloroso que ocorre no segmento cefálico (Meer, 1994).

A Sociedade Internacional de Cefaléia (*International Headache Society- IHS*) definiu as cefaléias em dois tipos: primárias (cefaléias-doença) aquelas que constituem em si mesmas a doença e as secundárias (cefaléias-sintoma) que fazem parte do cortejo sintomatológico de uma doença qualquer, seja esta primária do sistema nervoso central ou sistêmica (Rabello, 1997).

Portanto, a cefaléia relacionada à hemodiálise é considerada secundária de causa metabólica e pode ser definida como a cefaléia que aparece durante a diálise e pode durar até 24 horas após o término da sessão, podendo ser prevenida ou tratada com alteração de alguns parâmetros da diálise (Rabello, 1997).

Sabendo-se da freqüência desta intercorrência transdiálise, este estudo tem como objetivos, estudar a cefaléia relacionada à hemodiálise, identificar sua prevalência e caracterizá-la utilizando os critérios da ISH em pacientes com DRC, submetidos à hemodiálise no Hospital São Lucas da PUCRS.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativo observacional do tipo descritivo. Realizado em pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise na Unidade de Diálise do Hospital São Lucas da PUCRS.

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos, em tratamento hemodialítico há pelo menos três meses, que apresentaram no mínimo um episódio de cefaléia durante as sessões de hemodiálise no último mês e que concordaram em participar

da pesquisa. O instrumento de coleta de dados sobre as características da cefaléia foi preenchido por um dos autores durante a sessão de hemodiálise, após os entrevistados assinarem o consentimento livre e esclarecido. Foram respeitados os princípios éticos, com a finalidade de proteger os sujeitos envolvidos, considerando-se as questões expressas na Resolução 196/96 do CNS-MS.

O instrumento de coleta foi criado com base no Diário Completo da Cefaléia (Meer, 1994), que contém perguntas fechadas, como idade, tempo em diálise, horas de diálise por semana, pressão arterial sistólica e diastólica, sexo, patologias de base da DRC, tipo de acesso vascular, sinais de aviso da cefaléia, classificação, intensidade e localização da dor.

Foi utilizada estatística descritiva, onde as variáveis categóricas são apresentadas com frequência e porcentagem, as variáveis contínuas com média e desvio padrão quando simétricas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Unidade de Diálise do Hospital São Lucas da PUCRS, no mês de outubro de 2008 estavam em tratamento hemodialítico 70 pacientes. Destes, 18 pacientes (25%) apresentaram cefaléia durante as sessões de hemodiálise, no período de observação que precedeu o estudo. Conforme Sherman *et al.* (2007), as principais intercorrências transdiálise são: hipotensão (20 a 30%), câimbras (5 a 20%) e cefaléia (5%). Da amostra inicial 01 paciente foi a óbito, 01 foi transplantado e 03 não aceitaram responder ao questionário.

Considerando os pacientes que atenderam os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo, a amostra constitui-se de 13 pacientes, 09 (70%) do sexo feminino e 04 (30%) do sexo masculino. Chama atenção a distribuição de gênero em nosso estudo quando se sabe que o número de homens em tratamento hemodialítico no Brasil é maior, em Porto Alegre a taxa de prevalência de homens em hemodiálise é de 661 e de mulher é de 556 por 100.000 habitantes (MS, 2006).

Os entrevistados apresentaram média de idade de $43,7 \pm 12,4$ anos, ressaltamos que dos 13 entrevistados 02 (15%) apresentaram idade menor que 30 anos, 10 (77%) apresentaram entre 30-59 anos e 1 paciente (8%) 60 anos ou mais. A

distribuição da população em diálise no Brasil é de: menor que 30 anos 9.064 (11%), 30-59 anos 46.033 (53%), de 60 ou mais 31.187 (36%) (MS, 2006). Considerando estes dados observamos que ao compararmos nossa amostra com a do Brasil, há uma diferença significativa na amostra de pacientes de 60 anos ou mais cuja distribuição é de 8% e 36% respectivamente.

Dos pacientes que apresentaram cefaléia o tempo médio prévio de hemodiálise foi de 54,6 meses, sendo o tempo mínimo 18 meses e o máximo 168 meses. Com isso podemos descartar a síndrome do desequilíbrio como causa da cefaléia, já que esta se apresenta mais presente no início do tratamento hemodialítico, onde a concentração de solutos, uréia, é muito alta (Clarkson e Brenner, 2007).

