

IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D NA DOENÇA RENAL CRÓNICA

A deficiência e a insuficiência de vitamina D e os benefícios da suplementação com colesteciferol têm sido objeto de estudos inovadores desenvolvidos por nefrologistas portugueses. A Dr.ª Inês Aires, o Prof. Aníbal Ferreira (ambos do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral) e a Dr.ª Patrícia Matias (do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz) são três dos investigadores a «dar cartas» a nível nacional e internacional nesta área. **Pág.20**



SEM FILTRO

Entrevista ao Dr. João Ribeiro Santos, presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos. **Pág.6**



NEFROEVENTOS

A doença mineral e óssea esteve em discussão no segundo Curso CKD-MBD Made in Portugal. **Pág.13**

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

DIAVERUM

// UM ANO PROFÍCUO EM COLABORAÇÕES INTERNACIONAIS

A próxima-se uma nova edição do Encontro Renal, que é, por excelência, o principal fórum de atualização e debate científico da Nefrologia Portuguesa. Este ano, pela primeira vez, teremos sessões conjuntas com outras especialidades médicas, cujo objetivo é promover a discussão em torno de problemas comuns nas áreas da diabetes, da transplantação, da Cardiologia e da Pediatria. Além dos temas incontornáveis para os nefrologistas, vemos com especial entusiasmo a realização de uma sessão sobre política de saúde, na qual serão focados os programas de «pagamento baseado no valor».

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) tem também o prazer de continuar a apoiar atividades no âmbito da formação específica, como a Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise (10 de maio, no Hospital Militar do Porto) e o *Update Course on Peritoneal Dialysis* (14 a 16 de maio, no Hotel Eurostars das Artes, no Porto). Outra iniciativa a salientar é a implementação do registo individual para o doente insuficiente renal crónico, coordenado pelo Dr. Fernando Macário. Este projeto está agora em fase de teste, esperando-se que seja possível divulgar alguns resultados durante o Encontro Renal 2014.

A par dos eventos nacionais, que apenas são possíveis graças ao apoio de algumas empresas que atuam nesta área, o ano de 2014 está a ser profícuo em colaborações internacionais. A Prof.^a Anabela Rodrigues é a vice-presidente do 15.º Congresso da Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal, que decorrerá entre 7 e 10 de setembro, em Madrid. No mesmo mês, nos dias 18, 19 e 20, no Porto, o Prof. Alberto Caldas Afonso vai presidir ao 47.º Encontro Anual da Sociedade Europeia de Nefrologia

Pediátrica. É de sublinhar ainda a realização do VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia, que terá lugar em Belo Horizonte, de 24 a 28 de setembro.

Cabe-nos também continuar a apostar na investigação, mantendo o mesmo nível de apoio aos projetos nacionais. Nesse sentido, durante a próxima assembleia-geral ordinária da SPN, marcada para o dia 14 de março, serão propostas melhorias relativamente à atribuição de bolsas e prémios. Por fim, gostaria de enaltecer o trabalho desenvolvido pela atual equipa editorial da revista científica da SPN – *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension*. A sua indexação nas plataformas SciELO, ISI Web of Knowledge e Google Scholar é fundamental para aumentar a visibilidade e o impacto das publicações da Nefrologia Portuguesa.

Um grande abraço,



// FERNANDO NOLASCO

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

DE NOVO

4 // Atualidades e estudos inovadores

SEM FILTRO

6 // O Dr. João Ribeiro Santos fala sobre o estado da Nefrologia em Portugal



IN SITU

8 // Reportagem no Serviço de Nefrologia do Hospital Central do Funchal, Madeira

NEFROEVENTOS

10 // Momentos-altos do Encontro Renal 2014

11 // Destaques do XVI Simpósio de Atualização em Nefrologia

12 // Doença mineral e óssea em foco no segundo Curso CKD-MBD Made in Portugal

14 // Highlights do Curso Teórico-Prático «O acesso de diálise peritoneal»

15 // Comemorações dos 30 anos da Unidade de Diálise do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, Açores

PRAXIS CLÍNICA

18 // Entrevista ao Prof. Manuel Pestana sobre a relação entre a hipertensão arterial e a doença renal

EVIDÊNCIAS

20 // Estudos portugueses sobre o papel da vitamina D na doença renal crónica

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



// Doação de órgãos entre doentes infetados pelo VIH

Poucos meses após a aprovação da lei HOPE (*HIV Organ Policy Equity Act*), assinada pelo presidente Barack Obama a 22 de novembro de 2013, os Estados Unidos da América (EUA) prepararam-se, agora, para alargar a colheita e a doação de órgãos entre doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH).

