

# COMO ABORDAR A RELAÇÃO ENTRE DIABETES E DOENÇA RENAL



Embora a diabetes seja a causa de quase um terço dos casos de insuficiência renal crónica, ainda persistem algumas dúvidas ao nível da referenciação e tratamento destes doentes. Em entrevista, a Dr.ª Rita Birne (à esquerda, na foto) e a Dr.ª Patrícia Branco (à direita), nefrologistas na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, abordam as particularidades da patologia renal em doentes com diabetes e dão algumas indicações sobre como deve atuar a Medicina Geral e Familiar nestes casos. **Pág.14**

## SEM FILTRO

Entrevista ao Prof. Rui Alves, coordenador nacional do projeto *Kidney Health for Life*. **Pág.6**



## IN SITU

Visita ao Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo. **Pág.8**



<b>DIAS</b>	<b>EVENTO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>+ INFO.</b>
<b>AGOSTO</b>			
28 a 31	Nordic Society of Nephrology 32 <sup>nd</sup> Biennial Congress	Reiquiavique, Islândia	nsn2013.is
30 ago. a 3 set.	16 <sup>th</sup> Congress of the International Pediatric Nephrology Association	Xangai, China	ipna2013.org
31 ago. a 3 set.	42 <sup>nd</sup> EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ /European Renal Care Association) International Conference	Malmö, Suécia	edtna-erca- conference 2013.com
<b>SETEMBRO</b>			
8 a 11	16 <sup>th</sup> Congress of the European Society for Organ Transplantation	Viena, Áustria	vienna.esot.org
11 a 14	VI Congress of the International Society for Hemodialysis/ /XVIII Congreso Argentino de Nefrología	Buenos Aires, Argentina	ishd-can2013. com.ar
12 a 14	31 <sup>st</sup> Annual Meeting of the International Society of Blood Purification	Bolonha, Itália	newomniamee- ting.com
19 a 22	European Academy of Paediatrics Educational Congress & Mastercourse	Lyon, França	paragon- conventions. net/eap
26 a 30	33.º Congresso da Sociedade Internacional de Urologia	Vancouver, Canadá	siu-urology.org
<b>OUTUBRO</b>			
10 a 13	Congresso da Associação Portuguesa de Urologia	Tivoli Marina Vilamoura	apurologia.pt
11 a 14	11 <sup>th</sup> European Peritoneal Dialysis Meeting	Maastricht, Holanda	europd.com
12 a 15	XII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes	Rio de Janeiro, Brasil	congressoabto. org.br
17 a 19	II Reunião Ibérica de Neurorradiologia	Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Lisboa	ri2013.spnr.org
19	Curso «Doenças sistémicas e o Rim»	Hotel Meliã Aldeia dos Capuchos, Costa de Caparica	spnefro.pt
<b>NOVEMBRO</b>			
5 a 10	American Society of Nephrology Kidney Week 2013	Atlanta, EUA	asn-online.org
<b>DEZEMBRO</b>			
5 a 8	45 <sup>th</sup> Course on Advances in Nephrology, Dialysis and Transplantation	Milão, Itália	spnefro.pt

## American Society of Nephrology Kidney Week

De 5 a 10 de novembro em Atlanta, Geórgia, EUA



# // UM ANO EXIGENTE, MAS PRODUTIVO

**A**pós mais um ano de trabalho, vamos entrar em período de férias. Foi um ano particularmente exigente, para o qual partimos longe de imaginar que teríamos, por esta altura, uma *SPN News* renovada, com bons conteúdos e reconhecido sucesso.

Tendo em conta a situação económica global, temos procurado pautar a nossa ação pela necessidade de obter o máximo de eficácia nos eventos que promovemos e nos acontecimentos em que tomamos parte. Exemplo disso foi o Encontro Renal 2013, o grande Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia que, apesar de todas as contingências, foi marcado por uma excelente participação e assistência, e pela colaboração efetiva da indústria farmacêutica. O saldo final é francamente positivo.

Igualmente positivo é o balanço do *Update Course of Peritoneal Dialysis e da Renal Academy*, duas iniciativas apoiadas, respetivamente, pela Baxter e pela Amgen. Na mesma linha, aproveito para adiantar que, dado o sucesso da edição deste ano, está em preparação, para janeiro de 2014, a repetição do Curso CKD-MBD: *Made in Portugal*, apoiado pela Sanofi e dedicado aos distúrbios minerais e ósseos na doença renal crónica. Todas estas atividades só têm sido possíveis graças aos apoios que a indústria tem feito questão de manter, apesar de todas as dificuldades.

Também para janeiro de 2014, está prevista a realização de uma reunião conjunta com a Nefrologia cabo-verdiana, com o apoio da International Society of Nephrology (ISN), que será dinamizada pelo Prof. André Weigert.

Saúdo ainda a realização do Curso «Doenças sistémicas e o Rim», uma novidade da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, que decorrerá a 19 de outubro, no Hotel Meliã Aldeia dos Capuchos, na Costa de Caparica. Será uma jornada extremamente interessante, sobre aspetos cada vez mais importantes no tratamento da doença renal, que contará com um leque de preletores de renome.

Com a estreia da rubrica *Praxis Clínica* nesta edição da *SPN News*, especialmente dedicada à Medicina Geral e Familiar, damos mais um passo no sentido de consolidar as relações com esta e outras especialidades. Também o programa do Encontro Renal 2014 – que está já a ser ativamente preparado pelo seu presidente, Dr. José Vinhas – refletirá esta preocupação, incluindo alguns simpósios de curta duração organizados em parceria com outras sociedades médicas portuguesas, que permitirão discutir abordagens diferentes sobre o mesmo tema.

**Boas férias para todos!**



**// FERNANDO NOLASCO**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## FICHA TÉCNICA

### Propriedade:

**Sociedade Portuguesa de Nefrologia**



Largo do Campo Pequeno n.º 2, 2.º A  
1000 - 078 Lisboa  
Tel.: (+351) 217 970 187  
Fax: (+351) 217 941 142  
geral@spnefro.pt • www.spnefro.pt

### Edição:



**estera das ideias**  
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Esfera das Ideias, Lda. • Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E  
1150 - 023 Lisboa • Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107  
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt  
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)  
**Gestor de projetos:** Tiago Mota (tmota@esferadasideias.pt)  
**Redação:** Inês Melo, Luís Garcia e Vanessa Pais  
**Fotografia:** Luciano Reis • **Design e paginação:** Filipe Chambel  
**Colaboração:** Ivo Godinho e Jorge Correia Luís

**NOTA:** os textos desta publicação estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

## 4 // DE NOVO

**Antecipação dos principais tópicos do Curso «Doenças sistémicas e o Rim»**

## 6 // SEM FILTRO

**Entrevista ao Prof. Rui Alves sobre o projeto internacional *Kidney Health for Life***

## 8 // IN SITU

**Reportagem no Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/ Hospital de São Bernardo**



## 10 // NEFROEVENTOS

**Highlights da 1.ª Reunião do Grupo de Acessos Vasculares**

## 12 // NEFROEVENTOS

**Balanço do 6.º Curso de Diálise Peritoneal**



## 14 // PRAXIS CLÍNICA

**Entrevista às Dr.ªs Patrícia Branco e Rita Birne sobre os desafios de tratar os doentes com diabetes e patologia renal**

## 18 // EVIDÊNCIAS

**Destaques do último relatório (de 2012) do Registo Nacional de Tratamento da Doença Renal Crónica**

## // SPN promove Curso «Doenças sistémicas e o Rim»



No dia 19 de outubro próximo, o Hotel Meliã da Aldeia dos Capuchos, na Costa de Caparica, vai acolher o Curso «Doenças sistémicas e o Rim», promovido pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), cuja organização está a cargo do Serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta, em Almada. Nas palavras da **Dr.ª Cristina Santos, nefrologista neste Hospital, atual tesoureira da SPN e coordenadora da iniciativa**, «este será um curso clínico, prático e dirigido aos internos e jovens especialistas de Nefrologia». Do ponto de vista temático, o curso «focará diversas doenças sistémicas – imunológicas, infecciosas, hematológicas, entre outras – e as suas implicações renais».

Espelhando a multidisciplinaridade que deve orientar a abordagem destes doentes, esta formação será ministrada não só por nefrologistas, mas também por profissionais de outras especialidades médicas, nomeadamente da Gastroenterologia e da Imunologia Clínica. Uma das comunicações ficará a cargo do Prof. Rui Tato Marinho, gastroenterologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e atual editor-chefe da *Acta Médica Portuguesa*. Da Imunologia Clínica, o contributo a este Curso será dado pelo Prof. Carlos Vasconcelos, que exerce no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e que participou no ensaio «Euro-Lupus Nephritis Trial».