A doença de base mais prevalente foi Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) - 6 pacientes (46%), Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) - 3 pacientes (23%), Insuficiência Renal Crônica de causa desconhecida - 2 (15%), Litíase - 1 (8%) e Rins Policísticos - 1 (8%). Nota-se a ausência de diabéticos na nossa amostra, tendo em vista que a DM é a terceira causa mais comum de DRC no Brasil (Sesso e Gordan, 2007). LES se caracteriza por uma doença crônica auto-imune de causa desconhecida, onde acontecem alterações fundamentais no sistema imunológico da pessoa, atingindo predominantemente mulheres. O Lupus varia de um paciente para outro, de casos simples que exigem intervenções médicas mínimas, a casos significativos com danos a órgãos vitais como pulmão, coração, rim e cérebro (Smeltzer, 2005).

É interessante ressaltar dentre os medicamentos em uso, citados pelos pacientes, que clonidina e nifedipina, têm como reação adversa cefaléia, enfatizamos que somente um paciente referiu uso de clonidina e um referiu uso de nifedipina, portanto somente dois pacientes podem ter cefaléia como uma reação medicamentosa, o restante da amostra, mais de 80%, não tem interferência alguma das medicações em sua cefaléia.

O tipo de acesso vascular mais freqüente foi a fistula artério venosa em 12 (92%) dos pacientes e 1 (8%) dialisou por cateter central de duplo lúmen (cateter de curta permanência). Ao compararmos estes dados com o estudo de Linardi *et al.* (2003) realizado no estado do Rio Grande do Sul, percebeu-se que nossa amostra encontra-se de acordo com a distribuição de acessos vasculares no estado.

Além de cefaléia, os pacientes relataram outras complicações, bem como: hipertensão arterial, hipotensão, dor em flanco direito, cãibra, angina, precordialgia, agitação, tontura, náuseas, taquicardia e diminuição de força em membros inferiores. Intercorrências estas comuns durante tratamento de hemodiálise (Sherman *et al.*, 2007).

Dos pacientes entrevistados somente 05 (38%) apresentaram sinais de aviso da cefaléia. Dois pacientes associaram a hipertensão como aviso, os demais relataram cansaço, fome e ansiedade um cada. Com este dado ajudamos a equipe de enfermagem a reconhecer, identificar e até mesmo prevenir a cefaléia. No estudo de Antoniazzi *et al.* (2002), houve uma monitorização contínua da pressão arterial, em nosso estudo não houve este controle. A pressão arterial é verificada de rotina no início e no final da sessão de hemodiálise, a média da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) pré diálise são PAS 151 mmHg \pm 25,9 PAD 85 mmHg \pm 13,3 e pós diálise PAS 138 mmHg \pm 27,3 e PAD 81 mmHg \pm 11,4.

A cefaléia teve início no meio da diálise para a maioria, 07 pacientes (54%), seguida do final para 04 pacientes (30%), para os demais pacientes a distribuição foi: no momento em que começa a hemodiálise 01 (8%) e outro (8%) antes do início. Ressaltamos que ao compararmos estes dados com o estudo de Antoniazzi *et al.* (2002), percebemos que nos dois estudos a maioria dos pacientes apresentou cefaléia a partir da metade de sessão dialítica. Para o paciente que relatou ter cefaléia antes do início da diálise, pode estar relacionado ao fator emocional ou outros fatores.

Quanto ao momento em que termina cefaléia: 01 paciente (8%) afirma que é durante a hemodiálise, 02 pacientes (15%) no fim da hemodiálise, 01 paciente (8%) assim que é medicado para dor, 01 paciente (8%) ao desligar a máquina, 07 pacientes (54%) em até 24 horas (em casa) e 01 paciente (8%) somente no dia seguinte. Enfatizamos a definição de cefaléia relacionada à hemodiálise, que é considerada secundária de causa metabólica e pode ser definida como a cefaléia que aparece durante a diálise e pode durar até 24 horas após o término da sessão (Rabello, 1997). Com esta definição percebemos que a grande maioria se enquadrou na definição dada pela ISH e somente 01 paciente não se enquadrou.

Referente ao tipo de dor, 11 pacientes (84%) dizem ser do tipo latejante, 01 paciente (8%) diz ser latejante e urente e 01 paciente (8%) do tipo surdo. A intensidade da dor variou entre 3 e 10 tendo como média 7,9 \pm 2,5. Segundo

Carvalho (2006), a informação do paciente em relação à intensidade da dor é subjetiva, dificultando assim sua definição. Na escala utilizada neste estudo zero representa ausência de dor e dez, dor insuportável, observa-se que a intensidade da dor neste grupo de pacientes é considerada forte ou incapacitante/impede atividades. Define-se latejante como dor palpitante ou pulsante, surdo é definido como dor contínua, imprecisa e que não tem grande intensidade, e urente é considerada dor em queimação (Meer, 1994).

