

# SPN NEWS

N.º 30 | trimestral | novembro '13 a fevereiro '14

Newsletter Informativa da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**DR. JOSÉ VINHAS**

Presidente do Encontro  
Renal 2014

«**TEREMOS MAIS  
SESSÕES E MAIOR  
DIVERSIDADE  
DE TEMAS**»

Em entrevista, o diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo anuncia as principais novidades do Encontro Renal 2014 (9 a 12 de abril, em Vilamoura) e comenta o estado dos cuidados nefrológicos em Portugal. A colaboração com outras sociedades médicas e um maior número de sessões científicas, com duas salas a funcionar em simultâneo, são algumas das inovações da reunião magna da Nefrologia nacional em 2014. **Pág.6**



**IN SITU**

Reportagem no  
Serviço de Nefro-  
logia do Hospital  
Beatriz Ângelo, em  
Loures. **Pág.10**



**SEM FILTRO**

Entrevista ao Prof. Hélder  
Trindade, presidente do  
Instituto Português do  
Sangue e da Transplan-  
tação. **Pág.14**



Sociedade  
Portuguesa  
de Nefrologia

# AGENDA

DIAS	EVENTO	LOCAL	+ INFO.
DEZEMBRO			
5 e 6	I Curso de Transplantação para Medicina Geral e Familiar	Sana Lisboa Hotel	spt.pt
5 a 8	45 <sup>th</sup> Course on Advances in Nephrology, Dialysis and Transplantation	Milão, Itália	spnefro.pt
6 e 7	Simpósio «Da doação e colheita de órgãos à Transplantação»	Sana Lisboa Hotel	spt.pt
<b>2014</b>			
JANEIRO			
22 a 24	16 <sup>th</sup> International Conference on Dialysis	Las Vegas, EUA	renalresearch.com/RR1
FEVEREIRO			
1	Reunião «CKD-MBD: Made in Portugal» – 2.ª edição	Hotel Curia Palace	spnefro.pt
8 a 11	34 <sup>th</sup> Annual Dialysis Conference	Atlanta, EUA	som.missouri.edu/dialysis
20 a 22	EVIT (Evidence in Transplantation) Course 2014	Londres, Reino Unido	esot.org
20 a 23	8.º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global	Centro de Congressos de Vilamoura	sphta.org.pt
MARÇO			
4 a 7	19 <sup>th</sup> International Conference on Advances in Critical Care	San Diego, EUA	crtonline.com
6 a 9	11.º Congresso Português da Diabetes	Centro de Congressos de Vilamoura	spd.pt
6 a 9	ISN (International Society of Nephrology) Forefronts Symposium Intrinsic Regulation of Kidney Function	Charleston, EUA	isnforefronts.org
16 a 21	Harvard Medical School Nephrology Course	Boston, EUA	nephrology-boston.com
18 a 21	The Kidney as an Endocrine Organ	Warwick, Reino Unido	warwick.ac.uk
27 a 29	Nephrology Update West Lake Forum	Hangzhou, China	westlakeforum.net
ABRIL			
3 a 6	ISN Nexus Symposium «New Era of Drug Discovery and Clinical Trials in Kidney Disease»	Bergamo, Itália	isnnexus.org
8 a 12	Encontro Renal 2014	Centro de Congressos de Vilamoura	spnefro.pt
11 a 13	Acute Dialysis Quality Initiative	Darden, EUA	adqi.net

## 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:



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

### Apoios:

abbvie

Baxter

DIAVERUM

NOVARTIS

OM Pharma

SANOFI

# // TEMPO DE BALANÇO E DE OLHAR EM FRENTE

Em primeiro lugar, quero saudar todos os membros da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Nesta última edição de 2013 da *SPN News*, e com a proximidade do final do ano, é tempo de fazer um balanço do primeiro ano do novo mandato da atual direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e de anunciar as iniciativas já planeadas para 2014.

Aproveito para saudar também a equipa da Esfera das Ideias por este primeiro ano de parceria, como editora da *SPN News*. Foram publicados quatro números, com uma aceitação generalizada entre os sócios da SPN. Foi uma boa aposta, considerando a evolução e o resultado final da reformulação desta nossa *newsletter*. A *SPN News* está de parabéns, tal como as entidades que a suportam: a SPN e os seus sócios, a Esfera das Ideias e as empresas da indústria farmacêutica, sem as quais não teria sido possível dar continuidade a este projeto.

Outro ponto positivo é que, apesar das contingências económico-financeiras, conseguimos organizar um excelente Encontro Renal 2013, presidido pelo Dr. António Cabrita. Foi uma reunião com bom retorno científico e equilíbrio financeiro – graças, uma vez mais, ao indispensável apoio da indústria. Quero também assinalar a realização da primeira Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, organizada pelo nosso Grupo de Estudos nesta área, coordenado pelo Prof. Joaquim Pinheiro, e da sexta edição do *Update Course of Peritoneal Dialysis*, com a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, bem como do Curso «Doenças sistémicas e o Rim», coordenado pela Dr.<sup>a</sup> Cristina Santos.

Sublinho ainda os apoios que nos permitiram manter viva e desenvolver a nossa biblioteca *online*, que já estão garantidos para 2014. Podemos já anunciar a realização da segunda edição da Reunião «CKD-MBD: *Made in Portugal*», sobre doença renal óssea, no dia 1 de fevereiro de 2014, que decorrerá novamente na Curia.

Com muito agrado, anuncio que a reformulação do Registo do Tratamento da Doença Renal Terminal da SPN se encontra em fase de finalização, passando a incluir não só os dados agregados, como também o registo individual.

É importante ressaltar que, sem o patrocínio da indústria farmacêutica, nomeadamente das empresas Amgen, Baxter–Gambro, Sanofi e Abbvie, para referir as que mais nos apoiaram, não teria sido possível concretizar muitas das atividades desenvolvidas. Em meu nome pessoal e da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, agradeço publicamente os apoios recebidos.

Finalmente, estamos já a trabalhar na organização do Encontro Renal 2015, que será presidido pela Dr.<sup>a</sup> Teresa Morgado, diretora do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, conforme aprovado na Assembleia da SPN de 16 de novembro de 2013. Esta reunião irá realizar-se no Centro de Congressos de Vilamoura, de 15 a 18 de abril de 2015.

Oportunamente, serão divulgadas novas atividades que estão em preparação para 2014.

Votos de boas festas para todos!  
Um abraço,



**// FERNANDO NOLASCO**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## 4 // DE NOVO

Novas evidências no campo da Nefrologia

## 6 // SEM FILTRO

Entrevista ao Dr. José Vinhas sobre o Encontro Renal 2014 e outros temas de atualidade

## 10 // IN SITU

Visita ao Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures

## 12 // NEFROEVENTOS

Antevisão do VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia e do 15<sup>th</sup> Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis



**13 // Balanço do Curso «Doenças sistémicas e o Rim», coordenado pela Dr.ª Cristina Santos**

## 14 // FLUXOS

O Prof. Hélder Trindade fala sobre o estado da transplantação renal



## 16 // EVIDÊNCIAS

Resultados de 2012 do Registo Nacional de Biopsias Renais

19 // Meta-análise reforça os benefícios dos quelantes de fósforo sem cálcio

## ÓRGÃOS SOCIAIS 2013-2016

### DIREÇÃO

**Presidente:** Fernando Nolasco

**Vice-presidente:** Maria Fernanda Carvalho

**Secretária:** Josefina Santos

**Tesoureira:** Cristina Santos

**Vogais:** Rui Alves, Fernando Neves e Alberto Caldas Afonso

### CONSELHO FISCAL

**Presidente:** Carlos Pires

**Vogais:** Carlos Barreto e Pedro Pessegueiro

### MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente:** António Cabrita

**Vice-presidente:** André Weigert

**Secretária:** Manuela Burstoff Guerra



## // Estudo prova eficácia da carboximaltose férrica na anemia

Os resultados do estudo FIND-CKD (*Ferric Carboxymaltose Assessment in Subjects With Iron Deficiency Anaemia and Non-dialysis-dependent CKD*) foram apresentados em primeira mão na Kidney Week 2013, que decorreu em Atlanta, nos EUA, de 5 a 10 do corrente mês de novembro, organizada pela American Society of Nephrology.