A coordenadora do Curso revela também que está já confirmada a presença de um convidado internacional: «o Prof. Rolf Stahl, diretor do Departamento de Nefrologia da Clínica Universitária de Hamburgo-Eppendorf, na Alemanha, irá abordar a síndrome hemolítico-urémica.» Ainda está por confirmar o convidado que falará sobre a doença de Fabry.

Baseando-se na experiência de anos anteriores, Cristina Santos espera que este curso tenha «uma boa participação» e as suas expectativas apontam para «cerca de 60 a 70 inscrições de profissionais vindos de todo o País.» O programa da formação pode ser consultado no *website* da SPN ([www.spnephro.pt](http://www.spnephro.pt)).



## // Estratégias para aumentar a transplantação

**A** análise dos motivos que levaram à queda do número de transplantes realizados em Portugal nos últimos anos e a discussão de estratégias para retomar a tendência de crescimento interrompida em 2010 foram os aspetos centrais da reunião «Evidências em Transplante», que decorreu nos dias 10 e 11 de maio passado, em Sintra. Promovido pela Novartis, com o apoio científico da Sociedade Portuguesa de Transplantação, o encontro incluiu a discussão de casos clínicos em transplante renal, hepático e cardíaco; sessões dedicadas ao pós-transplante e a aprendizagem da experiência clínica com os inibidores do alvo da rapamicina em mamíferos (mTOR). A mesa de apresentação de casos clínicos foi moderada pelo Prof. Fernando Nolasco, pelo Prof. Manuel Antunes e pelo Dr. Américo Martins (na foto, da esquerda para a direita).

## // Estatística e literacia informacional na Renal Academy

**L**iteracia informacional e estatística foram os temas abordados nos dois cursos da *Renal Academy*, organizados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em colaboração com a Amgen Biofarmacêutica, em Lisboa. A primeira sessão, que decorreu no dia 7 de junho passado, teve como formadora a Dr.ª Maria Manuela Prates, ex-coordenadora da Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, e visou dotar os participantes de conhecimentos na área da literacia informacional. Além da transmissão de breves noções que podem melhorar a pesquisa de informação, foram abordadas fontes

como a *PubMed* e o Google (generalista e académico).

O segundo Curso, que decorreu no passado dia 12 de julho, foi dedicado ao tema «*Biostatistics for Critical Literature Review*» e teve como formador o Dr. James Matcham (de pé, na foto), diretor de Bioestatística

na Amgen Biofarmacêutica. Os principais objetivos desta sessão consistiram em aprender a interpretar dados estatísticos de artigos científicos, a avaliar se os objetivos de um estudo foram alcançados e a compreender se as conclusões do trabalho são realmente suportadas pelos resultados.



## // Colaboração da SPN elogiada no Congresso Mundial de Nefrologia

«Sustentabilidade e diversidade» foi o lema do Congresso da International Society of Nephrology (ISN), que decorreu em Hong Kong, entre 31 de maio e 4 de junho passados. Também conhecido como World Congress of Nephrology (WCN), este evento decorre de dois em dois anos, rotativamente em cada um dos continentes.

O **Prof. André Weigert, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz**, esteve presente neste Congresso e relata à *SPN News* alguns dos aspetos mais importantes: «Marcado pela excelência de muitas das sessões plenárias – de que destaco a conferência em homenagem ao Prof. Stewart Cameron, proferida por Myles Wolf –, o WCN constitui um fórum de encontro e de debate entre nefrologistas de todo o mundo. Outro aspeto importante é que não incide exclusivamente sobre o *state of the art* da Nefrologia, muitas vezes só disponível em regiões muito restritas, como os EUA, a Europa e o Japão.»

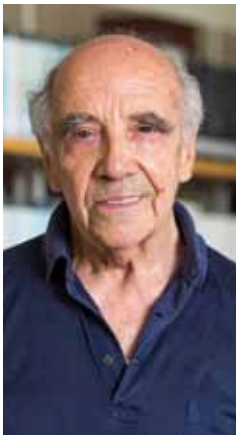
Segundo André Weigert, o último WCN colocou em foco as diferenças das práticas nefrológicas nas várias regiões do planeta, com sessões sobre tratamento de glomerulopatias, lesão renal aguda ou doença renal crónica em países desenvolvidos, intermédios e emergentes, com excelentes apresentações de preletores de todo o mundo. «Aspetos como o treino de nefrologistas nas diferentes regiões, bem como o papel da ISN no apoio à formação de futuros nefrologistas e outras atividades da Global Outreach, um importante setor da ISN, foram muito enfatizados nesta reunião», sublinha.

De acordo com este especialista, «dar voz a nefrologistas de todo o mundo», incluindo jovens em treino, é uma das facetas mais relevantes deste Congresso. «Na reunião das sociedades afiliadas à ISN, foi patente o agrado para com os esforços da Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] no apoio aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, com participação

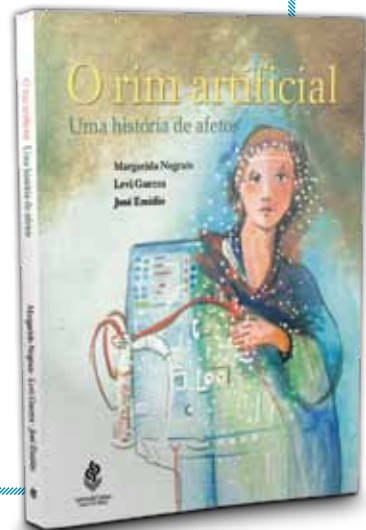


de membros da SPN em ações de formação em Angola, Moçambique e Cabo Verde, numa sinergia com a ISN», refere. Apesar de sublinhar que «vários nefrologistas portugueses enviaram trabalhos de grande qualidade» para o WCN 2013, André Weigert lança o repto aos colegas para que haja maior participação portuguesa no próximo Congresso, em 2015, na África do Sul.

## // Aprender a viver com um rim artificial



Diálogo entre um jovem insuficiente renal crónico e um rim artificial dá o mote a um livro que visa ilustrar a importância do rim artificial na Medicina moderna e os progressos clínicos conseguidos nos últimos anos. Publicado em 2012, pela editora Letras & Coisas, *O Rim Artificial. Uma História de Afetos* tem como autores a escritora Margarida Negrais e o **Prof. Levi Guerra, professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**, com ilustração de José Emídio. Ao longo de 56 páginas, o livro parte da experiência da escritora durante a assistência voluntária no Centro Hospitalar do Porto/Hospital Maria Pia, para contar a história de Roque, um jovem mantido em diálise durante anos, e da máquina Rute, um rim artificial humanizado – representando uma das grandes vitórias da Medicina no século XX. A leitura do livro oferece ainda informações médicas decisivas para os doentes em diálise, para os seus familiares e cuidadores.



PUB.



# «A MEDICINA GERAL E FAMILIAR PRECISA DE ORIENTAÇÕES CLARAS PARA REFERENCIAR À NEFROLOGIA»



**PROF. RUI ALVES**

Coordenador nacional da iniciativa *Kidney Health for Life*

Iniciado em 2012, pela Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN, na sigla em inglês), o projeto *Kidney Health for Life* (KH4L) tem como propósito envolver o maior número de países possível nos objetivos da prevenção, deteção precoce e tratamento da doença renal crónica. Em entrevista, o coordenador nacional desta iniciativa, indigitado pela direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), Prof. Rui Alves, reflete sobre os passos dados até ao momento e sobre o contributo português para esta causa.

Luís Garcia e Vanessa Pais

## // Em que contexto surgiu a iniciativa KH4L?

Esta iniciativa global surgiu de uma preocupação internacional para com a elevada incidência e prevalência da doença renal crónica [DRC] em muitos países do mundo. O grande objetivo, concertado entre todos os participantes, reside em promover uma dinâmica para a prática sistemática e global de medidas que visam detetar precocemente e tratar melhor a DRC antes da fase dialítica.

O projeto KH4L é patrocinado cientificamente pela ISN, com

o apoio da empresa farmacêutica Abbvie, e tem subjacente a ideia de que cada país não está isolado, quer em relação às suas preocupações com a DRC quer à forma como cada um está a lidar com o problema.

