

“Portadores de doença renal crônica dialítica e condução veicular”

Autoria: Arilson de Sousa Carvalho Junior, Alysson Coimbra de Souza Carvalho, Flavio Emir Adura

Elaboração final:
26 de março de 2021

MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA

OBJETIVO

Avaliar portadores de DRC submetidos a tratamento hemodialítico, buscando conhecer e identificar as complicações mais frequentes apresentadas na direção veicular em dias de sessões de hemodiálise, e demais assuntos pertinentes ao tráfego e a essa população.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum conflito de interesse declarado

INTRODUÇÃO

Doença renal crônica (DRC) é uma enfermidade grave e progressiva, resultado da agressão renal por vários mecanismos patológicos diferentes, acometendo grande parte da população mundial, e, em decorrência da crescente demanda epidemiológica, vem sendo objeto de estudos e de nova padronização científica.

No Brasil a incidência e a prevalência de DRC estão aumentando, o prognóstico permanece ruim e os custos do tratamento da doença são altíssimos. O número projetado atualmente para pacientes em tratamento dialítico e com transplante renal no Brasil está acima de 130.000, a um custo de R\$ 1,4 bilhão.

Essa perda progressiva e irreversível da função renal acarreta limitações significativas de caráter biopsicossocial afetando diretamente a qualidade de vida e as atividades inerentes ao cotidiano desses portadores. Afeta ainda a convivência com a cronicidade da doença e tem despertado a atenção e estudos sobre o modo de vida e as intercorrências clínicas relacionadas à doença que ocorrem durante a direção veicular.

A condução veicular nos dias de realização de hemodiálise é desaconselhada em todos os momentos, seja no deslocamento para a clínica ou para o retorno ao domicílio após a sessão.

A oscilação do volume urinário é um fator que acompanha a evolução da doença, sendo sua redução proporcional à falência renal.

O risco torna-se maior para pacientes anúricos, fazendo com que o ganho de líquidos entre as sessões dialíticas, denominado ganho de peso interdialítico (GPID), repercuta desfavoravelmente em outras doenças crônicas preexistentes.

O GPID considerado adequado não é consensual na literatura. O *guideline* europeu recomenda que a diferença de peso entre uma diálise e outra, em percentual (%GPID), fique no máximo entre 4 e 4,5%, enquanto o K/DOQI definiu 5% como limite.

A elevação de níveis pressóricos e suas conseqüentes manifestações clínicas elevam o risco de envolvimento em sinistros de trânsito por esses condutores.

A DRC não se comporta como outras doenças de caráter transitório ou temporário, e os tratamentos disponíveis para DRC classe funcional IV sintomática ou V são: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e o transplante renal (Tx Renal).

A hemodiálise é a principal terapia renal substitutiva utilizada, capaz de remover catabólitos do organismo e proceder às modificações do meio interno, dentre elas o controle volêmico.

A hemodiálise, utilizada no estágio final da doença, é uma terapia contínua, que interfere na vida cotidiana desses pacientes, ocasionando mudanças em suas rotinas, inclusive em relação à condução de veículos automotores.

O Brasil apresenta um número superior a 130.000 pacientes em terapia renal substitutiva (TRS), dados do Censo de Diálise de 2018, com projeção de mais de 30.000 novos casos anuais. A maioria desses pacientes (84%) são tratados pelo SUS – Sistema Único de Saúde.

No caso das DRC em terapia renal substitutiva, o doente se vê diante de inúmeras restrições que alteram seu modo de viver e de desempenhar atividades básicas rotineiras como conduzir veículos, e seu deslocamento pode oferecer riscos à sua integridade física e a demais usuários das vias.

Nesse cenário busca-se a contextualização das manifestações clínicas decorrentes de um estado hipervolêmico e urêmico que precedem o tratamento dialítico e os sintomas mais comumente apresentados pelos pacientes, principalmente, após o tratamento hemodialítico.

Riscos para a direção de veículos automotores

A maioria dos condutores portadores de DRC em tratamento hemodialítico relatam desconhecer os riscos inerentes à direção veicular, principalmente após o término das sessões de hemodiálise.

Associa-se a essa falta de informação a ausência de diretrizes médicas específicas e resoluções dos Órgãos Reguladores do Sistema Nacional de Trânsito, em relação ao Exame de Aptidão Física e Mental para obtenção da Permissão para Dirigir ou por ocasião da renovação da Carteira Nacional de Habilitação para pacientes portadores de DRC em seus diversos estágios.

Os pacientes em modalidade de tratamento hemodialítico apresentam, em sua maioria, intercorrências decorrentes desse tratamento que interferem diretamente nas habilidades necessárias para a direção veicular. Alguns sintomas são mais frequentes por ocasião da direção veicular e, por serem menos graves, são de rápida resolução, como náuseas, cefaleia e mialgia.