O FIND-CKD incluiu cerca de 600 doentes renais crónicos não dependentes de diálise, oriundos de 20 países, e avaliou a eficácia e a segurança a longo prazo da administração de ferro por via intravenosa no tratamento da anemia por deficiência de ferro. As primeiras conclusões indicam que o tratamento intravenoso com carboximaltose férrica – numa dose inicial de 1 000 mg e doses subsequentes em concordância com as *guidelines* para manutenção dos níveis de ferritina – prolonga o tempo até que sejam necessárias outras formas de tratamento da anemia (nomeadamente com agentes estimuladores da eritropoiese ou transfusão de sangue), nos doentes renais crónicos não dependentes de diálise.

Segundo o Dr. Fernando Neves, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e investigador principal do estudo FIND-CKD, «confirmou-se a eficácia e a segurança de uma nova apresentação de ferro intravenoso, com o benefício acrescido de permitir uma maior dose numa só administração». «Para os doentes renais crónicos ainda fora de diálise e para os doentes em diálise peritoneal, esta constatação tem uma importância enorme, pois permite evitar as punções venosas repetidas, reservando os vasos para os cruciais acessos vasculares.»

Fernando Neves refere ainda que «outra apresentação de ferro intravenoso disponível no mercado necessita de pelo menos duas administrações para atingir a dose que uma só administração de carboximaltose férrica atinge». «No entanto, o preço desta terapêutica, que é cerca de dez vezes mais elevado, condicionará o seu uso disseminado.» Clinicamente relevante e comum a todas as apresentações de ferro intravenoso é «o risco de reações graves de hipersensibilidade». Assim, na opinião deste nefrologista, «o ferro intravenoso só deverá ser administrado em unidades de saúde com recursos de reanimação cardiopulmonar».

## // Papel do doseamento da cistatina C como marcador da função renal

Um novo estudo internacional do Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium (CKD-PC) concluiu que o doseamento da cistatina C no sangue, isoladamente ou em combinação com o doseamento da creatinina sérica, reforça a associação entre a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) e os riscos de morte e de doença renal crónica (DRC) em estágio final.

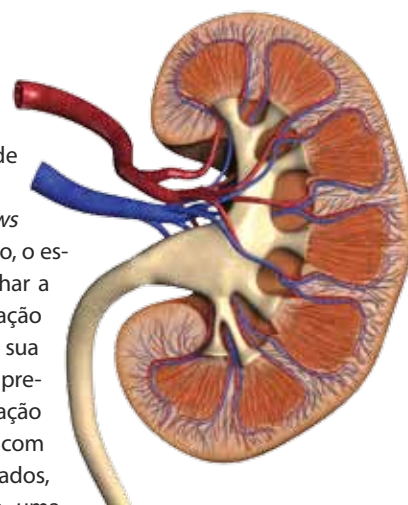
Nesta investigação publicada na edição de setembro deste ano do *New England Journal of Medicine*, os autores analisaram 11 estudos que envolveram elementos da população em geral e doentes renais crónicos, num total de cerca de 93 000 indivíduos. Foi comparada a associação da função renal (calculada pela TFGe com creatinina, cistatina C ou ambas) ao risco de morte, mortalidade por doença cardiovascular e doença renal terminal.

Os resultados demonstraram, essencialmente, «que os riscos associados ao declínio da função renal surgem mais precocemente do que o estabelecido pela TFGe medida pela creatinina (60ml/min/1,73m<sup>2</sup>) no diagnóstico de DRC. Com efeito, estas complicações foram registadas logo a partir dos 85ml/min/1,73m<sup>2</sup>, quando utilizada a cistatina C», elucida o Prof. Rui Alves, nefrologista e docente na Faculdade

de Medicina da Universidade de Coimbra.

Convidado pela *SPN News* para comentar este novo estudo, o especialista diz que «vem sublinhar a vantagem da cistatina C em relação à creatinina, no que respeita à sua maior sensibilidade na deteção precoce, estadiamento e estratificação do risco da DRC». Além disso, com base nos resultados encontrados, «está lançado o desafio para uma eventual revisão e reescalonamento dos atuais estádios de evolução da DRC», assinala Rui Alves.

Este «é um trabalho interessante», cujas conclusões extravasam o campo de intervenção da Nefrologia. «Para a prática clínica, é de sublinhar que em todas as áreas da Medicina é fundamental medir a TFG, seja qual for a condição clínica ou o método a utilizar», conclui Rui Alves.



## // Novas pistas para aumentar a sobrevida dos doentes em diálise peritoneal

Artigo «Independent effects of systemic and peritoneal inflammation on peritoneal dialysis survival» – o primeiro relativo ao *Global Fluid Study* (um ensaio multinacional, multicêntrico, prospectivo e com *follow-up* até oito anos) – foi publicado no *Journal of the American Society of Nephrology*, em setembro deste ano, e aponta caminhos para aumentar a sobrevida dos doentes em diálise peritoneal (DP).

Este estudo demonstrou que a inflamação sistémica e na cavidade peritoneal são processos distintos. Com efeito, é a inflamação sistémica que controla o *outcome* sobrevivência, ao passo que a inflamação peritoneal controla a sobrevivência da membrana. Os dados obtidos resultam de um trabalho que levou 12 anos a completar, envolvendo mais de 1 500 doentes renais crónicos.

A *SPN News* convidou a Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, coordenadora do Grupo de Estudo de DP da SPN e responsável pela Unidade de DP do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, a comentar este artigo. Aqui fica a sua opinião, em discurso direto:

«Este estudo refuta a hipótese que associava o transporte peritoneal rápido a maior mortalidade, por meio da sua associação com a inflamação sistémica. A idade, as comorbilidades e a inflamação sistémica traduzida pela interleucina 6 (IL-6) foram preditores independentes da sobrevida dos doentes incidentes enquanto os níveis de IL-6 no dialisado e o transporte peritoneal rápido não tiveram efeito. Também no grupo prevalente, a idade, as comorbi-



dades e a IL-6 sistémica, mas não a IL-6 do efluente, foram preditores de sobrevida. Nestes casos, contudo, o transporte peritoneal rápido associou-se a um aumento da mortalidade.

É com muito agrado que vejo estes resultados validarem a investigação prévia do nosso grupo de estudos, numa altura em que a associação entre transporte rápido e inflamação sistémica parecia inquestionável (*Nephrology Dialysis Transplantation*. 2006 Mar;21(3):763-9). Também documentámos a dissociação entre a inflamação sistémica e a local nos doentes incidentes, bem como a associação positiva e independente da IL-6 intraperitoneal com o transporte peritoneal (*American Journal of Nephrology*. 2007;27(1):84-91).

Sabe-se que a sobrevida do doente em diálise peritoneal e hemodiálise é globalmente similar e limitada. O desafio é vencer as complicações sistémicas do acesso, a bioincompatibilidade dos processos e, particularmente, a inexorável progressão da repercussão sistémica da uremia. Na diálise peritoneal é imperioso perseguir ambos os eixos de intervenção: a prevenção das infeções e dos distúrbios metabólicos sistémicos pró-inflamatórios, bem como a monitorização funcional da membrana peritoneal com tratamento ajustado.»

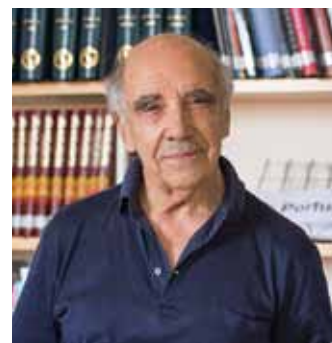
## // Prémio Nacional de Saúde 2013 atribuído a Levi Guerra

Prof. Levi Guerra recebeu o Prémio Nacional de Saúde 2013 como um reconhecimento pelo seu trabalho na divulgação da diálise. Segundo o comunicado da Direção-Geral da Saúde, publicado no dia 4 de outubro passado, este nefrologista é «uma personalidade que contribuiu inequivocamente para ganhos em saúde, ao ter um papel fundador e divulgador da diálise renal».