## // De que modo este projeto pretende «levar a bom porto» o seu objetivo?

Em primeiro lugar, era necessário conhecer a realidade dos diferentes países participantes. Nesse sentido, há cerca de um ano, foi realizada uma reunião internacional com representantes dos países europeus e do Canadá, onde já existe uma rede de cuidados diferenciados de Nefrologia. Nessa reunião foi apresentada a iniciativa e feito um levantamento preliminar da realidade dos diferentes países em termos de gestão da doença renal. Por exemplo, ao nível dos principais problemas e obstáculos nos critérios de diagnóstico, na referenciação, no envolvimento multidisciplinar, etc.

## // Que passos foram dados em seguida?

Posteriormente, foi enviado um inquérito eletrónico para os

## // DOENÇA RENAL CRÓNICA (DRC) EM NÚMEROS

De acordo com um estudo realizado em Portugal, o PREVADIAB, a prevalência da DRC nos estádios 3 a 5 é de **6,1%**

Por ano, em Portugal, são cerca de **2 500** os indivíduos com DRC que desenvolvem insuficiência renal terminal

**16 000** é o número de doentes portugueses que recebem tratamentos de substituição da função renal, sendo que **9 600** fazem hemodiálise

nefrologistas em cada país, através do qual se procurava avaliar a opinião de cada profissional relativamente à forma como se trata a DRC e que sugestões poderiam ser avançadas no sentido da melhoria. Mais tarde, fui contactado pela coordenação internacional do projeto, sediada no Canadá, para aprofundar melhor algumas questões.

### // O que revelou o inquérito realizado nos centros portugueses?

Não sei qual foi a percentagem de respostas a esse inquérito e, neste momento, também ainda não tive acesso às conclusões finais. No entanto, e tal como nos outros países, deverá ter sido feita uma espécie de fotografia do nosso atual *modus operandi* em relação à DRC. Eles, tal como nós, procuram dar resposta à já velha questão: porque é que temos tantos doentes a iniciar ou já em diálise?

O nosso problema não é lidar com a DRC em estágio 5, mas com a sua orientação em estádios mais precoces da evolução, isto é, em termos de deteção precoce e de referenciação para a Nefrologia. Um dos aspetos fundamentais desta questão tem a ver com o nosso diálogo com a Medicina Geral e Familiar [MGF], parceiro indispensável nesta questão. Necessitamos, por isso, urgentemente, de orientações claras, objetivas e atualizadas que possam guiar aqueles especialistas na referenciação para a Nefrologia e no acompanhamento dos indivíduos que apresentam maior risco para o desenvolvimento de DRC, como os diabéticos, hipertensos e idosos.

Por outro lado, essas orientações deverão ser suficientemente equilibradas para fazer da referenciação um instrumento útil, construtivo e eficaz para doentes, médicos de família e nefrologistas, e não uma forma de deslocar responsabilidades, «afogando» os Serviços de Nefrologia com situações injustificadas. Paralelamente, é muito importante conhecer a realidade nacional da prevalência da DRC nos estádios 3 a 5 (em pré-diálise), uma vez que a realidade dos doentes em estágio 5, em diálise, já é bem conhecida.

### // Os outros países reportaram as mesmas necessidades?

Curiosamente, há muita convergência no que diz respeito às dificuldades encontradas nos diferentes países. Questões como a logística, a sensibilização dos especialistas de MGF ou a falta de recursos financeiros foram reportadas por quase todos os países.

## A ATIVIDADE NACIONAL

### // Tendo em conta que o projeto KH4L está também a ser desenvolvido a um nível local, como é que Portugal se preparou para responder aos seus propósitos?

De acordo com as indicações estabelecidas pela coordenação internacional, a nossa primeira ação, tal como nos outros países, consistiu em criar um grupo multidisciplinar constituído por nefrologistas, especialistas de MGF, um endocrinologista, um cardiologista, um representante da Direção-Geral da Saúde [DGS] e um representante dos doentes. O objetivo foi reunir pessoas interessadas nesta matéria, que estão no terreno e que pudessem funcionar como dinamizadores das principais iniciativas a desenvolver posteriormente.

### // Que iniciativas foram já realizadas?

Com estes objetivos nada se faz isoladamente ou simplesmente através da boa vontade. Este grupo tem a noção de que existem

## // PRÓXIMOS PASSOS DO KIDNEY HEALTH FOR LIFE

### WORKSHOP SOBRE DOENÇA RENAL CRÔNICA (DRC):

Depois de recolhidos e tratados os dados do inquérito realizado em todos os países-membros desta *task force*, foi realizada uma reunião internacional para apresentar e discutir as conclusões desse questionário. O objetivo foi promover a troca de experiências e ideias, partilhando o conhecimento dos diferentes programas nacionais de DRC e identificando os melhores exemplos para motivar a alteração de políticas e práticas a nível nacional.

### NOVO MODELO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS:

A informação recolhida através do inquérito permitirá também delinear um novo modelo de prestação de cuidados na DRC. Os focos deste novo programa serão o diagnóstico efetivo e a gestão mais eficaz da DRC para melhorar a qualidade de vida dos doentes.



Kidney Health for Life

iniciativas e decisões determinantes a montante da nossa potencial intervenção. Por exemplo, todos reconhecemos que é de fundamental importância a sensibilização dos decisores na área da Saúde para a necessidade urgente de serem criadas diretrizes que estabeleçam um plano apropriado para referenciação à Nefrologia, por parte da MGF. Neste sentido, temos tido conhecimento direto de que estão a ser dados passos muito importantes, através de um grupo de trabalho criado no âmbito da DGS que envolve todos os intervenientes neste processo. Por outro lado, a SPN desencadeou a realização do estudo *Pre-Odyssey*, com o objetivo de conhecer a realidade nacional da DRC em pré-diálise. Estas são duas vertentes às quais o grupo constituído do KH4L em Portugal pode ajudar a dar continuidade na prática.

### // Quais os principais desafios de coordenar um projeto como este?

A problemática da DRC em Portugal justificaria, da mesma forma que para a diabetes, a criação de um observatório nacional que monitorizasse todos os fatores implicados. Os nefrologistas portugueses são bem conhecedores da dimensão do problema e trabalham ao nível do que de melhor se faz nos países mais evoluídos. Contudo, falta-nos organização para definir uma estratégia consistente, que seja aplicável na prática e, sobretudo, monitorizável. O projeto KH4L não vai modificar nada em Portugal, ou em qualquer outro país, se não quisermos ou se não formos capazes de o fazer. Penso que, para já, é importante que Portugal seja considerado como um parceiro que faz parte da lista de países interessados em melhorar a atual situação – e a nossa, em particular, não é favorável. A ideia-chave é a de que este projeto funcione em cada país como um catalisador da implementação de medidas de fundo apontadas internacionalmente, com particular enfoque no papel crítico das autoridades de Saúde, ao nível institucional e político.

Há depois um trabalho extremamente importante, a que o KH4L atribui grande importância, ao nível da informação e educação da população em geral, sobretudo das gerações mais jovens, sobre o significado da DRC. Diga-se, em boa verdade, que a SPN tem feito um trabalho muito positivo nesta área. //

# // A CRESCER AO LONGO DE QUASE TRÊS DÉCADAS



## ALGUNS ELEMENTOS DA EQUIPA

Na fila da frente (da esq. para a dta.): Dr. Carlos Barreto, Enf.ª Viviana Almada, Elisabete Cristina (assistente operacional), Enf.ª Teresa Correia, Enf.ª Ângela Lourenço, Dr.ª Ana Natário, Enf.ª Sandra Almeida, Dr. Álvaro Vaz e Susana Vitorino (secretária de unidade).

Na fila de trás: Dr. José Vinhas (diretor do Serviço de Nefrologia), Enf.ª Carmen Borralho, Enf.ª Sylvie Anastácio, Rui Liberato (técnico de eletromedicina), e Enf.ª Maria do Carmo Carnot

A cada vez maior atenção dada aos problemas renais foi ditando o crescimento faseado do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo. Em pouco mais de 20 anos, passou de apenas um nefrologista para nove. A *SPN News* mostra-lhe o funcionamento de um Serviço que está preparado para enfrentar os desafios futuros.

**Luís Garcia**

**N**as duas salas da Unidade de Hemodiálise, os enfermeiros atarefam-se na preparação da troca de turno dos doentes com insuficiência renal crónica. Os oito postos de diálise, que funcionam de segunda-feira a sábado, entre as oito da manhã e a meia-noite, estão em atividade quase permanente, ora sendo utilizados pelos doentes internados, ora servindo o programa dos doentes renais crónicos.