Outros sintomas, também frequentes, porém, mais graves, podem ocasionar riscos à vida do paciente e de terceiros, como: hipotensão arterial, hipoglicemia e câibras musculares. Destaca-se ainda a ocorrência de sintomas graves, como arritmias cardíacas, dor torácica e acidentes cerebrovasculares.

Em geral para os pacientes portadores de DRC estágio final, a sessão de hemodiálise é realizada três vezes por semana, com duração máxima de quatro horas. Porém o nefrologista assistente poderá realizar modificações no tempo e número de sessões semanais a partir da avaliação individualizada do paciente.

Dentro desse contexto, associa-se o risco presente a esses pacientes que ao final da sessão de hemodiálise dirigem seu próprio veículo no retorno para suas residências. Essa preocupação origina-se a partir da constatação de que parte dos pacientes em hemodiálise é habilitada e dirige seu próprio veículo nas idas e vindas para as clínicas de hemodiálise.

Em decorrência das tantas variadas limitações impostas pela doença e seu tratamento, não seria justo impor outras visando proibir definitivamente o exercício de uma atividade rotineira, mas sim orientar e adequar o desempenho dessa atividade com as limitações e intercorrências clínicas oriundas da terapia.

Pontos relevantes na avaliação do condutor ou candidato a condutor de veículos automotores em terapia renal substitutiva pelo Perito Examinador Especialista em Medicina do Tráfego:

Entrevista geral:

- Modalidade de tratamento;
- Tempo de tratamento;
- Peso corporal de euvolemia definido pelo Nefrologista assistente (PESO SECO).

Pacientes em hemodiálise:

- Frequência das sessões;
- Volume de líquidos retirados em cada sessão (UF total);
- GPID habitual;
- Acesso vascular*

*Fístula arteriovenosa (FAV): sinal de tratamento iniciado a mais tempo, não interfere na mensuração da dinamometria manual e impede a mensuração dos níveis pressóricos no membro ipsilateral.

Cateter de duplo lúmen: principalmente um sinal de tratamento recente (mas também é utilizado em situações transitórias de modificação de acesso vascular).

Cateter PERMCATH: sinal de tratamento iniciado a mais tempo, em sua maioria nunca visível devido a curativo oclusivo.

Pacientes em diálise peritoneal:

- Período de realização das trocas de bolsas: diurno ou noturno (trocas de bolsas realizadas durante o dia exigem maior tempo de permanência em domicílio);
- Volume de líquidos retirados ao longo das trocas diurnas ou noturnas (UF total);
- Acesso vascular obrigatoriamente de implante abdominal (Cateter de TENCKHOFF).

A solicitação de relatório médico emitido pelo Nefrologista assistente é uma ferramenta adicional, não obrigatória, para a definição do resultado do exame de aptidão física e mental. O Perito Examinador Especialista em Medicina do Tráfego deve buscar respostas principalmente a respeito da história clínica, medicação de uso regular, assiduidade, GPID e quanto à frequência de apresentação de intercorrências clínicas.

Exame Físico

Ao exame físico esses são os principais sinais de má adesão do paciente ao tratamento dialítico:

- Níveis pressóricos elevados;
- Taquicardia;
- Taquidispneia leve a moderada;
- Turgência jugular patológica;
- Estertores crepitantes difusos à ausculta pulmonar;
- Edema de membros inferiores.

Conclusões

A condução veicular após uma sessão de hemodiálise oferece sérios riscos à vida desses pacientes e da coletividade, necessitando, portanto, de uma ação ampla que envolva a todos os que estão diretamente ligados a essa situação, buscando soluções viáveis capazes de evitar a privação de direção veicular e garantindo a segurança viária coletiva.

Recomenda-se a suspensão temporária da direção veicular para pacientes que iniciaram o tratamento recentemente (< 3 meses), devido à maior frequência de apresentação de intercorrências clínicas e pela inabilidade deles para identificação e manejo desses sinais e sintomas adversos, com conseqüente interferência na capacidade de condução veicular.

É dever do profissional que realiza o Exame de Aptidão Física e Mental-(EAFM) desaconselhar a condução veicular principalmente em dias de tratamento hemodialítico e registrar em prontuário o fornecimento dessa orientação.

Normalmente a solicitação de exames laboratoriais adicionais não é necessária. O tratamento da doença renal terminal em estágio dialítico requer o envolvimento significativo do paciente a um regime complexo de necessidades que inclui cuidados com o acesso vascular, adesão ao uso das medicações prescritas e às orientações nutricionais.

O Hiperparatireoidismo Secundário é uma doença pertinente à alguns pacientes portadores de DRC, e em fases avançadas provoca alterações ósseas que podem reduzir a amplitude e mobilidade de membros, com conseqüente necessidade de adaptação veicular.