Levi Guerra foi diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital de São João, no Porto, e, em 1968, iniciou o programa de hemodiálise em

doentes renais crónicos terminais no Hospital de Santo António, onde criou o Serviço de Nefrologia. Em declarações à *SPN News*, o nefrologista confessa-se honrado com a distinção e elogia «o excelente sistema de assistência aos doentes renais de que Portugal dispõe atualmente».

O Prémio Nacional de Saúde é atribuído pelo Ministério da Saúde e visa distinguir, anualmente, uma personalidade que tenha contribuído para a obtenção de ganhos em saúde ou para o prestígio das instituições do Serviço Nacional de Saúde.



PUB.





## «O DESAFIO DO FUTURO É PERMITIR AO DOENTE ESCOLHER A MODALIDADE DE TRATAMENTO»

Duas salas com sessões em paralelo e reuniões conjuntas com outras sociedades médicas são algumas das novidades do Encontro Renal 2014 (9 a 12 de abril, em Vilamoura), que o seu presidente, Dr. José Vinhas, apresenta nesta entrevista. O programa da reunião magna da Nefrologia nacional foi o ponto de partida para uma conversa com o também diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, sobre os desafios que se colocam à especialidade.

**Inês Melo e Luís Garcia**

### // Quais são as principais linhas orientadoras na organização do programa do Encontro Renal 2014?

Propus um modelo um pouco diferente do habitual, com duas salas a funcionar em simultâneo. Penso que as salas só ficam vazias quando os temas não interessam às pessoas. Do ponto de vista prático, isto significa que os temas do Encontro Renal 2014 duplicaram, permitindo uma maior diversidade. Teremos temas novos, desde a política de saúde até áreas que, normalmente, não fazem parte dos nossos congressos, como a Nefrologia Pediátrica.

### // A colaboração com outras sociedades médicas será também um ponto forte?

Sim, o Encontro Renal já costuma englobar o Congresso Português de Nefrologia, o Congresso da Associação Portuguesa de Enfer-

meiros de Diálise e Transplantação e, regularmente, o Congresso Luso-Brasileiro. Este ano, pareceu-me importante procurar outras sociedades que têm elos comuns com a Nefrologia. Por isso, convidámos quatro sociedades médicas: Transplantação, Diabetes, Cardiologia e Pediatria (Secção de Nefrologia Pediátrica) para realizar reuniões conjuntas, sob a forma de blocos de hora e meia, com três apresentações cada. Será uma forma de fomentar o diálogo entre diferentes especialidades médicas.

### // O que espera da sessão dedicada à política de saúde?

Gostaria que fossem discutidas as novas formas de pagamento em diferentes países. Na tradição portuguesa, quando um medicamento chega ao mercado, é mais caro do que os anteriores, mesmo que nem sempre seja melhor, precisamente porque é novo e

porque a sua investigação teve custos importantes. Na Alemanha, por exemplo, existem, há três anos, formas de pagamento baseadas no benefício clínico. No Reino Unido e nos Estados Unidos, também há experiências de preço baseado no valor, entendido como a relação entre o benefício clínico e o custo do medicamento. A minha ideia é discutir este tipo de pagamento em Portugal. Para isso, teremos presente um responsável do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do Reino Unido, e o Prof. Eurico Castro Alves, presidente do Infarmed.

### // Qual a sua opinião sobre a forma de pagamento dos fármacos em Portugal?

Não tem havido novas formas de pagamento. Não estabelecemos preços de acordo com o benefício clínico, porque isso implica que tenhamos uma agência de avaliação de tecnologia em saúde que avalie o benefício dos medicamentos de forma autónoma. Com base nesta análise, Portugal teria de estabelecer regras e decidir qual o comparador para cada situação. Na Alemanha, por exemplo, o pagador só gasta mais se o novo medicamento provar que tem maior benefício clínico do que o seu comparador.

Em Portugal, não estamos nessa fase, até porque não temos nenhum instituto como o NICE ou como o Institute for Quality and Efficiency in Healthcare (IQWiG). Precisaríamos de ter uma entidade independente que fizesse uma avaliação do benefício dos medicamentos. O nosso País só tem dois caminhos: ou cria essa agência; ou utiliza as agências internacionais. Embora seja difícil implementar este tipo de modelo de pagamento, acredito que é a única forma de reduzir, de modo racional, o custo da medicação. O que se tem feito em Portugal são cortes cegos e transversais, negociados com a indústria farmacêutica, sem considerar o benefício do medicamento. Esta é uma necessidade, dada a situação do País, mas não é uma forma muito inteligente de atuar.

### // Que temas destaca no programa científico do Encontro Renal?

Haverá temas muito diferentes, desde a genética às doenças glomerulares primárias, passando por dados de epidemiologia da doença renal crónica (DRC) – apresentados por duas convidadas da Holanda que trabalham no registo da European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association.

### // A esse propósito, o que pensa sobre a elevada taxa de DRC em Portugal?

Não sei se é assim tão elevada. A prevalência da DRC em geral, sobretudo nos estádios mais precoces, não é mais elevada em Portugal do que nos outros países. O estudo *Prevalência da Diabetes em Portugal* (PREVADIAB), uma iniciativa conjunta da Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal e da Sociedade Portuguesa de Diabetes, permitiu-nos também aferir a prevalência da DRC, sobretudo nos estádios 3 e 4. E os dados não mostram que esta seja mais prevalente em Portugal do que nos outros países da Europa.

Quando se fala da elevada prevalência da DRC, normalmente estamos a referir-nos à população em diálise – e aí temos um problema que é o estádio 5, definido como DRC em diálise, não ser

## // DESTAQUES DO ENCONTRO RENAL 2014

### 10 DE ABRIL, QUINTA-FEIRA

// Conferência inaugural «É possível infletir a curva dos custos com melhores resultados e sem pôr em causa a qualidade?»

Proferida pelo Prof. Carlos Gouveia Pinto, entre as 9h00 e as 9h45.

// Simpósio de política de saúde «Novos sistemas de reembolso de produtos medicinais: o admirável mundo novo»

O Prof. Eurico Castro Alves, do Infarmed, a Dr.ª Gillian Leng, de Londres, e um especialista norte-americano debatem as novas formas de pagamento dos medicamentos, entre as 11h30 e as 13h00.

// Miniconferência «Epidemiologia da Doença Renal Crónica»

As Dr.ª Katharina Lombard-Brück e Kitty Jager, de Amesterdão, apresentam dados sobre a prevalência e a incidência da doença renal crónica (DRC) na Europa e o Dr. José Vinhas fala sobre a realidade portuguesa, entre as 14h30 e as 16h00.

### 11 DE ABRIL, SEXTA-FEIRA

// Simpósio «Cancro e o rim»

Os Drs. Paul Cockwell, José Mário Mariz e José Maximino falam sobre doenças oncológicas com manifestações renais, entre as 9h30 e as 11h00.

// Reunião conjunta da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) com a Sociedade Portuguesa de Diabetes

As endocrinologistas Dr.ª Paula Bogalho e Dr.ª Carla Baptista juntam-se ao nefrologista Prof. Rui Alves, para discutir a relação entre a diabetes e a doença renal, entre as 9h30 e as 11h00.

// Hot topics «Hemodiálise: o novo e o antigo»

O Prof. Aníbal Ferreira e os Drs. Carlos Oliveira, Pedro Ponce e João Paulo Travassos debatem diferentes posições relativas à hemodiálise de baixo e de alto fluxo e ao tempo semanal de diálise, entre as 11h30 e as 13h10.

// Reunião conjunta da SPN com a Sociedade Portuguesa de Transplantação  
O Prof. Fernando Nolasco, a Dr.ª Susana Sampaio e o Prof. André Weigert debatem questões relacionadas com a transplantação renal, entre as 11h30 e as 13h00.

### 12 DE ABRIL, SÁBADO

// Registos

O Dr. José Vinhas revela os primeiros dados do estudo Odyssey e o Dr. João Paulo Oliveira apresenta outro estudo sobre a síndrome de Alport em Portugal, entre as 8h30 e as 9h30.