Por cá, esta hipótese ainda não está a ser equacionada, segundo garante o Dr. Fernando Macário, presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT). «Em Portugal, não se pretende replicar este modelo, até porque a realidade no outro lado do Atlântico é distinta. Nos EUA, o número de indivíduos infetados pelo VIH em lista de espera para transplante é muito superior ao nosso.»

Embora não esteja a ser avaliada a possibilidade de «alargar a colheita de órgãos a dadores com VIH», há outras hipóteses em aberto no nosso País, como a utilização de órgãos de dadores infetados pelo vírus da hepatite C (VHC). «Os estudos nesta matéria – e há muitos – mostram que um doente infetado pelo VHC que recebe um órgão de um indivíduo também infetado terá uma vantagem acrescida em termos de sobrevivência futura, por comparação à diálise. No entanto, apesar do benefício clínico, não podemos descartar o risco de infeção por um genótipo diferente», esclarece Fernando Macário.

Ainda em discussão está a possibilidade de recorrer a dadores positivos para o vírus da hepatite B (VHB) para transplante de recetores também positivos para este vírus. «Ainda não existem conclusões, mas o objetivo passa por criar uma legislação única sobre a colheita e a alocação de órgãos, que reveja os critérios de elegibilidade.»

Quanto às questões levantadas pela lei HOPE, o presidente da SPT acredita que «este debate seria problemático em Portugal» e avança com uma justificação: «Temos de cumprir as recomendações europeias, salvaguardando a segurança e a qualidade dos órgãos, uma vez que, na Europa, não há colheita de órgãos de dadores VIH positivos. Caso haja uma alteração desta diretriz, até podemos admitir essa hipótese, mas Portugal, isoladamente, não está autorizado a contrariar esta recomendação.»

Fernando Macário admite, no entanto, que a lei HOPE «não cria uma desvantagem para os recetores», que continuam inscritos na lista de espera de dadores negativos para o VIH. E acredita, inclusive, que esta lei será «uma nova oportunidade», permitindo, no caso do transplante renal, resgatar doentes da diálise, que se encontram «em situações-limite». //

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

Colaborações: Andreia Pereira, António Araújo e Tiago Quintal

Impressão:



Projeção - Arte Gráfica, S.A.
Parque Industrial da Abrunheira, Quinta do Lavi, Armazém 1, Bloco A, 2710 - 089 Sintra

Depósito legal n.º 338826/12

Apoios:

abbvie

AMGEN

Baxter

DIAPERUM

NOVARTIS

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

// Estudo associa doença renal crónica a risco acrescido de mortalidade por cancro

Um estudo publicado no ano passado, no *American Journal of Kidney Diseases*, o órgão oficial da National Kidney Foundation, sugere que os doentes com função renal reduzida têm um risco aumentado de mortalidade relacionada com cancro. Esta foi a principal conclusão de uma coorte australiana, com uma amostra de 3 654 indivíduos seguidos ao longo de um período de quase 13 anos.

Os resultados deste trabalho sugerem que a população com doença renal crónica (DRC), definida como uma taxa de filtração glomerular (TFG) < 60 ml/min, tem um risco potencialmente maior de mortalidade relacionada com cancro, em comparação aos indivíduos com função renal acima deste *cut-off*.

«Em primeira análise, as conclusões deste estudo parecem apoiar as recomendações para o rastreio precoce do cancro na população com DRC», comenta o Dr. José Vinhas, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo. No entanto, este especialista refere que esta investigação tem importantes limitações que podem pôr em causa a sua validade: «O estudo seguiu uma coorte da comunidade e cruzou esta informação com a de um registo oncológico nacional

da Austrália do qual retirou os dados sobre mortalidade associada a cancro (um total de 370 mortes). Contudo, a informação disponível no registo oncológico sobre a causa de morte era muito escassa, não permitindo estabelecer uma relação de causalidade. Esta é apenas uma das limitações do estudo que, nesta fase, ainda não prova nada, apenas sugere.»

Neste estudo, foram considerados apenas os valores basais de creatinina, uma referência que José Vinhas considera «pouco fidedigna», porque estes valores «podem oscilar ao longo do tempo». «A população foi classificada como tendo DRC quando a TFG basal era < 60 ml/min. Não foram analisados outros valores de creatinina, ou seja, não foram estimados outros valores da TFG para além do basal. Mas, atendendo à oscilação dos valores ao longo do tempo, esta fronteira conduz, provavelmente, a um excesso de diagnóstico de DRC, pondo em causa a validade do estudo.»