Importância do Médico Especialista em Medicina de Tráfego, visto que o condutor portador de DRC em terapia renal substitutiva dialítica precisa ser mais bem avaliado e orientado quanto aos possíveis riscos inerentes à direção veicular previamente e após uma sessão de hemodiálise, através de orientações específicas publicadas ou por meio de diretrizes direcionadas aos portadores de DRC em todas as classes funcionais da doença.

Alertar os Órgãos de Saúde e de Trânsito para a necessidade de uma legislação específica com normatizações pertinentes que visem oferecer maior segurança, bem como proteger a integridade física dessa população de condutores veiculares e dos demais envolvidos.

Recomendações

1- Condutor ou candidato a condutor que informar no questionário e/ou na anamnese ser portador de DRC e/ou que apresentar sinais clínicos de DRC no exame físico geral deverá ser sempre alertado quanto aos riscos na direção veicular para portadores dessa patologia, anotando no prontuário médico essa recomendação.

2- Para a avaliação de portador de DRC que esteja realizando procedimentos dialíticos, deverá ser solicitado relatório padronizado do médico nefrologista que o acompanha (**ANEXO**).

3- Deverá ser considerado **inapto temporário**, o portador de DRC que iniciou o tratamento dialítico há < 3 meses.

4- Poderá ser considerado apto, para qualquer categoria, com diminuição do prazo de validade do exame (nunca superior a cinco anos) *, portador de DRC que esteja realizando procedimentos dialíticos, com exame físico geral normal, parecer favorável do nefrologista que o acompanha, com GPID = ou < 4,5% e sem intercorrências como: hipotensão arterial, hipoglicemia, câibras, arritmias cardíacas, dor torácica e AVC.

*A vulnerabilidade do acesso vascular, exigindo cuidados fundamentais para a manutenção da fístula arteriovenosa por parte do paciente, antes, durante e após as sessões de hemodiálise recomenda a renovação da CNH por prazo nunca superior a cinco anos.

5- Deverá ser considerado **inapto temporário**, o portador de DRC que apresentar ao exame físico geral sinais de má adesão do paciente ao tratamento dialítico como:

- Níveis pressóricos elevados;
- Taquicardia;
- Taquidispneia leve a moderada;
- Turgência jugular patológica;
- Estertores crepitantes difusos à ausculta pulmonar;
- Edema de membros inferiores.

6- Deverá ser considerado **inapto temporário** portador de DRC que esteja realizando procedimentos dialíticos, com parecer desfavorável do nefrologista que o acompanha, ou com GPID > 4,5% ou com intercorrências como: hipotensão arterial, hipoglicemia, câibras, arritmias cardíacas, dor torácica e AVC.

7- O médico perito examinador especialista em Medicina do Tráfego deverá aferir o peso do candidato portador de DRC que esteja realizando alguma modalidade de tratamento dialítico.

Essa medida visa calcular o valor aproximado do ganho de peso interdialítico – GPID, até o presente momento, sendo um importante fator para a avaliação da assiduidade ao tratamento.