Inaugurada em 1985, mas a funcionar desde 4 de maio de 1987, a Unidade de Hemodiálise foi o embrião deste Serviço de Nefrologia. Integrada, na época, no Serviço de Medicina 2, a Unidade recebeu os primeiros especialistas no final da década de 1980. «Na altura, havia apenas um nefrologista, o Dr. Pedro Leitão, e prestava-se assistência clínica aos doentes internados, aos doentes em programa de hemodiálise e fazia-se consulta externa de ambulatório», recorda o Dr. José Vinhas, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo (CHS/HSB).

Como não era possível assegurar o funcionamento de uma Unidade de Diálise com um único clínico, Pedro Leitão era auxiliado por colegas do Hospital Curry Cabral, em Lisboa, que se deslocavam alternadamente a Setúbal. Uma destas médicas,

a Dr.ª Aura Ramos, acabou por ficar no CHS/HSB, deixando de ser necessário o apoio dos nefrologistas de Lisboa.

Quando José Vinhas integrou a equipa do CHS/HSB, em 1991, Aura Ramos era a única nefrologista, dada a saída de Pedro Leitão. A partir da década de 1990, a Nefrologia foi crescendo, com a entrada de outros médicos e do primeiro interno, em janeiro de 1997, a criação da Unidade de Diálise Peritoneal e a realização da primeira angiografia do acesso vascular.

## // NÚMEROS\*

**9 nefrologistas**

**5 internos**

**7 camas de internamento**

**180 internamentos\***

**8 postos de hemodiálise**

**7 000 sessões de hemodiálise\***

**3 000 consultas externas\***

**20 biopsias renais ecoguiadas\***

**201 acessos vasculares construídos\***

**6 sessões de plasmáfereze realizadas\***

\*de 2012



No Hospital de Dia, são prestados cuidados de Enfermagem a doentes em ambulatório e tem lugar a consulta multidisciplinar da doença renal crónica, onde são observados cerca de 60 doentes por ano

Constituído oficialmente em 1999, o Serviço de Nefrologia integra hoje oito nefrologistas, além do diretor, e cinco internos da especialidade. Dois cirurgiões prestam apoio à construção e revisão de acessos vasculares para hemodiálise.

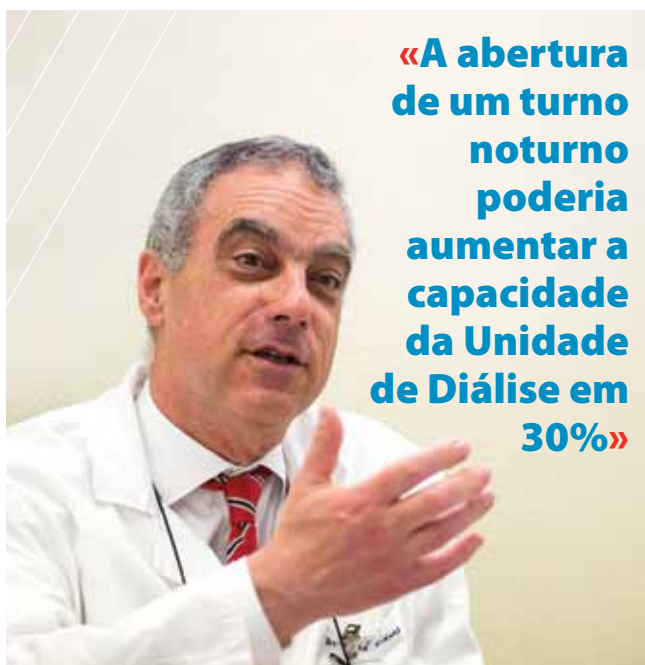
A equipa de enfermagem é constituída por duas chefes (uma responsável pelo ambulatório e outra pela enfermaria) e 18 enfermeiras na Unidade de Ambulatório, duas das quais adstritas à Unidade de Diálise Peritoneal e ao Hospital de Dia. A estas profissionais somam-se os perto de 30 enfermeiros da área de internamento de Especialidades Médicas. O Serviço conta ainda com um assistente social, uma psicóloga, técnicos de hemodiálise, pessoal de secretariado e auxiliares.

## 180 INTERNAMENTOS POR ANO

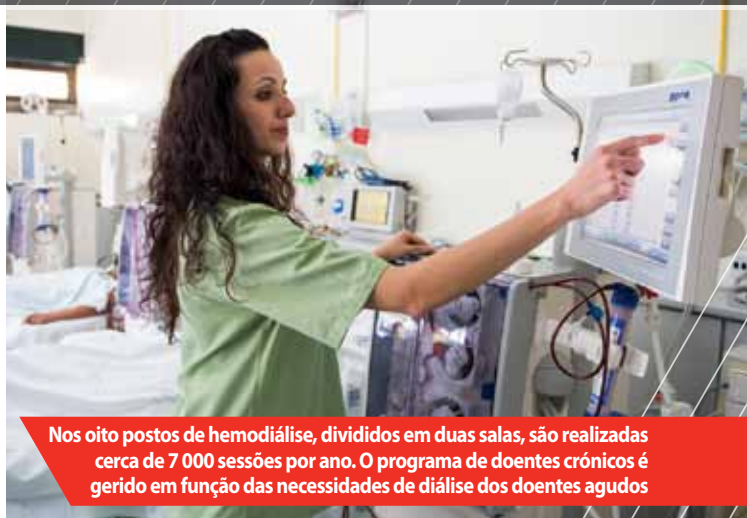
Em termos físicos, o Serviço de Nefrologia funciona sobretudo em três zonas do Hospital de São Bernardo: a Unidade de Ambulatório de Nefrologia (constituída por Unidade de Hemodiálise, Unidade de Diálise Peritoneal, Hospital de Dia de Nefrologia e Cirurgia de Ambulatório de Acessos Vasculares); a área de internamento das Especialidades Médicas (onde ocupa sete camas); e a consulta externa de ambulatório, na área conjunta do Serviço de Consulta Externa.

Pela enfermaria de Nefrologia passam perto de 180 internamentos por ano. Cerca de 35% dos doentes vêm do Serviço de Urgência Geral do CHS/HSB e 34% da extra-hospitalar. As complicações do doente em hemodiálise são o problema mais observado nos internamentos (34%), seguindo-se a agudização da doença renal crónica (30%), a lesão renal aguda (10%), a indução de diálise (9%) e as situações de insuficiência renal rapidamente progressiva (5%).

São realizadas cerca de 7 000 sessões de hemodiálise por ano, nos oito postos. A Unidade de Hemodiálise faz também o seguimento regular a cerca de 30 doentes que estão em programa de hemodiafiltração *online*. «Além das pessoas integradas no programa de diálise hospitalar, anualmente, cerca de 330 doentes internados no CHS/HSB ou nos hospitais de referência (correspondendo a cerca de 420 admissões por ano) recebem tratamento na Unidade de Hemodiálise, fazendo essencialmente hemodiálise de alto fluxo», indica José Vinhas.



**«A abertura de um turno noturno poderia aumentar a capacidade da Unidade de Diálise em 30%»**



**Nos oito postos de hemodiálise, divididos em duas salas, são realizadas cerca de 7 000 sessões por ano. O programa de doentes crónicos é gerido em função das necessidades de diálise dos doentes agudos**

Por seu turno, a Unidade de Diálise Peritoneal segue, habitualmente, 30 doentes. Já nas 1 100 sessões registadas anualmente no Hospital de Dia de Nefrologia, predomina a prestação de cuidados de Enfermagem a doentes em ambulatório. Integrada nas atividades do Hospital de Dia está a consulta multidisciplinar da doença renal crónica, onde são observados cerca de 60 doentes por ano e é prestada a informação necessária para que o doente possa optar entre as diferentes terapêuticas de substituição da função renal.

Com um tempo de espera de 28 dias, a consulta externa de Nefrologia tem dez períodos de consulta semanal, realizando-se anualmente cerca de 490 primeiras consultas e 2 500 consultas subsequentes. Cerca de 67% dos doentes têm mais de 70 anos e mais de 50% sofrem de doenças degenerativas (diabetes e hipertensão arterial). A litíase renal é observada em cerca de 7% dos doentes.