Neste momento, «até que se prove a verdadeira relação entre DRC e mortalidade por cancro, é prematuro falar na utilidade do rastreio precoce de DRC como meio de alterar a mortalidade associada ao cancro», conclui José Vinhas.

// Novas pistas sobre a lesão renal aguda

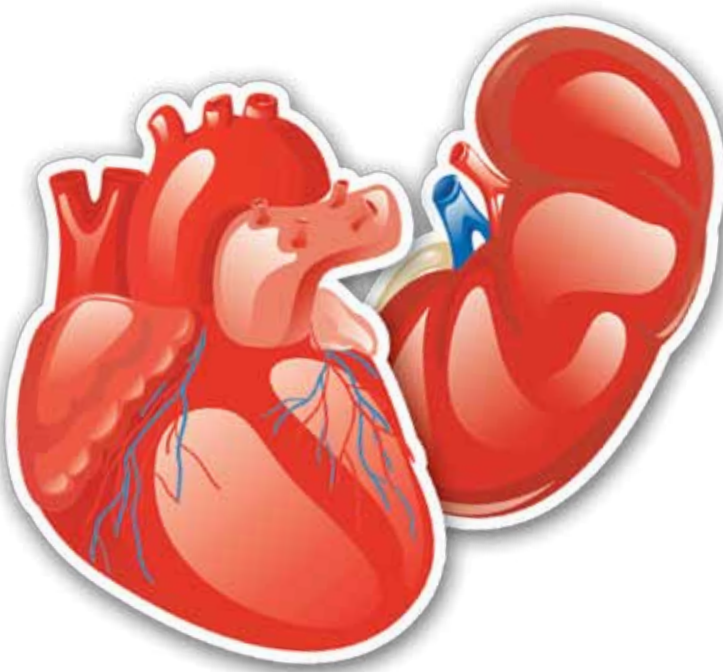
O estudo «*Association between AKI and Long-Term Renal and Cardiovascular Outcomes in United States Veterans*», publicado em dezembro de 2013, no *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, conclui que os doentes com lesão renal aguda (LRA) e enfarte agudo do miocárdio (EAM) prévio têm pior prognóstico, em comparação com os que têm apenas uma destas condições clínicas isoladamente.

Convidado a comentar os resultados deste estudo, o Prof. José António Lopes, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, afirma que a LRA «é extremamente prevalente na sociedade ocidental e predispõe os doentes a maior morbidade cardiovascular, a uma propensão mais elevada para progressão da doença renal crónica e a uma maior mortalidade a longo prazo».

O estudo de Lakhmir S. Chawla e colaboradores, que tem uma amostra de 36 980 doentes, avaliou a associação entre o desenvolvimento de LRA em doentes hospitalizados e o prognóstico renal, cardiovascular e global, ao longo de um período mediano de um ano e meio. Este trabalho sugere que a LRA «tem um impacto prognóstico importante nos doentes hospitalizados». Após a comparação entre três grupos (doentes com LRA, doentes com EAM prévio e doentes com LRA e EAM concomitantes), este estudo concluiu que a LRA «tem uma ação deletéria e pode potenciar o efeito pernicioso do EAM».

Tendo em conta a sua experiência e os resultados deste estudo, José António Lopes recomenda: «Os doentes devem ser rigorosamente avaliados no controlo das comorbilidades

cardiovasculares e da função renal, de modo a reduzir a mortalidade global. Este estudo sugere ainda que os *endpoints* cardiovasculares e renais devem ser usados na avaliação de medidas terapêuticas passíveis de serem implementadas em doentes com LRA, já que, deste modo, poderá ser possível diminuir a ocorrência destes fenómenos a longo prazo.» /



«A REGULAMENTAÇÃO IMPOSTA PELO GOVERNO TRATA O DOENTE COMO UM INIMIGO»



DR. JOÃO RIBEIRO SANTOS
Presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Em Portugal, a formação, a investigação e a prestação de cuidados em Nefrologia encontram-se de «boa saúde». No entanto, o Dr. João Ribeiro Santos, presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos, chama a atenção para os constrangimentos orçamentais e as sucessivas regulamentações que podem vir a comprometer a qualidade de vida dos doentes e dos profissionais de saúde.

Luís Garcia e Nelma Viana

Como está «a saúde» da formação em Nefrologia em Portugal?

Não está nada mal. Temos bons serviços, muitos deles com idoneidade formativa reconhecida pelo Colégio de Nefrologia da Ordem dos Médicos. O programa formativo sofreu, recentemente, algumas modificações, no sentido de reforçar o papel da diálise peritoneal que, em termos de duração de formação, passou a estar equiparada à hemodiálise. Também se iniciou a formação em intervenção endovascular de acessos vasculares, que é uma área recente e de extrema importância.