// Conferência matinal «25 anos de tratamento da anemia na doença renal crónica»

Proferida pelo Dr. Fernando Carrera, entre as 8h30 e as 9h30

// Reunião conjunta da SPN com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia

A Dr.ª Fátima Franco Silva, o Dr. Nuno Lousada e o Prof. Henrique Luz Rodrigues abordam a hipertensão arterial e outros fatores de risco em pessoas com DRC, entre as 9h30 e as 11h00.

// Simpósio «Diálise peritoneal: prescrição centrada no doente»

A Dr.ª Carla Araújo, a Dr.ª Ana Carmona e a Prof.ª Anabela Rodrigues debatem as recentes tendências nesta modalidade de tratamento, entre as 11h30 e as 13h00.

// Reunião Conjunta da SPN com a Secção de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

A Dr.ª Helena Pinto e a Dr.ª Fátima Alves serão duas das oradoras desta sessão dedicada às malformações congénitas nefrourológicas, entre as 11h30 e as 13h00.



**«Necessitamos de aumentar a transplantação de dador vivo, que tem vindo a crescer muito lentamente em Portugal e ainda representa uma percentagem mínima»**



uma doença, mas um tratamento. O facto de os padrões de prática poderem ser entre países pode explicar as diferentes incidências e prevalências. Em vários países, mudanças no sistema de saúde ou na forma de pagamento alteraram, de modo significativo, a prevalência da DRC em diálise em poucos anos.

**// Voltando ao programa científico, que outros pontos destaca?**

No sábado, dia 12 de abril, serão apresentados dados do Odyssey, um estudo na população em diálise que procura avaliar os

padrões de prática dos médicos de diferentes centros ao longo do tempo, nomeadamente, por exemplo, aquando da introdução do preço compreensivo, em 2008. Até aí, os pagamentos eram feitos pelo serviço prestado; nos últimos anos, tem-se vindo a incorporar todos os serviços num pacote único, para o qual é definido um valor – o preço compreensivo. Este tipo de sistema passa para o prestador alguns riscos económicos associados à prestação do serviço. A perspetiva do pagador é que o prestador gira de forma mais eficiente os recursos disponíveis, mas existe o potencial risco de este não prestar alguns serviços que deveria.

Uma das questões a que é suposto o estudo Odyssey responder é se esta forma de pagamento teve alguma influência sobre a prática médica. Por outro lado, pretende verificar também se existe alguma relação entre estes diferentes padrões de prática e os resultados clínicos obtidos em termos de redução da mortalidade e da hospitalização. Os dados deste estudo, que tem cinco anos e ainda não está fechado, serão apresentados pela primeira vez no Encontro Renal 2014.

**// Quais são os principais desafios atuais da Nefrologia?**

Penso que é relativamente consensual na comunidade nefrológica que a melhor opção de tratamento é a transplantação renal – e o número de transplantes de cadáver realizados, que já nos colocou no topo a nível mundial, reduziu muito. Por isso, o principal desafio, para já, é retomar os níveis de transplantação que já tivemos. Se continuarmos a considerar que a transplantação de dador vivo é a que obtém melhores resultados, também necessitamos de aumentar esta prática, que tem vindo a crescer muito lentamente em Portugal e ainda representa uma percentagem mínima. Este não é um objetivo imediato, mas para o médio/longo prazo. Em termos de diálise, no futuro, o desafio será permitir que, caso não tenha contra-indicação para alguma das técnicas, o doente possa escolher livremente entre a hemodiálise e a diálise peritoneal, após ser devidamente informado.

**// O que está a impedir o crescimento da diálise peritoneal?**

Não existe um número mágico para a percentagem de doentes que devem realizar este tratamento. O número ideal poderia resultar da soma dos que quisessem e pudessem ter acesso à diálise peritoneal. Esse número mudaria de local para local, seguramente, consoante se tratasse de populações mais ou menos idosas, com maior ou menor diferenciação educacional, etc. De qualquer forma, historicamente, temos registado percentagens mais baixas do que a média dos países europeus.

**// A que se devem essas baixas percentagens?**

Uma das condicionantes é o facto de a diálise peritoneal só ser financiada nas unidades hospitalares públicas, onde a percentagem de doentes tratados por esta técnica chega a atingir mais de 50%. Mas não nos podemos esquecer que a maioria dos doentes faz diálise em unidades privadas. O ideal seria, havendo indicação, o doente poder escolher. Ao criar a Norma de Orientação Clínica 17, sobre o tratamento conservador da DRC, a Direção-Geral da Saúde mostrou que está a fazer um esforço nesse sentido. //

# POTÊNCIA NA EFICÁCIA

No doente diabético...

O CONTROLO E A PROTEÇÃO  
SÃO FUNDAMENTAIS



# // PROFISSIONAIS EXPERIENTES FAZEM CRESCER UM NOVO SERVIÇO DE NEFROLOGIA



**A EQUIPA (da esq. para a dta.): Dr. Mário Raimundo, Dr.ª Ana Cortesão Costa, Dr.ª Catarina Teixeira, Dr.ª Sónia Silva, Sónia Carvalho (secretária), Prof. Edgar Almeida (diretor), Pedro Carrapato (enfermeiro-chefe), João Casal e Teresa Paquete (enfermeiros) e Lina Bento (auxiliar)**

Aproveitando a experiência adquirida no Hospital de Santa Maria, onde se formaram, os cinco nefrologistas do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, estão apostados em fazer da sua intervenção um exemplo a nível nacional. Conheça o interior de um dos Serviços de Nefrologia mais recentes do País.

**Luís Garcia**

**A** chegada dos jornalistas da *SPN News* ao Hospital Beatriz Ângelo (HBA), já o Prof. Edgar Almeida, diretor do Serviço de Nefrologia, tinha a equipa reunida. Os cinco nefrologistas vinham da habitual reunião diária, na qual partilham tarefas e discutem os casos mais complexos. A proximidade entre os elementos da equipa não se resume, porém, às reuniões matinais. Ao longo do dia, são vários os momentos em que trocam ideias, pedem conselhos e se ajudam mutuamente.

As vantagens de trabalhar num serviço relativamente pequeno junta-se o conhecimento mútuo, de longa data, da equipa de Nefrologia do HBA. É que, embora o Serviço tenha começado a funcionar apenas em fevereiro de 2012, com a abertura deste novo Hospital, os cinco médicos já eram colegas no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (HSM).

O primeiro a chegar foi Edgar Almeida, um experiente nefrologista, com 25 anos de trabalho no HSM, ao qual se juntaram, progressivamente, quatro especialistas mais jovens. A coesão de uma equipa sólida e solidária, formada na mesma instituição, facilitou a integração de todos e é uma das mais-valias do Serviço. «Não queremos transformar o HBA num HSM em miniatura, mas foi lá que aprendemos todos os nossos princípios. Orgulhamo-nos de termos feito a nossa formação no Santa Maria, que é uma grande escola», sublinha Edgar Almeida.

Opinião idêntica tem a Dr.ª Sónia Silva, que destaca a importância da experiência adquirida num hospital de fim de linha, com grande número e diversidade de doentes. No HBA, porém, esta nefrologista encontrou «uma tela em branco», na qual um grupo motivado, repleto de ideias e planos, tem tido oportunidade de criar um Serviço de raiz, evitando as limitações e «vícios» próprios de centros mais antigos.

Edgar Almeida garante que a oportunidade tem sido bem aproveitada e não poupa elogios aos colegas. «É uma equipa espetacular e muito dinâmica. As pessoas estão em sintonia, porque conhecem as metas a atingir e sabem que o esforço é valorizado de forma imediata», sublinha.

Os resultados estão à vista. O número de consultas e tratamentos tem vindo a crescer de forma acelerada e as listas de espera diminuíram até ao limite. «Neste momento, os utentes da área de influ-

## // NÚMEROS

<b>5</b> nefrologistas	<b>9</b> enfermeiros	<b>5 200</b> sessões de hemodiálise*	<b>11</b> biopsias renais*	<b>30</b> cateteres colocados*
<b>21</b> sessões de plasmaférese*	<b>23</b> consultas de opções terapêuticas de substituição renal*	<b>484</b> primeiras consultas*	<b>1 441</b> consultas subsequentes*	

\*de janeiro a setembro de 2013

## // LUTAR CONTRA UMA «EPIDEMIA»

Segundo o Prof. Edgar Almeida, o convite para criar e dirigir o Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo veio no momento certo. Após um percurso de 25 anos no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, onde cumpriu quase todos os graus da carreira médica, o especialista aceitou «um projeto ambicioso» que lhe tem permitido «implementar algumas das ideias que tinha para o funcionamento de um serviço».