## NECESSIDADES CRESCENTES EM DIÁLISE

Segundo José Vinhas, o Serviço de Nefrologia debate-se com a falta de espaço de ambulatório, refletindo o crescimento faseado do próprio CHS/HSB. Inaugurado em 1958, o Hospital de São Bernardo foi alargado graças à construção de um novo edifício, em 1997. «O Serviço de Nefrologia e o próprio Hospital foram crescendo conforme foi possível. Está previsto ampliar a Unidade do Hospital de Dia, o que será uma ajuda, mas há limitações difíceis de ultrapassar, devido à própria estrutura dos edifícios», refere José Vinhas, enquanto guia a equipa da *SPN News* pelos corredores da Unidade de Ambulatório de Nefrologia.

A falta de postos de hemodiálise é outra questão que se coloca atualmente ao Serviço, que serve uma população de cerca de 450 mil habitantes de dez municípios. Dada a crescente pressão de doentes agudos que necessitam de diálise, a disponibilidade de postos de diálise para o programa de doentes renais crónicos tem diminuído.

A esta dificuldade junta-se a cada vez maior falta de vagas nas unidades de diálise na área geográfica do CHS/HSB. «Hoje, é muito raro transferirmos um doente para a sua área de residência, porque, quase sempre, a unidade de diálise local está cheia. Consequentemente, os doentes estão a ser transferidos para cada vez mais longe. Alguns doentes de Setúbal já vão para Almada e, mais cedo ou mais tarde, é provável que tenham de atravessar o rio e ir para Lisboa», alerta José Vinhas.

Na opinião do ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, esta situação deveria motivar as autoridades de Saúde «a equacionarem se é mais vantajoso pagar os transportes dos doentes para unidades cada vez mais longínquas ou abrir um turno à noite no CHS/HSB, que poderia aumentar a capacidade da Unidade de Diálise em cerca de 30%».



A intervenção do Dr. José Vinhas (no púlpito) suscitou uma viva troca de ideias entre os participantes na reunião

## // ACESSOS VASCULARES EM DEBATE

Cerca de 300 nefrologistas, cirurgiões vasculares e enfermeiros de diálise e transplante participaram na primeira Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, que decorreu no dia 4 de maio passado, no Hospital Militar do Porto.

**Luís Garcia**

Foi numa sala completamente cheia, no Hospital Militar do Porto, que decorreu a primeira reunião organizada pelo Grupo de Estudo de Acessos Vasculares da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. A grande adesão de médicos e enfermeiros não surpreendeu o coordenador deste Grupo, Prof. Joaquim Pinheiro, habituado às «enchentes» dos encontros organizados no Hospital Militar do Porto (ver caixa).

Na opinião deste nefrologista, o sucesso da reunião deve-se, sobretudo, ao rigor na organização – a preparação começa com um ano de antecedência – e à atenção atribuída às opiniões dos participantes. «Procuramos que a reunião seja extremamente prática e que haja uma grande disciplina para otimizar os tempos das apresentações e discussões, com vista a manter um ritmo cativante», acrescenta.

De acordo com Joaquim Pinheiro, «a qualidade da diálise e da vida de uma pessoa com insuficiência renal depende, em grande parte, do seu acesso vascular». **«Ter um acesso vascular em bom funcionamento, sem complicações, exige uma vigilância contínua assegurada por pessoas experientes e treinadas, de forma**

**a detetar eventuais desvios e corrigi-los atempadamente. A disponibilidade de centros com resposta global e permanente é igualmente indispensável»,** sublinha. Segundo o nefrologista, este tipo de reuniões permite que os profissionais consolidem os seus conhecimentos nesta área, tornando-se mais autónomos e eficientes na prática quotidiana.



// PROF. JOAQUIM PINHEIRO

### MODELO INTEGRADO PARA ACESSOS VASCULARES

Uma das intervenções que gerou mais discussão nesta reunião foi a do Dr. José Vinhas, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, sobre a otimização da gestão dos acessos vasculares. O preletor começou por comparar o sistema português de financiamento da diálise com o de outros países: «Em

Portugal, o modelo adotado é o da capitação parcial, ou seja, o pagamento é baseado na pessoa doente e não no tratamento, abarcando um conjunto alargado de serviços, dos quais o mais recentemente incluído foi a gestão dos acessos vasculares.» De fora deste pacote, no entanto, ficam o primeiro acesso e a colocação de cateteres quando surgem complicações.

Segundo José Vinhas, a prestação de cuidados na área dos acessos vasculares poderia ser menos dispendiosa e mais eficaz, caso se optasse por passar de um modelo de cuidados fragmentados para outro em que o prestador de diálise, público ou privado, assumisse a responsabilidade de construção e gestão do acesso vascular. Ressalvando a necessidade de provar a viabilidade e eficácia desta solução na prática, o nefrologista considera que, teoricamente, este modelo de cuidado integral permitiria começar a gerir o acesso vascular mais cedo e mesmo construir o primeiro acesso, em cerca de 60% dos casos.

Joaquim Pinheiro também defende um modelo semelhante. «Provavelmente, o grande passo que precisamos de dar – e isto tem de ser discutido com as autoridades de Saúde – consiste em operacionalizar um estudo-piloto em que as pessoas com insuficiência renal crónica de estágio 4/5, quando precisam da construção do acesso vascular, sejam imediatamente orientadas para um prestador de diálise que, de forma atempada, global e contínua, se responsabilize por uma estratégia única e integrada», defende este nefrologista do Hospital Militar do Porto. //

### // UMA ESTREIA COM ANTECEDENTES

Embora esta tenha sido a primeira Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, resultou de um evento com mais de uma década. Há 11 anos, a Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV) começou a organizar uma reunião anual sobre o tema, dirigida a cirurgiões vasculares e nefrologistas, que, a partir da terceira edição, passou a ser organizada pelo Hospital Militar do Porto. Com a criação do Grupo de Estudo de Acessos Vasculares da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (GEAV-SPN) e o crescente volume de pessoas interessadas nesta área, foi decidido realizar duas reuniões: uma organizada pelo GEAV-SPN e outra pela SPACV.

## **DIAVERUM**

### UMA ATITUDE DIFERENTE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS RENAIIS

A Diaverum reúne a experiência, conhecimentos e competência de um dos Líderes Mundiais na prestação de cuidados renais, estando presentes em 17 países.

Os seus profissionais especializados garantem tratamentos individuais otimizados a mais de 20.000 doentes, ao mesmo tempo que lhe dedicam toda a atenção e cuidado.

A Diaverum faz a diferença na satisfação e confiança aos seus doentes.



[www.diaverum.com](http://www.diaverum.com)

**DIAVERUM**



## // ATUALIZAÇÃO EM DIÁLISE PERITONEAL

**ORGANIZADORES E ORADORES DO CURSO (da esq. para a dta.):** Dr.<sup>a</sup> Ana Bernardo, Dr.<sup>a</sup> Maria João Carvalho, Dr. Manuel Amoedo, Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, Dr. António Cabrita, Enf.<sup>a</sup> Olívia Santos, Dr.<sup>a</sup> Conceição Mota, Prof.<sup>a</sup> Ana Carmona e Prof. Miguel Pérez-Fontán

Formar médicos e enfermeiros na área da diálise peritoneal (DP) e apresentar alguns dos mais recentes desenvolvimentos nesta modalidade de substituição renal foram os objetivos da sexta edição do *Update Course of Peritoneal Dialysis*, organizado pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), no Porto, entre 5 e 7 de junho passado.

**Luís Garcia**

«**S** em médicos e enfermeiros experientes, devidamente certificados e atualizados ao nível científico e clínico, serão sempre goradas quaisquer expectativas relativas ao aumento da prevalência da DP em Portugal», afirma a Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, coordenadora do Curso e responsável pela Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA).

É desta premissa que parte o *Update Course of Peritoneal Dialysis*, certificado pela European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME), patrocinado cientificamente pela International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD). Ao longo de seis anos, já passaram mais de 200 participantes pelas edições deste Curso. «Esta iniciativa revela o empenho da SPN na formação numa área carente e o investimento da empresa Baxter que, numa época de constrangimentos financeiros, mantém este compromisso», sublinha Anabela Rodrigues, destacando a «total independência científica» do evento e o compromisso do Serviço de Nefrologia do CHP/HSA na sua organização, desde a primeira edição.