Qual o estado da especialidade ao nível da investigação?

Nessa área, existem algumas limitações, mas há muitos nefrologistas empenhados nessa atividade e foram criados núcleos de investigação pelo País fora. Além disso, temos uma atividade científica que dá cartas em muitas áreas da patologia renal, particularmente na osteodistrofia renal e na anemia.

Qual tem sido a atividade do Colégio da Especialidade de Nefrologia ao nível da formação?

Realizámos, em novembro de 2013, no Porto, uma reunião sobre Nefrologia geriátrica. É uma área na qual não existe tradição formativa, apesar de – pelo facto de mais de 50% dos doentes em tratamento de purificação serem idosos – ser cada vez mais relevante. As patologias, a apresentação da doença e os cuidados necessários para evitá-la e tratá-la diferem substancialmente com a idade. No entanto, continuamos a tratar os idosos sem ter em conta este aspeto tão importante.

Que leitura faz da organização dos cuidados nefrológicos em Portugal?

Neste momento, existem cerca de 120 unidades de diálise, entre públicas e privadas. Nestas últimas, são tratados cerca de 90% dos doentes em hemodiálise crónica. Esta é uma área de sucesso em termos assistenciais, eventualmente única, porque, além de facultar a cobertura, praticamente total, do território nacional com unidades de diálise de qualidade, funciona através de um esquema de articulação entre unidades de hemodiálise privadas e hospitalares, o que assegura o tratamento dos doentes em regime ambulatório e, quando é caso disso, em internamento hospitalar. Por isso, Portugal dispõe, ao nível mundial, de uma das mais notáveis redes assistenciais ao

doente com insuficiência renal terminal. Lamento que, em relação à diálise peritoneal, não tenha sido implementada filosofia semelhante, limitando esta técnica a uma prevalência residual.

Também a criação de centros de histocompatibilidade e de unidades transplantadoras em número suficiente – existem sete em Portugal – permitiu que se tenha vindo a fazer um grande número de transplantações renais, colocando Portugal no topo do *ranking* mundial. Infelizmente, este número diminuiu nos últimos anos devido à regulamentação recente e aos cortes sistemáticos que o sistema nacional de saúde tem vindo a sofrer. Ao mesmo tempo que toma estas medidas, o Ministério da Saúde propala que a qualidade não é afetada. Mas isso é inevitável e os cortes têm-se sentido sobretudo ao nível da comodidade para o doente e da sua acessibilidade aos cuidados de saúde.

De que forma é que estas medidas afetam os doentes?

Por exemplo, no fornecimento da refeição aos doentes durante as sessões de hemodiálise, no acesso aos transportes e na desmotivação dos profissionais (que viram os seus honorários diminuírem a as suas condições de trabalho agravadas). Tudo isso acaba por ter influência no bem-estar do doente e na eficácia da terapêutica. Existe ainda um despacho que proíbe os doentes em hemodiálise de efetuarem exames complementares de diagnóstico através dos centros de saúde se forem solicitados por médicos de unidades de hemodiálise convenionadas. Isto resulta numa discriminação negativa no acesso aos cuidados de saúde de cidadãos que contribuíram ou contribuem, através dos seus impostos e deduções para a Segurança Social, para o Serviço Nacional de Saúde – o que é, claramente, inconstitucional. Isto não faz sentido e pode dificultar a realização de exames urgentes não abrangidos pelo preço compreensivo para a hemodiálise.

A comunidade nefrológica nacional tem-se unido no combate a estas regulamentações?

Infelizmente, a atividade nefrológica e dialítica em Portugal está nas mãos de duas grandes empresas multinacionais. Até à década de 1980, a maior parte das unidades era detida por nefrologistas que sentiam na pele estes problemas, pelo que era fácil uni-los. No entanto, a partir do momento em que estas duas grandes empresas entraram em Portugal, a capacidade de intervenção dos nefrologistas nestas problemáticas foi diminuindo. Por seu turno, o Colégio da Especialidade de Nefrologia e a própria Ordem dos Médicos apenas têm uma muito diminuta capacidade para intervir na implementação desses nefastos diplomas. O que o Colégio tem tentado fazer – julgo que para agrado da maioria dos nefrologistas – é apresentar críticas, propor alterações aos projetos que lhe chegam às mãos (pelas vias normais ou outras) e alertar para os riscos que essas novas regulamentações apresentam. Mas é um papel extremamente limitado.

A regulamentação é, neste momento, o grande desafio da Nefrologia?