Na área de intervenção do Hospital Beatriz Ângelo, que abrange cerca de 310 000 habitantes, Edgar Almeida encontrou «muitas carências não apenas em Nefrologia, mas nos cuidados médicos em geral». Além de contribuir para a melhoria deste cenário, o nefrologista e professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa pretende reforçar a sensibilização da classe médica e da população para a doença renal crónica, que considera «uma epidemia em Portugal».

«Temos a taxa de incidência mais elevada da Europa e uma das taxas de prevalência mais altas. Não se compreende porquê. Estamos a falhar na prevenção primária e compete aos nefrologistas intervir», defende o diretor. A atribuição de um maior peso à formação em doença renal crónica no curso de Medicina e o reforço da ligação entre a Nefrologia e a Medicina Geral e Familiar são duas das soluções possíveis.



ência do HBA conseguem consulta de Nefrologia em menos de um mês – em alguns casos, podemos mesmo marcar para o dia seguinte, se o doente tiver disponibilidade.»

Também Sónia Silva destaca a «grande capacidade logística e de recursos humanos» do Serviço de Nefrologia. «A administração tem uma preocupação muito grande com este aspeto e chama-nos a atenção no sentido de otimizarmos, ao máximo, o tempo de resposta aos pedidos que temos – o que não só tem benefícios para o doente, como pode evitar algumas idas à urgência.»

### APROXIMAÇÃO À MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Desde o início, uma das prioridades do Serviço de Nefrologia do HBA tem sido a proximidade com os centros de saúde da sua área de intervenção. «Pensamos que os clínicos de Medicina Geral e Familiar [MGF] estão um pouco isolados na sua atividade e não

podem sentir que o hospital está de costas voltadas para o seu trabalho», explica Edgar Almeida. Por isso, o Serviço de Nefrologia tem organizado reuniões com aqueles especialistas, no HBA, e, em 2014, vai iniciar ações de formação nos próprios centros de saúde, integradas num programa de formação pós-graduada elaborado em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

«Nos estádios mais precoces da doença renal crónica, terão de ser os médicos de MGF a fazer o acompanhamento dos doentes, embora estejamos dispostos a ajudá-los. Temos de definir exatamente quem deve ser acompanhado no centro de saúde e em que circunstâncias um doente deve ser referenciado para a nossa consulta», explica Edgar Almeida.

Um dos grandes objetivos deste Serviço para o futuro é o reforço do ainda incipiente programa de diálise peritoneal.

Este aspeto será um passo fundamental para que se cumpra outro dos desígnios da equipa: obter idoneidade formativa e receber internos.

O desenvolvimento de linhas de investigação é outro ponto a melhorar. Embora não descarte a hipótese de apostar na investigação básica, Edgar Almeida gostaria que a equipa fizesse um estudo sobre a prevalência e a evolução da doença renal crónica na zona de influência do HBA, que pudesse servir de base para a implementação de medidas práticas.

De resto, o objetivo primordial da equipa continua a ser produzir um «grande benefício» para a população com a sua intervenção local. «Se conseguirmos reduzir a taxa de incidência da doença renal neste território, ficaremos muito felizes, porque contribuimos para os resultados nacionais e a nossa experiência poderá até ser reproduzida em outros locais, como uma área-piloto. Creio que temos equipa e recursos para isso», conclui, com confiança, Edgar Almeida. //

### // EXCELÊNCIA DAS INSTALAÇÕES



A qualidade das instalações e do equipamento do Hospital Beatriz Ângelo (HBA) facilita o trabalho dos profissionais do Serviço de Nefrologia. Dois exemplos: na enfermaria, os quartos, repletos de luz natural, têm apenas duas camas e casa de banho privativa; as zonas de isolamento e os postos de diálise para pessoas com doenças infecciosas cumprem todos os requisitos, com portas apropriadas e mecanismos para evitar a transmissão e as infeções hospitalares. Perante este cenário, o Prof. Edgar Almeida é um diretor de Serviço satisfeito: «Todos os anos, a administração pergunta-me o que é necessário, em termos de equipamento, e não tenho pedido nada.»

O HBA está em processo de aprovação da certificação pela Joint Commission International, tendo obtido, recentemente, uma aprovação preliminar com o significativo resultado de 98% em conformidade com os critérios definidos.

## // Congresso Luso-Brasileiro vai discutir os novos horizontes da Nefrologia



De 24 a 27 de setembro de 2014 decorrerá, em Belo Horizonte, no Brasil, o VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia em simultâneo com o XXVII Congresso Brasileiro de Nefrologia. «Novos horizontes para a Nefrologia» é o tema central desta reunião que tem como principal objetivo «apresentar os mais recentes avanços ao nível do diagnóstico, da prevenção e do tratamento das doenças renais», conforme indica o seu presidente, Dr. José Augusto Meneses da Silva.

Assim sendo, uma das principais preocupações na organização deste Congresso, que contará com a participação de especialistas de Portugal e de toda a América Latina, é «oferecer um programa científico amplo, atrativo e provocador». Serão abordados «temas atuais, estabelecidos ou controversos, contando, para isso, com palestrantes de renome, que irão abranger todas as áreas da Nefrologia e discutir os últimos avanços e tendências futuras», destaca José Augusto Meneses.

Os congressistas serão convidados a debater questões como: terapêutica de reposição da função renal na doença renal aguda; desnervação renal na hipertensão arterial resistente; novas estratégias de prevenção e tratamento na nefropatia diabética; obesidade sob o olhar do nefrologista; células estaminais no tratamento e regeneração do rim; alterações cardiovasculares induzidas por distúrbios do metabolismo mineral; epidemiologia da doença renal crónica no Brasil e no mundo; visão atual dos estudos comparativos entre hemodiálise e diálise peritoneal; otimização da imunossupressão no transplante renal com os agentes atualmente disponíveis e novos protocolos; e nefrolitíase. //

PUB.

## // Portugal e Espanha organizam próximo Congresso da International Society for Peritoneal Dialysis

O 15.º Congresso da International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) vai realizar-se de 7 a 10 de setembro de 2014, em Madrid, resultando de uma organização conjunta entre Espanha e Portugal. «Considerámos que uma candidatura ibérica teria mais probabilidade de acolher o evento, devido às restrições económicas atuais. Por isso, aceitámos o convite endereçado por Espanha, na pessoa do Dr. Rafael Selgas», explica a Prof.ª Anabela Rodrigues, vice-presidente do 15.º Congresso da ISPD. Recorde-se que Portugal já se tinha candidatado a acolher esta reunião no ano de 2012, que acabou por se realizar em Kuala Lumpur, na Malásia.

De acordo com Anabela Rodrigues, «tem sido levado a cabo um trabalho exaustivo de desenvolvimento do programa científico, marcado por uma grande contenção orçamental e pela procura do equilíbrio na representação dos vários continentes e dos vários grupos». No entanto, «dentro dos condicionalismos, foi mantido o empenho em proporcionar um programa estimulante e atual».

Neste contexto, o programa científico irá versar sobre «áreas de charneira, combinando sessões de ciência básica e de orientação clínica, e sessões que tocam ambas as modalidades complementares de depuração, nomeadamente a diálise peritoneal e a hemodiálise», adianta Anabela Rodrigues. Além disso, será abordada a diálise peritoneal na lesão renal aguda e a relação entre a diálise peritoneal e o transplante, «numa perspetiva de integração científica dos vários domínios terapêuticos».