### // UM TRATAMENTO PARA A MAIORIA DOS DOENTES

Segundo afirmou Miguel Pérez-Fontán na sexta edição do *Update Course of Peritoneal Dialysis*, ao contrário do que muitos profissionais pensam, cerca de 75% dos doentes com insuficiência renal reúnem condições para fazer diálise peritoneal (DP). Na opinião deste nefrologista, os doentes devem ser informados, ao longo da evolução da doença, para que possam decidir qual o tratamento mais conveniente em função das suas condições pessoais e sociais. «Nos países onde o consentimento informado é cumprido de forma correta e generalizada, cerca de 20 a 30% dos doentes optam pela DP», sublinhou Pérez-Fontán.

Na opinião da responsável, embora ainda não tenha atingido o alcance ideal em Portugal, a DP tem sido alvo de avanços «muito positivos», com o número de doentes em tratamento a aumentar. Além disso, destaca-se a «melhoria clara» do nível de formação dos médicos que, cada vez mais, reconhecem os resultados clínicos e a mais-valia desta modalidade no tratamento da insuficiência renal crónica.

### DP COMO TRATAMENTO INICIAL

Do leque de oradores convidados para a sexta edição do *Update Course of Peritoneal Dialysis* fez parte o Prof. Miguel Pérez-Fontán, nefrologista no Hospital Universitário da Corunha, em Espanha, que abordou as vantagens da adoção de um modelo de tratamento de substituição renal integrado. Tradicionalmente, o tratamento da insuficiência renal funcionava com divisões estanques: uma vez colocado numa modalidade de tratamento, o doente ali permanecia. «Pensava-se que mudar os doentes de modalidade era perigoso e podia trazer riscos e complicações», referiu o especialista.

No entanto, vários estudos realizados nos últimos anos mostram que uma estratégia ordenada de tratamento dos doentes, com mudanças de modalidade programadas em função das alterações nas suas circunstâncias clínicas e pessoais, «melhoram muito a qualidade de vida, aumentam a sobrevivência dos doentes e implicam custos económicos mais baixos».

Segundo Pérez-Fontán, apenas 20 a 30% dos doentes em diálise são candidatos a transplante. «Este é um grupo muito importante, porque é composto sobretudo por doentes jovens, com uma grande expectativa de sobrevivência, e há que planificar o seu tratamento a longo prazo», sublinhou.

Para o nefrologista espanhol, existem argumentos para pensar que a DP é a forma ideal para começar o tratamento, dado ser uma forma de diálise muito eficiente nos primeiros anos. Contudo, ao fim de vários anos, perde eficácia em alguns casos, podendo, nessas situações, transferir-se o doente para hemodiálise ou proceder a transplante renal. //





## // ABORDAGEM DA PATOLOGIA RENAL EM DOENTES COM DIABETES

A nefropatia diabética é uma doença silenciosa e progressiva, para a qual todos os médicos devem estar alerta. Numa entrevista especialmente dirigida aos clínicos de Medicina Geral e Familiar, as Dr.<sup>as</sup> Rita Birne (à esquerda) e Patrícia Branco (à direita), nefrologistas na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, abordam os cuidados a ter ao nível da referenciação, acompanhamento e tratamento da patologia renal em doentes com diabetes.

**Luís Garcia**

**Os clínicos de Medicina Geral e Familiar devem estar alerta para algum tipo de sintoma que possa indiciar patologia renal no doente com diabetes?**

**Patrícia Branco (PB):** A nefropatia diabética é silenciosa – o doente pode estar até fases muito tardias da patologia sem apresentar sintomas. Por isso, na presença de um diabético de tipo 1, o rastreio de doença renal deve ser feito após cinco anos de diabetes e, depois disso, anualmente. No caso do doente com diabetes de tipo 2, o rastreio da doença renal deve ser feito na altura do diagnóstico.

**Como é realizado o rastreio?**

**PB:** A doença renal no doente diabético pode ser rastreada através de duas variáveis: a presença de albumina na urina e a medição do

débito filtrado glomerular [DFG]. De acordo com as *guidelines*, a albuminúria deve ser medida na primeira amostra de urina da manhã (a seguir a um período de repouso noturno). A partir dessa amostra, faz-se uma razão entre a albuminúria e a creatinúria. A verificação de um valor igual ou superior a 30 mg/g, confirmado em três amostras, é indicativa de lesão renal.

**Rita Birne (RB):** A outra variável que usamos é a estimativa do DFG, através de fórmulas baseadas na creatinina e em variáveis como o sexo, a idade e a raça do doente. A albuminúria e a estimativa do DFG permitem identificar a presença e o estágio da doença renal, bem como o prognóstico do doente. É fundamental valorizar a evolução da função renal de cada doente, nomeadamente se se agrava ou permanece estável.

## Uma vez identificada a doença renal, que cuidados deve ter o clínico de Medicina Geral e Familiar no seguimento do doente?

**RB:** A prevenção passa por quatro pontos fundamentais: alteração de estilos de vida, controlo da pressão arterial, controlo da glicemia e controlo da albuminúria. Estas medidas, só por si, permitem retardar a progressão da doença renal diabética e até revertê-la, quando se encontra em estádios iniciais.

**PB:** Ao nível do controlo da pressão arterial, as *guidelines* indicam a utilização de um diurético e de um inibidor do sistema renina-angiotensina [ISRA], ou de um beta-bloqueante ou um antagonista dos canais de cálcio. Pelo seu efeito antiproteinúrico, os ISRA também podem ser usados em doentes que não têm hipertensão arterial.

## Em que medida pode o controlo da glicemia e da albuminúria ajudar a prevenir a degradação da função renal?

**RB:** Está comprovado que quanto melhor for o controlo da diabetes, maior é o benefício do ponto de vista renal, como o é em relação às restantes complicações vasculares. O controlo glicémico é fundamental, sobretudo nos estádios iniciais da doença renal, assim como o controlo da pressão arterial e da albuminúria (onde entram os ISRA), que constituem os três principais fatores preditores de risco renal e da progressão de doença renal. Vale a pena ser especialmente agressivo no controlo desses fatores num doente recém diagnosticado, sem complicações e com uma esperança de vida considerável. Também devemos ter atenção a outros aspetos, como o facto de estes doentes terem elevado risco cardiovascular. Estudos recentes têm demonstrado que a doença renal confere ao diabético o pior prognóstico em termos de mortalidade cardiovascular, a par da existência de doença cardiovascular estabelecida. Como procuramos tratar o doente no seu todo, não basta controlar a glicemia, a pressão arterial e utilizar ISRA para controlo da albuminúria; devemos atender a cuidados como a alteração de estilos de vida (obesidade, inatividade, tabagismo), corrigir a dislipidemia e utilizar antiagregantes ou outros fármacos, quando há indicação específica nesse sentido.

## Que outros cuidados devem ser tidos em conta na terapêutica?

**RB:** Deve evitar-se ou, pelo menos, adequar a dose de nefrotóxicos, que podem agravar a doença renal. Por exemplo, deve haver

## // CRITÉRIOS PARA REFERENCIAR À NEFROLOGIA OS DOENTES COM DIABETES E DOENÇA RENAL SEGUIDOS NA ASSOCIAÇÃO PROTECTORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

- ✓ Estimativa do débito filtrado glomerular estimado inferior a 60 ml/min, pela fórmula MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*) ou CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*);
- ✓ Proteinúria superior a 1 g/dia;
- ✓ Presença de um sedimento urinário ativo ou outro fator de suspeita de outra causa de doença renal;
- ✓ Gravidez;
- ✓ Hipertensão arterial com administração de mais de três hipotensores (incluindo um diurético);
- ✓ Presença de hipercaliemia;
- ✓ Deterioração rapidamente progressiva da função renal sem causa imediatamente explicável (> 30% em quatro meses).

atenção na administração de contraste endovenoso e evitar alguns antibióticos nefrotóxicos e anti-inflamatórios, optando antes por paracetamol, metamizol ou tramadol como analgésicos. A estimativa do DFG é importante no controlo e ajuste da terapêutica dos antidiabéticos orais, de antilipidémiantes e de alguns antibióticos, para nomear os mais frequentes. Estar atento a este facto pode condicionar a própria terapêutica da diabetes, como a redução ou suspensão da metformina na doença renal moderada a grave, e implicar uma alteração para insulina, mesmo em casos em que não há falência de terapêutica, apesar de alguns antidiabéticos orais serem eficazes e seguros mesmo na doença renal avançada, como é o caso de algumas sulfonilureias e inibidores da dipeptidil peptidase-4 (DPP-4). Outro aspeto importante é ter atenção à presença de neuropatia autonómica vesical e estabelecer estratégias de prevenção de bexiga neurogénica, uma situação de tratamento muito complexo e um fator de perpetuação da doença renal.