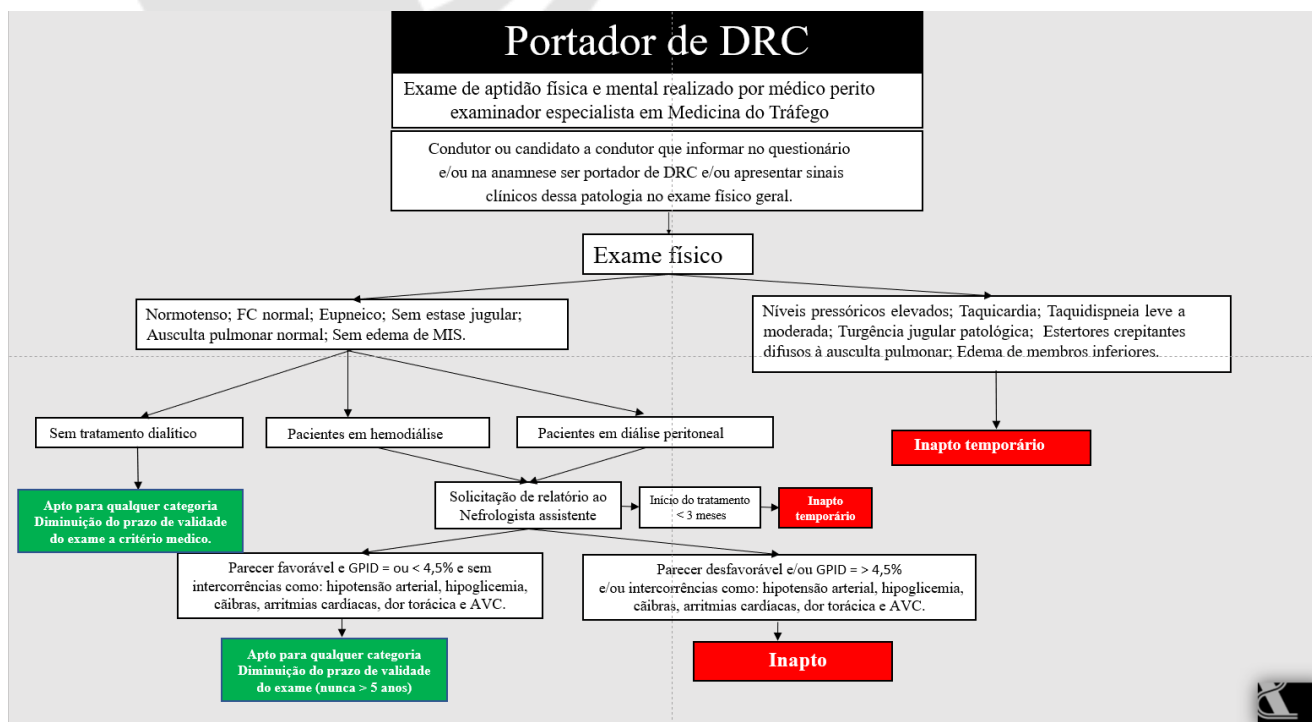
Deve-se solicitar a retirada de itens de vestuário e pessoais, de modo a garantir a privacidade sem prejuízo ao valor mensurado. Em média, as peças de vestuário que permanecem totalizam um peso aproximado de 1,0 a 1,5 Kg, que deve ser deduzido do valor apresentado na balança.

8- A condução veicular nos dias de realização de hemodiálise é absolutamente desaconselhada em todos os momentos, seja no deslocamento para a clínica ou para o retorno ao domicílio após a sessão.

9- Fístula arteriovenosa (FAV) não interfere na mensuração da dinamometria manual e impede a mensuração dos níveis pressóricos no membro ipsilateral.

10- A presença de fístula arteriovenosa (FAV) não interfere na condição de dirigibilidade para a condução de veículos convencionais, não havendo assim necessidade de encaminhamento para JME e obrigatoriedade de condução de veículos adaptados.

O Hiperparatireoidismo Secundário, doença pertinente à alguns pacientes portadores de DRC em fases avançadas provoca alterações ósseas que podem reduzir a amplitude e mobilidade de membros, com conseqüente necessidade de adaptação veicular.



ANEXO I

Prezado colega, este encaminhamento se faz necessário em virtude da informação pelo candidato ou da constatação pelo médico perito examinador, por ocasião da realização do exame de aptidão física e mental para motorista, de condição prevista no CID 10 - N18.

RELATÓRIO

Identificação do paciente

Nome _____ RG _____

Diagnóstico CID 10 - N18 SIM () NÃO ()

Informações do médico assistente

Especialidade _____

Tempo de acompanhamento do paciente _____

História clínica: _____

Medicação: _____

Modalidade: _____

Acesso vascular: _____

Peso seco: _____

GPID: _____

UF total: _____

Intercorrências clínicas: _____

Adesão ao tratamento: _____

Parecer favorável que o paciente dirija veículos automotores (exceto nos dias de realização de procedimentos dialíticos)? SIM () NÃO ()

Data ____/____/____

Assinaturas

Médico Assistente



Carimbo

O paciente tem direito à privacidade e cabe exclusivamente a ele autorizar a inclusão da CID.

Paciente autoriza a informação

Referências

1. Bastos CM, Kirstajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J Bras Nefrol. 2011;33(1):94-6.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia, Sociedade Brasileira de Urologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Doença renal crônica (pré-terapia renal substitutiva): diagnóstico. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2011. (Projeto Diretrizes).
3. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Censo de diálise 2013. São Paulo; 2014. Smith K, Coston M, Glock K, Elasy TA, Wallnaton KA, Ikizler TA et al. Patient perspectives on fluid management in chronic hemodialysis. J Ren Nutr 2010;20:331-41.
4. Fouque D, Vannegoor M, ter Wee P, Wanner C, Basci A, Canaud B et al. EBPG guideline on nutrition. Nephrol Dial Transplant 2007;22(Suppl):i45-87.
5. Clinical practice guidelines for nutrition in chronic renal failure. Am J Kidney Dis 2000;35(Suppl):1-140.
6. Leggat JE Junior, Orzol SM, Hulbert-Shearon TE, Golper TA, Jones CA, Held PJ et al. Noncompliance in hemodialysis: predictors and survival analysis. Am J Kidney Dis 1998;32:139-45.