A vice-presidente deste Congresso apela à participação de todos os nefrologistas nesta reunião: «Coloquem este evento na agenda e planeiem a vossa participação ativa. Contamos com o vosso entusiasmo e competência para o sucesso do nosso Congresso.» Saiba mais em [www.ispdmadrid2014.com](http://www.ispdmadrid2014.com). //



## Diálise Peritoneal

Começar com Força para manter a Força

## // CURSO SOBRE AS DOENÇAS SISTÉMICAS QUE AFETAM O RIM



Com o objetivo de atualizar os internos e jovens nefrologistas sobre o diagnóstico e a terapêutica das doenças sistémicas com repercussões renais, decorreu, no dia 19 de outubro passado, um curso sobre esta temática.

Vanessa Pais

Foram 73 os internos e jovens nefrologistas que marcaram presença no Curso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia intitulado «Doenças Sistémicas e o Rim», que decorreu no dia 19 de outubro e foi organizado pelo Serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta (HGO), em Almada. «Com um intuito primordialmente formativo, tivemos a preocupação de escolher patologias interessantes para os participantes, seja pela sua raridade ou pelas novidades ao nível do diagnóstico e do tratamento», explica a Dr.ª Cristina Santos, nefrologista no HGO e coordenadora deste curso.

A primeira patologia abordada – amiloidose nefropática familiar (ver caixa abaixo) – é um exemplo de doença rara, para a qual é importante estar alerta. O mesmo é verdade para a doença de Fabry e para a síndrome hemolítica-urémica (ver entrevistas ao lado). «Só estando atentos à possibilidade de nos depararmos com uma destas patologias é que poderemos fazer o seu diagnóstico e tratá-las atempadamente», sublinha Cristina Santos.

As gamopatias monoclonais; as novidades da patogénese e da terapêutica das vasculites; o lúpus sistémico do ponto de vista do nefrologista e do internista; as infeções virais com atingimento do rim, como a hepatite C, a hepatite B e o VIH (vírus da imunodeficiência humana); bem como a experiência com a nova terapêutica oral, ainda em fase de aprovação, para a hepatite C, em contexto de ensaio clínico, foram outros assuntos abordados.

O curso terminou com a apresentação e a discussão de dois casos clínicos. Atendendo ao número de presenças e à participação verificada em todos os momentos, Cristina Santos não hesita em fazer um balanço «muito positivo» desta oportunidade formativa. //

### // MAIOR FOCO DE AMILOIDOSE NEFROPÁTICA POR FIBRINOGÉNIO

Durante a sua conferência, a Prof.ª Luísa Lobato, coordenadora da área de Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, apresentou a experiência do seu grupo de investigação ao nível da amiloidose nefropática hereditária. Esta investigadora sublinhou que «a amiloidose nefropática por transtirretina (ATTR) é a mais comum no nosso País». No entanto, é em Portugal, particularmente no distrito de Braga, que se regista o maior foco do mundo de amiloidose nefropática por fibrinogénio, a segunda mais comum.

### // FORMADORES INTERNACIONAIS EM ENTREVISTA



**PROF. STEPHEN WALDEK**  
Consultor médico independente de Manchester, no Reino Unido

**Como é que o nefrologista pode melhorar a abordagem à doença de Fabry?**

O mais importante é não falhar o diagnóstico, para podermos iniciar o tratamento atempadamente. Para analisar o doente adequadamente, deve-se examinar a urina ao microscópio, realizar biopsias renais e os exames imagiológicos necessários, sem esquecer a história familiar.

**Que mensagem pretendeu transmitir aos participantes no curso?**

A doença de Fabry é uma causa tratável de proteinúria. Aproveito para divulgar o meu endereço de e-mail ([stephenwaldek@btinternet.com](mailto:stephenwaldek@btinternet.com)) para o caso de quererem trocar impressões sobre este assunto.



**PROF. ROLF STAHL**  
Docente na Universidade de Hamburg, na Alemanha

**Quais os principais desafios da síndrome hemolítica-urémica do ponto de vista renal?**

O maior desafio é fazer um diagnóstico precoce e atempado, pois existem várias opções terapêuticas. É imperioso fazer a análise genética, no entanto, se temos um doente com o diagnóstico clínico ou histológico, devemos começar a tratá-lo imediatamente, em vez de ficarmos à espera dos resultados dos exames genéticos.

**Como vê o futuro ao nível do tratamento desta patologia?**

A terapêutica com anticorpos monoclonais é eficaz, mas penso que serão desenvolvidas outras moléculas. Não deverá faltar muito tempo para termos um medicamento de toma oral capaz de estabilizar a síndrome hemolítica-urémica.

# «É POSSÍVEL RECUPERAR DA QUEDA NA COLHEITA DE ÓRGÃOS»

Em entrevista, o **presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), Prof. Hélder Trindade**, identifica as principais causas da queda do número de transplantes e das taxas de colheita nos últimos anos. Retomar o caminho de crescimento é possível, defende.

**Luís García**

## // Que leitura faz sobre a queda do número de transplantes renais realizados e das taxas de colheita nos últimos anos, invertendo a tendência de crescimento registada até 2010?

Temos consciência de que existem vários fatores de cariz mais demográfico – como o envelhecimento da população, os melhores cuidados médicos e a alteração do tipo de acidentes rodoviários e de trabalho – que contribuem para a diminuição da colheita. Juntando a estas dificuldades os restantes fatores identificados no relatório do IPST [sobre as causas da diminuição das colheitas e da transplantação de órgãos], temos uma conjuntura francamente adversa à colheita.

## // De entre os fatores identificados no relatório, quais os que considera terem maior influência na queda do número de transplantes?

No topo, coloco a necessidade de reforçar o envolvimento dos conselhos de administração dos hospitais na colheita. Outro dos problemas é a mobilidade dos profissionais devido à reorganização do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Dado que a reestruturação vai continuar, não vejo como ultrapassar este problema a não ser mantendo o maior nível possível de formação, para que os novos elementos tenham as competências necessárias para a identificação e manutenção dos dadores. Considero também que é necessário valorizar o papel do coordenador hospitalar de doação e de todos os profissionais envolvidos neste processo.

## // E de que forma é possível valorizar mais os profissionais envolvidos na colheita de órgãos?

Recompensando a atividade, quer em termos de remuneração, quer reconhecendo o trabalho dos profissionais perante os seus superiores e colegas. O grande potencial de aumento da colheita passa não apenas pelo coordenador, mas pelo envolvimento de todos os profissionais do hospital, no sentido de identificar potenciais dadores.

## // Em que outros aspetos pode haver melhorias para aumentar o número de colheitas e transplantes?

No relatório do IPST, é referido o problema dos incentivos. Queremos acabar com as discrepâncias existentes e clarificar a forma como são pagos os incentivos, fazendo com que as administrações hospitalares percebam que podem ser ressarcidas pelos encargos decorrentes de manter dadores. A Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS] está a trabalhar na análise financeira destes custos, de forma a estabelecer um modelo de pagamento transversal a todo o País.



## // A desmotivação dos profissionais de saúde relacionada com as dificuldades que o País atravessa pode ter influenciado a queda do número de transplantes realizados?

Há, com certeza, alguma desmotivação. Estamos a falar de pessoal altamente qualificado e não podemos perdê-lo, sob pena de tornar mais pobre o SNS e a transplantação em Portugal. O Ministério da Saúde e a ACSS estão a par deste problema e vão, certamente, encontrar propostas de solução a curto prazo.

## // A criação de uma lei nacional de transplantação seria vantajosa?

O grupo que elaborou o relatório focou a necessidade de revisão da legislação atual e de criação de uma lei única de transplantação. Esta proposta causou polémica e muitas pessoas pensaram que o problema se resolvia com a elaboração de uma lei. Não é assim. Uma lei nacional de transplantação, que englobe todas as leis existentes e as restructure num diploma único, demora anos a elaborar. Mas estamos a trabalhar nisso – nesta fase, estamos a rever leis e portarias e a propor legislação que preencha as lacunas existentes.