**PB:** Os doentes devem ser sensibilizados desde o início, aprendendo que têm de beber água e esvaziar a bexiga periodicamente (máximo de quatro horas), porque a distensão da bexiga é um fator obstáculo da função renal.

**«Alguns antidiabéticos orais, como determinadas sulfonilureias e inibidores da dipeptidil peptidase-4 são eficazes e seguros, mesmo na doença renal avançada»**



**«Nos doentes com diabetes e doença renal crónica, é necessário utilizar insulina numa fase mais precoce, antes da falência terapêutica dos antidiabéticos orais»**



**Que importância tem a adoção de um estilo de vida saudável nestes casos?**

**PB:** Como não se sabe muito bem por que motivo alguns doentes diabéticos desenvolvem doença renal e outros não, são muito importantes as medidas de controlo de doença vascular em geral: estimular o doente a perder peso, a ter uma vida ativa (com pelo menos um exercício regular de 30 minutos por dia), deixar de fumar, controlar e vigiar a pressão arterial, etc. A alteração de estilos de vida é fundamental, embora seja muito difícil quando as pessoas não estão em programas de educação terapêutica.

**RB:** O doente deve ser responsabilizado no seu tratamento. Quando existe doença renal e diabetes, o doente geralmente é polimedicação e tem de tomar muitos fármacos, ser muito disciplinado e alterar o seu estilo de vida. Se não perceber por que razão o está a fazer e não estiver motivado para isso, o tratamento é uma batalha perdida. Temos de estar ao lado dos doentes, ajudá-los a perceber a doença e sensibilizá-los a intervir no seu próprio prognóstico.

**Qual pode ser o impacto da doença renal na pessoa com diabetes?**

**PB:** A doença renal é um fator de risco para mortalidade. Um doente com doença renal crónica [DRC] estágio 4 ou 5 tem maior probabilidade de morrer do que de ter uma progressão da sua doença e

chegar à diálise. Ter patologia renal é um fator de risco para a doença vascular e, em termos de sobrevida, é o equivalente a ter sofrido um evento cardiovascular, como um enfarte do miocárdio. No entanto, o controlo de todos os fatores de risco que referimos e a educação para a patologia crónica contribuem para alterar a história natural da doença.

**Quais os cuidados a ter em relação à medicação para a diabetes em pessoas com doença renal?**

**PB:** A progressão da disfunção renal leva ao aparecimento de insulinoresistência, com aumento do risco de hiperglicemia. Na DRC, a gluconeogénese também é afetada e há diminuição da *clearance* de insulina e dos fármacos antidiabéticos. Estas condições conduzem, por um lado, a uma melhoria transitória da compensação da diabetes e, por outro, a um aumento da frequência de hipoglicemias, que se associam a uma maior incidência de eventos cardiovasculares.

Neste contexto, é necessária uma vigilância apertada, com ajuste terapêutico, redução da dose de insulina e/ou suspensão dos antidiabéticos orais. Alguns dos antidiabéticos orais, concretamente a metformina, devem ser suspensos na DRC de estágio 3, 4 ou 5. As sulfonilureias e os inibidores da alfa-glucosidase estão contraindicados na DRC grave. Na DRC de estágio 3, a dose de sulfonilureias deve ser ajustada.

**Quais as classes terapêuticas ou associações de fármacos para a diabetes com menos efeitos adversos a nível renal?**

**PB:** Nos doentes com diabetes e DRC, existe a necessidade de utilizar insulina numa fase mais precoce, isto é, antes da falência terapêutica dos antidiabéticos orais. Este facto deve-se à impossibilidade de utilizar alguns antidiabéticos orais devido ao risco de acidose láctica (metformina) ou retenção hídrica. A insulina é a terapêutica de eleição.

**Dentro da classe dos inibidores da DPP-4, há diferenças ao nível dos efeitos adversos na função renal?**

**PB:** A utilização dos inibidores da DPP-4 com metabolização e excreção renal em diabéticos com DRC implica uma redução de dose. O inibidor da DPP-4 de metabolização hepática não tem essa necessidade. //


**// SABIA QUE...**

**... cerca de um terço dos doentes com diabetes desenvolvem doença renal crónica? A diabetes pode afetar os vasos sanguíneos, provocando danos permanentes nos rins.**

**... a descoberta da insulina, em 1910, foi o primeiro grande marco da terapêutica da diabetes? Outro momento importante foi a introdução de antidiabéticos orais, na década de 1950, após a Segunda Guerra Mundial, durante a qual se verificou que a utilização de sulfamidas como terapêutica antibiótica para os politraumatizados provocava hipoglicemia.**

**... a diabetes é a primeira causa de insuficiência renal crónica terminal em Portugal? Em 2012, 27,5% dos doentes em diálise tinham a diabetes como causa da doença renal, seguindo-se a hipertensão arterial (15,2%), a glomerulonefrite crónica (11,6%) e a doença renal poliquística autossómica dominante do adulto (6,3%).**

LABORATÓRIO MEDINFAR – PRODUTOS FARMACÉUTICOS, S. A.  
Rua Manuel Ribeiro Pavia, 1 – 1º, Venda Nova 2700-547 AMADORA  
Tel.: 21 499 74 00 – Fax: 21 499 74 97  
Capital Social € 7.000.000,00 – Contribuinte nº 500 384 045

MEDINFAR-2013-02-AR-02  
Distribuído pelo Laboratório  
Medinfar sob licença  MSD

 **GRUPO  
MEDINFAR**  
Compromisso com a Saúde



Os principais destaques do Registo foram apresentados pelo Dr. Fernando Macário no Encontro Renal 2013, a 11 de abril

# ÚLTIMOS DADOS DO REGISTO NACIONAL DO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÓNICA

A diminuição, pelo segundo ano consecutivo, da incidência de doentes a iniciar tratamento substitutivo renal e o aumento da diálise peritoneal como primeira opção são dois dos aspetos em destaque no último relatório do Gabinete do Registo Nacional do Tratamento da Doença Renal Crónica, relativo ao ano de 2012. Apresentamos aqui um resumo dos dados apresentados pelo coordenador deste Registo, o Dr. Fernando Macário, no Encontro Renal 2013, em abril passado.

**Luís Garcia**

À semelhança dos anos anteriores, o Registo Nacional do Tratamento da Doença Renal Crónica agregou os dados de 100% das unidades de hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplante renal portuguesas. Em 2012, verificou-se uma diminuição da incidência global de doentes com insuficiência renal crónica (IRC) em estágio 5 a iniciar terapêutica substitutiva renal (TSR), em comparação com os anos anteriores. Também a incidência de doentes a iniciar diálise diminuiu para 218,14 por milhão de habitantes (um decréscimo de 2,8% relativamente a 2011 e de 7,3% face a 2010, ano em que se atingiu o valor máximo de 235,2 doentes por milhão de habitantes).

Analisando os diferentes tratamentos substitutivos da função renal, em 2012, verificou-se um ligeiro aumento do recurso à DP, embora seja ainda pouco utilizada. «A DP foi a primeira opção de tratamento em apenas 9,5% dos doentes que iniciaram TSR, sendo utilizada em 6,6% dos doentes que se encontravam em diálise no final desse ano. Ainda assim, o crescimento relativo desta técnica, entre 2007 e 2012, foi superior ao da HD», referiu o Dr. Fernando Macário, coordenador do Registo Nacional do Tratamento da

Doença Renal Crónica e presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação. Nestes seis anos, o aumento do número de doentes em HD foi de 16,6% (de 9 037 para 10 540), ao passo que, na DP, a subida foi de 43,5% (de 517 para 742).

A *pool* de doentes em diálise (HD e DP) teve o crescimento mais baixo desde que há registo (1,5%). «Provavelmente, é um reflexo da diminuição da incidência da doença renal. Se o número de transplantes se tivesse mantido aos níveis de 2010, o crescimento desta *pool* teria sido negativo», observa Fernando Macário, ressaltando que, ainda assim, Portugal se mantém entre os países com maior prevalência de HD.