Quanto à localização da dor houve uma grande variação, sendo 03 pacientes (23%) referiram região frontal, 03 (23%) região occipital, 02 (15%) região parietal direita e/ou esquerda, 02 (15%) região temporal direita e/ou esquerda, 01 (8%) região holocraniana, 01 (8%) região frontal e occipital e 01 (8%) região frontal e orbital.

Mais de 84% dos pacientes (11) fazem uso de medicação para cefaléia, sendo eles: paracetamol, dipirona sódica e codeína. Destes 09 pacientes (82%) referem melhora do sintoma, e apenas 02 pacientes (18%) não percebem alterações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo a maioria dos pacientes pode ser incluída na definição de cefaléia relacionada à hemodiálise, conforme definição da *International Headache Society*. Avaliamos que o tipo de dor mais freqüente foi do tipo latejante.

A caracterização da cefaléia pode ajudar a equipe de saúde para prestar uma assistência mais individualizada para estes pacientes que além de sofrerem com os transtornos da hemodiálise ainda toleram a cefaléia.

Observamos durante a pesquisa que há pouca literatura referente a este assunto e consideramos de suma importância aprofundar os conhecimentos sobre esta temática.

REFERÊNCIAS

ANTONIAZZI AL, BIGAL ME, BORDINI CA, SPECIALI JG. (2002). **Cefaléia Relacionada à Hemodiálise**: Análise dos possíveis fatores desencadeantes e o tratamento empregado. Arquivos de Neuropsiquiatria. Set; 0(3) p. 614-618.

BATISTA LKC, PINHEIRO HS, FUCHS RC, OLIVEIRA T; BELCHIOR FJE, GALIL AGS, et al. (2005). **Manuseio da Doença Renal Crônica em Pacientes com Hipertensão e Diabetes**. Jornal Brasileiro de Nefrologia [periódico online]. Out; 27(1), p. 8-14.

BONICA JJ. (1990). **Definitions and taxonomy of pain**. In: The management of pain. Lea & Febiger, Philadelphia, p. 18-27.

CARVALHO DS, KOWACS PA. (2006). **Avaliação da intensidade de dor**. 9(4):164-168.

CHALLINOR P. (2008). **Hemodialysis In:Renal Nursing**. Ed Thomas N. 3ª edição aillière Tindall Elsevier cap7 pg 181-222.

GÖKSAN B, KARAALI-SAVRUN F, ERTAN S e SAVRUN M. (2004). **Hemodialysis-related headache**. Cephalalgia, 24:284–287.

HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. (1988). **Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain**. Cephalalgia, 8: 1-96.

JUNIOR, João Egidio Romão. (2004). **Doença Renal Crônica**: Definição, Epidemiologia e Classificação. JBN; 26 (3 - Supl 1):p1-3.

LINARDI F, LINARDI FF, BEVILACQUA JL, MORAD JFM, COSTA JÁ, JÚNIOR FM. (2003). **Acesso Vascular para Hemodiálise**: avaliação do tipo e local anatômico em 23 unidades de diálise distribuídas em sete estados brasileiros. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 30 - Nº 3: 183-193, Mai. / Jun.

MEER, Antonia van der. (1994). **Dor de cabeça em diversos matizes**. In: Meer, Antonia van der. Dor de Cabeça como tratar e evitar. Rio de Janeiro: Ediouro S.A.; 13-22.

MEER, Antonia van der. (1994). **O diário completo da cefaléia**. In: Meer, Antonia van der. Dor de Cabeça como tratar e evitar. Rio de Janeiro: Edipro S.A.; 23-27. Ministério da Saúde DATASUS- Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS . Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d22.def>. (acessado em 05 de novembro de 2008 às 21hs).

RABELLO, Getúlio D. (1997). **Aspectos Clínicos e Terapêuticos das Cefaléias Agudas**. Medicina, Ribeirão Preto. Out/Dez 458-471.

SESSO R, GORDAN P. (2007). **Dados disponíveis sobre a Doença Renal Crônica no Brasil**. JBN; 29 (1-supl-1),1:9-12.

SHERMAN RA, DAGIRDAS JT, Ing TS. (2007). **Complications during hemodialysis**. In:Handbook of Dialysis . Ed. Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS. 4º Ed Wolter Kluwer /Lippincott Williams & Wilkins.Philadelphia. pg 170-191.

SMELTZER, SUZANNE C. BRUNNER & SUDDARTH, (2005). **Tratado de Enfermagem Médico -Cirúrgica** / Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores;[revisão técnica Izabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 4v.: II.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/Censo/2006/censoSBN2006.ppt#335,7,Slide 7>. Dados referente a janeiro de 2006 (acessado em 30 de março de 2008 às 14:00hs).