## // Acredita que a transplantação pode retomar o rumo positivo verificado até 2010?

Acredito que é possível parar e até recuperar da queda no número de colheitas – esse é o nosso objetivo. Perante os fatores adversos que referi, o único caminho possível é não desperdiçar um único potencial dador. Para isso, é necessário que os hospitais, os coordenadores de transplantação e os profissionais se sintam todos fortemente envolvidos na transplantação e na identificação de dadores. O início da colheita de órgãos nos dadores em paragem circulatória, cujo processo legislativo está completo, será mais uma ajuda. O projeto nacional que visa estimular a doação em vida, liderado pela Sociedade Portuguesa de Transplantação e com o apoio do IPST, é outra resposta possível. /

## **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**



# // PANORAMA NACIONAL DAS BIOPSIAS RENAIS EM 2012

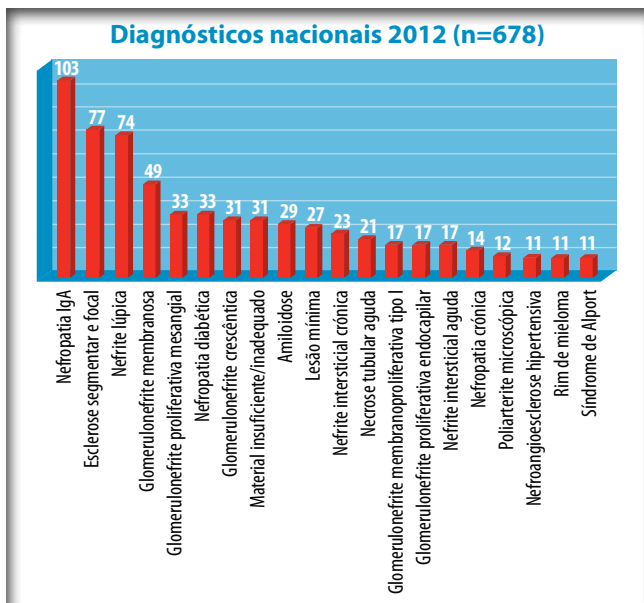
Os dados referentes a 2012 do Registo Nacional de Biopsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) não diferem muito dos resultados dos anos anteriores. Mas há algumas novidades que este artigo dá a conhecer através dos comentários da Dr.<sup>a</sup> Maria Fernanda Carvalho, coordenadora deste Registo e vice-presidente da SPN.

Vanessa Pais

O relatório do Registo Nacional de Biopsias 2012 já está disponível no *website* da Sociedade Portuguesa de Nefrologia ([www.spnephro.pt](http://www.spnephro.pt)) e foi apresentado no Encontro Renal 2013, que decorreu de 10 a 12 de abril passado, em Vilamoura. A coordenadora deste Registo, Dr.<sup>a</sup> Maria Fernanda Carvalho, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, partilha com os leitores da *SPN News* as principais informações deste último relatório.

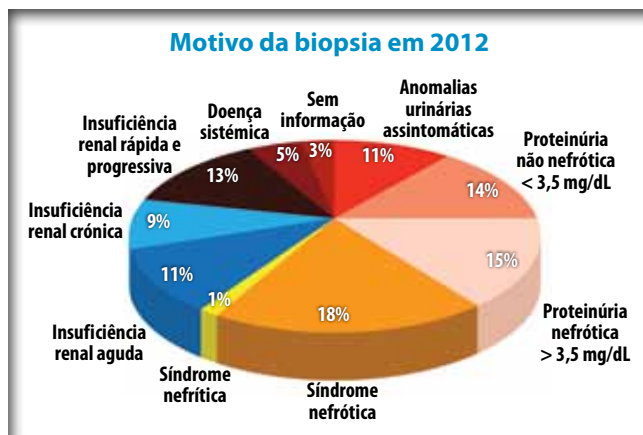
Em 2012, foram realizadas 702 biopsias renais e foi possível estabelecer um diagnóstico em 95% dos casos, verificando-se a presença de hematuria em 60% dos casos. Segundo Maria Fernanda Carvalho, «é de sublinhar que estes dados correspondem ao total dos 14 centros de diagnóstico nacionais que realizam biopsias renais», o que significa que os centros estão a registar a 100%. Em relação aos resultados, a coordenadora destaca que «não se verificaram grandes alterações em relação a 2011 e aos anos anteriores».

Em primeiro lugar, não se registou grande variabilidade quanto ao número de biopsias renais realizadas (702 em 2012 *versus* 735 em 2011); aos motivos para a realização das mesmas (proteinúria nefrótica/síndrome nefrótica a liderar, com 33% dos casos); à distribuição por género (51% masculino) e por faixa etária (74% em adultos, 21% em idosos e 3% em crianças); ou à patologia mais frequentemente diagnosticada (nefropatia IgA no adulto, glomerulonefrite membranosa no idoso). Nas crianças, o diagnóstico mais frequente foi a

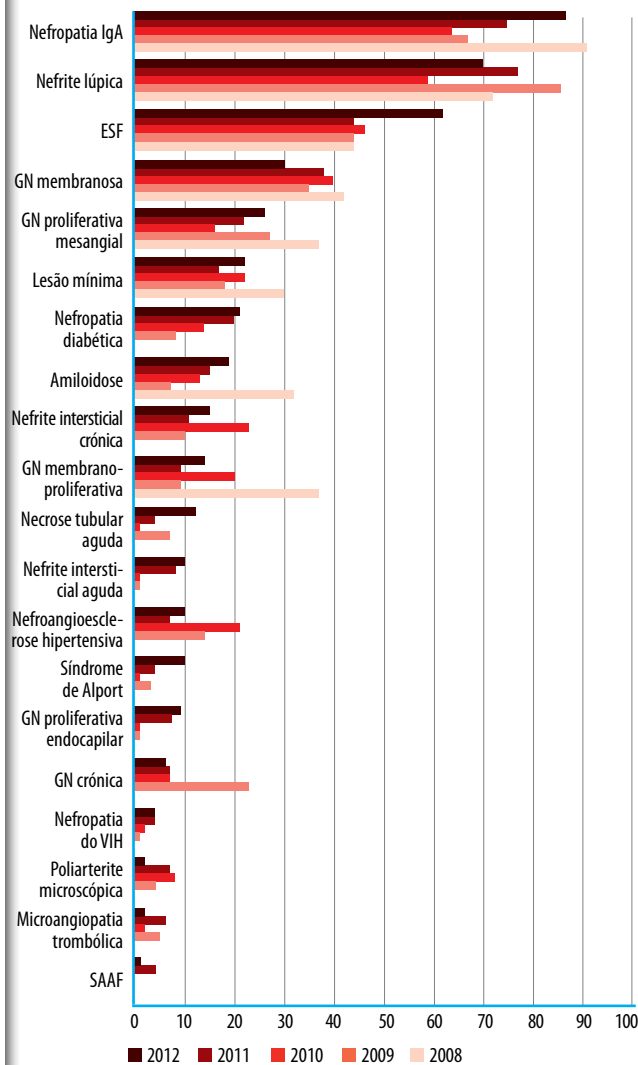


## // PATOLOGIAS MAIS DIAGNOSTICADAS

As glomerulopatias primárias são as patologias mais frequentemente diagnosticadas através de biopsia renal. Destas, o maior número de casos registados em 2012 foi de esclerose segmentar e focal, seguida de membranosa, lesão mínima, IgA, membranoproliferativa e difusa aguda.



### Diagnósticos mais frequentes no adulto (N=533)



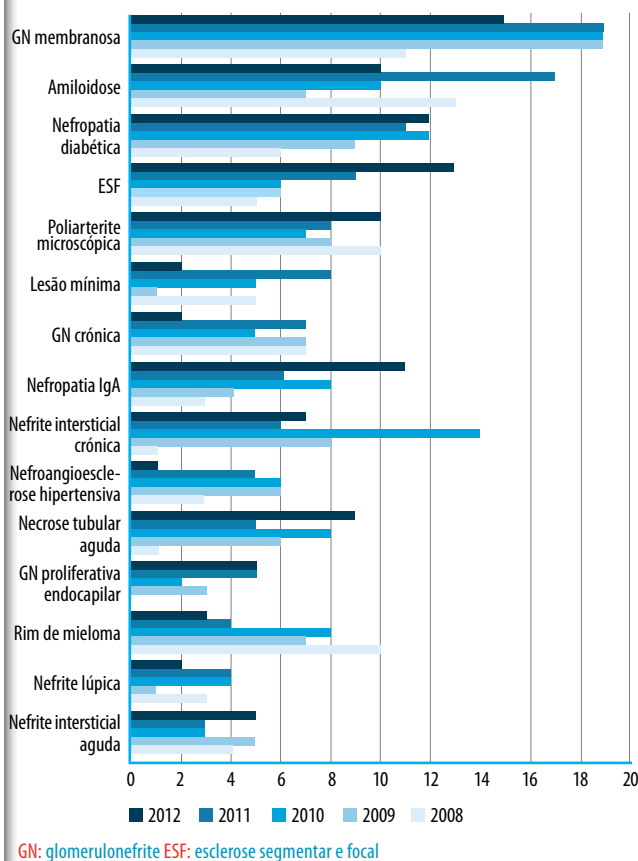
ESF: esclerose segmentar e focal GN: glomerulonefrite SAAF: síndrome de anticorpos antifosfolípidos

glomerulonefrite proliferativa mesangial. Neste caso, poderá haver falhas na realização de imunofluorescência com IgA, originando um decréscimo artificial no total das nefropatias IgA, que ocupavam a primeira posição em 2011.