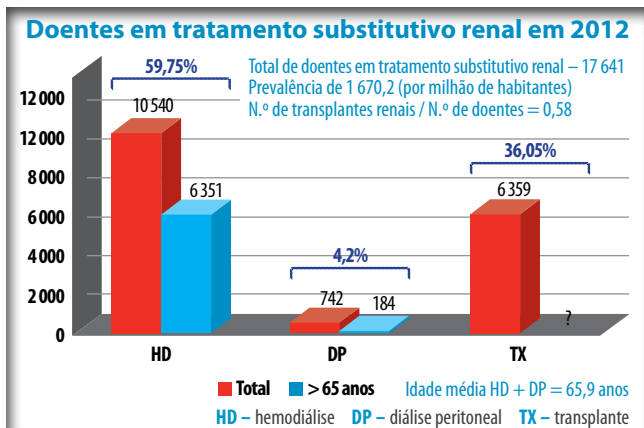
## DIABETES É A PRINCIPAL CAUSA DE IRC DE ESTÁDIO 5

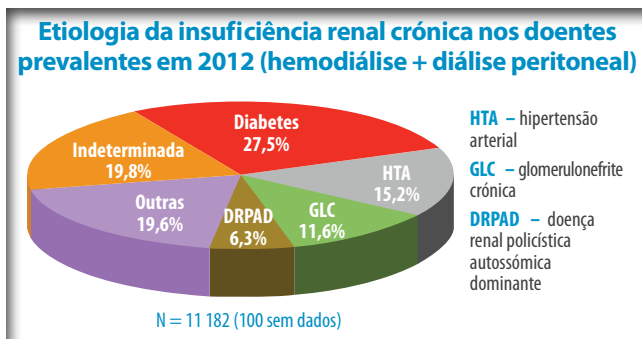
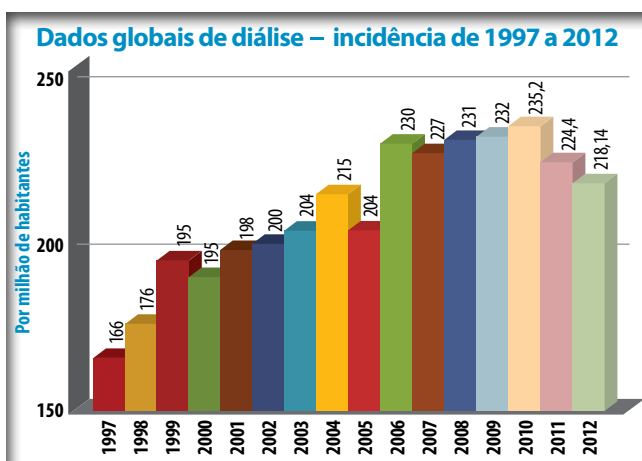
Com maior incidência na zona Norte e nas Ilhas, a diabetes mantém-se como primeira causa de insuficiência renal crónica (IRC) de estágio V nos doentes a iniciar tratamento. «Juntas, a diabetes e a hipertensão arterial são responsáveis por quase 50% dos casos», destaca Fernando Macário.

No que respeita à mortalidade, cerca de 6% dos doentes que iniciaram HD em 2012 faleceram nos primeiros 90 dias. Segundo o coordenador do Registo, «a incidência de HD diminuiu significativamente se for calculada apenas com os doentes vivos ao dia 91 de tratamento».

De acordo com o último relatório do Registo, a percentagem de doentes tratados com HD de baixo fluxo continua a diminuir, sendo inferior a 4%, em 2012, embora se mantenha mais elevada nas unidades hospitalares do que nas periféricas e na zona Centro e Ilhas do que nas restantes regiões do País.

A idade média dos doentes que iniciaram diálise aumentou, sendo agora superior a 66 anos. No entanto, persistem assimetrias regionais importantes, com a média a oscilar entre os 68,7 na zona Centro e os 60,3 nas Ilhas. Segundo Fernando Macário, «o crescimento da idade média dos doentes, nos últimos anos, tem vindo a ser bastante





acentuado e verificou-se no Centro, no Sul e no Norte, embora se tenha detetado uma estagnação em Lisboa e um decréscimo nas Ilhas, após um período longo de crescimento». Ainda assim, não foi encontrada uma correlação positiva com significado estatístico entre a idade média de um centro de diálise e a taxa de mortalidade.

Outro aspeto importante é o facto de a proporção de doentes seguidos por nefrologistas nos três meses anteriores ao início de HD (35%) não aumentar desde 2007, tendo mesmo diminuído em algumas zonas do País. O cateter venoso central continua a ser o acesso mais frequente nos doentes incidentes (56,4%). Nos doentes prevalentes, a proporção de fístulas arteriovenosas aumentou (69%), ao passo que a de cateteres seguiu um caminho inverso (18,2%), diminuindo pelo segundo ano consecutivo.

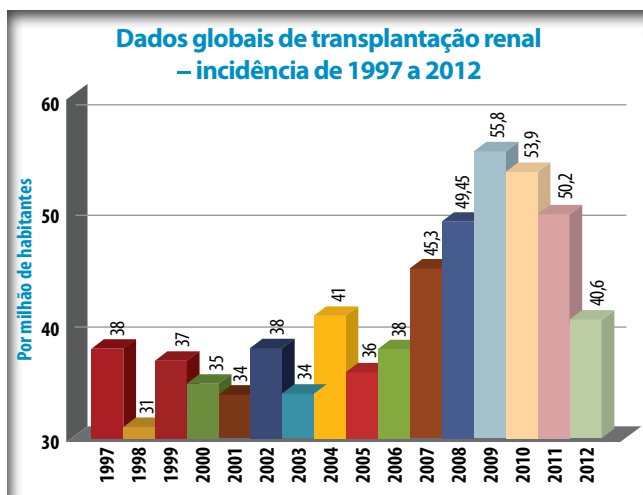
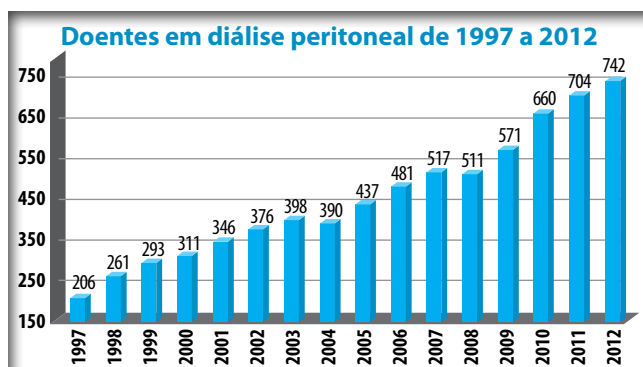
#### QUEDA NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Ainda segundo o relatório de 2012, cerca de 90% dos doentes renais são seronegativos para hepatites B e C e vírus da imunodeficiência humana (VIH). Outro facto importante é que a taxa de mortalidade global (13,65%) variou pouco em relação a 2011 (13,79%). Mais de 80% dos 1 414 doentes falecidos em 2012 tinham uma idade superior

a 65 anos e as principais causas de morte foram as doenças cardiovasculares (24,5%) e as infeções (22,9%).

No que toca à DP, a idade média dos doentes que iniciaram tratamento com esta técnica foi pouco superior a 50 anos e mais de 80% foram seguidos por um nefrologista. A primeira causa de abandono desta técnica de substituição renal foi a falência da ultrafiltração (38,1%), logo seguida de infeção relacionada com o acesso peritoneal (30,5%). O número de peritonites por doente foi de 0,43 (0,46 em 2011) e as doenças cardiovasculares foram responsáveis por mais de metade das mortes de doentes em tratamento (52,5%).

Ao nível da transplantação, o número de transplantes renais provenientes de cadáver e de dador vivo diminuiu pelo segundo ano consecutivo. A unidade que mais transplantes renais realizou foi a do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (119), seguida pela do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (101), que registou o maior número de transplantes renais de dador vivo (19). O transplante renal foi o primeiro tratamento substitutivo da função renal em 19 doentes, no ano de 2012. //



PUB.



## Diálise Peritoneal

Começar com Força para manter a Força



**INICIE**

**HOJE**

ANTECIPE OS BONS RESULTADOS

**ALTAMENTE EFICAZ NA  
PREVENÇÃO DA REJEIÇÃO...**

**... COM MINIMIZAÇÃO PRECOCE DOS  
E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA**

 **NOVARTIS**

Novartis Farmê – Produtos Farmacêuticos S.A. | Sede Social: Rua do Carmo Empresarial, Edif. 8 – Quinta da Beira – 2710-444 Sintra (Dist. de Sintra) Pessoa coletiva n.º 500063224 – Sociedade Anónima  
Cap. Social: EUR 2.400.000 | [www.novartis.pt](http://www.novartis.pt)