De referir ainda que, «se no adulto (15 aos 65 anos) as doenças sistémicas, como a diabetes *mellitus* e a amiloidose, figuram a meio da tabela (7.º e 8.º lugares, respetivamente) e a poliarterite microscópica no final (antepenúltimo lugar); no idoso (> 65 anos) estas doenças apresentam posições mais dianteiras». «Nesta faixa etária, a amiloidose e a diabetes *mellitus* ocupam a 2.ª e 3.ª posições, respetivamente, e a poliarterite microscópica o 5.º lugar», revela Maria Fernanda Carvalho.

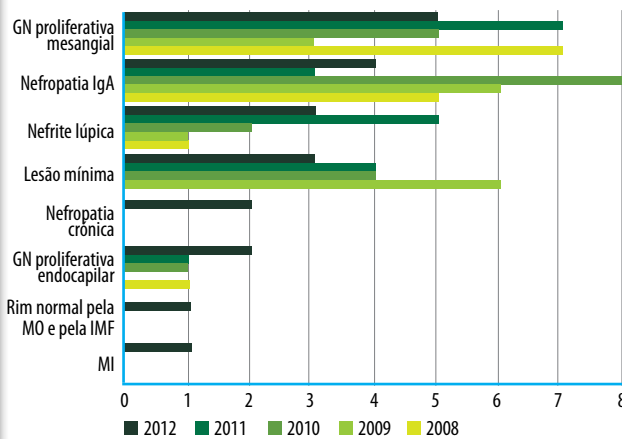
Apesar de o Registo Nacional de Biopsias Renais ser completo e espelhar o panorama nacional nesta área, a sua atual coordenadora considera que ainda há aspetos a melhorar. «No futuro, seria importante homogeneizar a classificação da nefropatia diabética, de acordo com a adotada pela American Society of Nephrology; a da nefropatia IgA, de acordo com a classificação de Oxford; e a nefropatia lúpica, de acordo com a International Society of Nephrology/Renal Pathology Society», defende Maria Fernanda Carvalho. //

### Diagnósticos mais frequentes no idoso (N=149)



GN: glomerulonefrite ESF: esclerose segmentar e focal

### Diagnósticos mais frequentes na criança (N=22)



GN: glomerulonefrite MO: microscopia ótica IMF: imunofluorescência MI: material insuficiente

### // MENOS DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

Segundo a coordenadora do Registo Nacional de Biopsias da SPN, Dr.ª Maria Fernanda Carvalho, em 2012, «mais de 50% dos doentes aos quais foi realizada uma biopsia renal eram hipertensos». No entanto, «verificou-se uma descida em relação aos quase 60% registados em 2011». E é de sublinhar que foram pouco mais de 10% os doentes em relação aos quais não foi possível registar esta informação.

# QUANDO & COMO

Porque os benefícios devem acumular-se. Não os riscos!



## // QUELANTES DE FÓSFORO SEM CÁLCIO REDUZEM A MORTALIDADE POR DRC EM 22%

Uma meta-análise publicada em julho deste ano no *website The Lancet.com* – e, em outubro, na edição impressa desta conceituada revista – demonstrou que os quelantes de fósforo sem cálcio diminuem em 22% o risco de mortalidade por qualquer causa *versus* os quelantes de fósforo à base de cálcio, em indivíduos com doença renal crônica (DRC).

**Tiago Mota**

**N**os doentes renais crônicos, os quelantes de fósforo têm indicação terapêutica para diminuir os níveis séricos de fósforo e prevenir a ocorrência de hiperfosfatemia. Estão recomendados para os doentes que fazem hemodiálise ou diálise peritoneal, bem como para os doentes que não estão em programa de diálise, mas apresentam fósforo sérico igual ou superior a 1,78 mmol/l ( $\geq 5,5$  mg/dl).

Segundo a Dr.<sup>a</sup> Sophie Jamal, do Women's College Hospital, afiliada com a Universidade de Toronto, no Canadá, e a principal autora da investigação, «a meta-análise demonstrou uma redução de 22% da mortalidade em doentes tratados com quelantes de fósforo sem cálcio e menor calcificação arterial nos doentes aos quais não foram administrados suplementos de cálcio».

As conclusões desta meta-análise – que não teve qualquer fonte de financiamento – resultaram da revisão sistemática de 11 estudos randomizados e controlados que incluíram um total de 4 622 doentes renais crônicos. O objetivo foi comparar o efeito dos quelantes de fósforo sem cálcio (sevelamer ou lantânio) e dos quelantes de fósforo à base de cálcio (carbonato e acetato de cálcio) na mortalidade por qualquer causa – o *endpoint* primário de eficácia. Os critérios secundários de eficácia incluíram os eventos cardiovasculares e a calcificação vascular, envolvendo a análise de um total de 18 estudos.

A publicação na revista *Lancet* desta meta-análise liderada por Sophie Jamal vem acrescentar mais um argumento à evidência científica que suporta a utilização dos quelantes de fósforo sem cálcio, como o sevelamer, em indivíduos com DRC que requerem uma diminuição dos níveis de fósforo sérico. Não obstante, os investigadores sublinham também a necessidade de prosseguir com estudos que demonstrem, de forma inequívoca, os efeitos na mortalidade dos quelantes à base de cálcio *versus* os quelantes de fósforo sem cálcio.

Comentando esta meta-análise, a Prof.<sup>a</sup> Teresa Adragão, do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide, refere que «a explicação para esta redução da mortalidade



Foto: Celestino Santos

**PROF.<sup>a</sup> TERESA ADRAGÃO**  
Nefrologista no Hospital de Santa Cruz

não ficou definida nos estudos analisados». Todavia, «estudos prévios já tinham verificado uma redução na progressão das calcificações coronárias nos doentes em diálise e tratados com sevelamer, comparando com o carbonato ou o acetato de cálcio».

Esta nefrologista lembra que vários «estudos epidemiológicos demonstraram que a hiperfosfatemia se associa a maior risco cardiovascular nos doentes com ou sem DRC». Além disso, um estudo recentemente publicado (Di Iorio B, Molony D, Bell C *et al.* «*Sevelamer versus calcium carbonate in incident hemodialysis patients: results of an open-label 24-month randomized clinical trial.* *American Journal of Kidney Diseases.* 2013 Oct;62(4):771-8.), que avaliou doentes em início de diálise, «verificou também uma redução da mortalidade global, cardiovascular e arritmica nos doentes medicados com sevelamer».

«A evidência de que dispomos atualmente demonstra que a terapêutica com captadores de fósforo nos doentes renais crônicos pode modificar o seu prognóstico. A compreensão dos mecanismos que ligam o fósforo ao risco cardiovascular irá clarificar o momento apropriado e o tipo de intervenções necessárias para melhorar o prognóstico destes doentes», conclui Teresa Adragão. //

**PARA ACEDER AO ARTIGO COMPLETO, CONSULTE:**

*The Lancet*, Volume 382, n.º 9900, Pág. 1268-1277,  
12 outubro 2013 ([www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60897-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60897-1/fulltext))

# Quando a ativação do é importante...