Esse é o principal desafio e deixa-me francamente apreensivo. Há também outro aspeto importante: a fragilização das unidades de hemodiálise, que perdem capacidade orçamental e são obrigadas a recorrer a empréstimos bancários. Como este problema é atenuado nas grandes empresas, as dificuldades económicas poderão provocar o aumento da concentração de unidades de diálise nos grandes grupos.

// VISÃO CRÍTICA SOBRE AS PROPOSTAS DO GOVERNO

Na sequência das regulamentações implementadas pelo Governo, estão neste momento em negociação medidas que preveem uma nova redução do preço da hemodiálise (que em 2011 sofreu uma quebra de 17,5% face ao ano anterior) e a inclusão do tratamento da diabetes com insulina no preço compreensivo. «Estes descontos sucessivos podem incentivar a seleção de doentes nas unidades de diálise e originar a inviabilidade económica de muitas destas unidades», avisa João Ribeiro Santos.

Embora a prestação de cuidados esteja bem organizada, a prevalência da doença renal crónica (DRC) ainda é muito elevada em Portugal?

É um facto que a prevalência de doentes em diálise em Portugal é, a par dos EUA, do Japão e da Alemanha, mais elevada do que na maioria dos outros países desenvolvidos. Observando as estatísticas internacionais, os países onde a atividade privada tem maior peso, como Portugal, estão no topo da incidência e da prevalência de doentes em diálise. Contudo – e não refutando, linearmente, a hipótese de a estrutura de mercado poder desempenhar algum papel – existem muitos outros fatores, quicá mais relevantes, para que tal suceda.

Portugal dispõe de uma cobertura médica muito boa que resulta no diagnóstico de praticamente todos os casos de DRC; depois, existem profundas diferenças culturais entre os diversos países – enquanto, em Portugal, a quase totalidade dos doentes com DRC avançada iniciam tratamento dialítico, noutros países, grande parte dos doentes opta (ou é motivada a optar) pelo tratamento conservador (na Austrália, por exemplo, representam 50% dos doentes renais crónicos). Por outro lado, a elevada incidência da DRC no nosso País também pode ser devida à falta de implementação de medidas preventivas da diabetes, da hipertensão arterial, da obesidade e da própria DRC. Um terço dos doentes que entram em diálise são diabéticos, por exemplo.

De qualquer forma, é perigoso inferir daqui que a DRC tem uma prevalência extraordinária em Portugal – o que existe é uma elevada prevalência de doentes em diálise pelos motivos referidos, apesar de a sua relevância não estar avaliada.

Apesar das limitações orçamentais, no geral, o tratamento da DRC está a ser eficaz?

Desde há alguns anos, pode dizer-se que não há nenhum doente com DRC avançada que morra por falta de diálise. A rede de unidades extra-hospitalares de diálise é bastante boa, apesar de os Governos nela não terem investido. No entanto, receio que toda a regulamentação que tem sido produzida e que se diz centrada no doente, mas que o trata como se fosse um inimigo, venha a resultar na degradação ou, mesmo, na destruição do SNS. Cada doente, sobretudo se for crónico, representa mais despesa para o SNS. Os hospitais, designadamente os que se encontram sob gestão privada, rejeitam a admissão dos doentes ao menor pretexto. Apesar do empobrecimento dos cidadãos, os doentes são obrigados ao copagamento, cada vez mais pesado, do transporte, das consultas, dos exames complementares, do tratamento e do internamento hospitalar. Este ataque sistemático aos cuidados de saúde é assustador e não pode deixar de vir a ter repercussões nefastas sobre a assistência aos doentes renais crónicos. /

// EQUIPA PREPARADA PARA OS DESAFIOS DA INSULARIDADE

ALGUNS ELEMENTOS DO SERVIÇO (da esquerda para a direita). Na fila da frente: enfermeiros Luís Fernandes, Manuela Luís, Odília Escórcio e Ana Marta Coelho, David Ferreira (funcionário administrativo), Leonor Fineza (auxiliar de ação médica) e enfermeira Paula Abreu. Na fila de trás: Drs. Nuno Rosa, José Alves Teixeira, José Augusto Araújo, António Gonçalves, Gil Silva e José Durrães (nefrologistas)

A distância dos grandes centros faz com que os profissionais do Serviço de Nefrologia do Hospital Central do Funchal (HCF) se deparem com uma diversidade de casos clínicos pouco habitual num hospital desta dimensão. A equipa, que está em crescimento, mostra-se à altura dos desafios.

Luís Garcia

Como grande parte das ruas da bonita cidade do Funchal, a Avenida Luís de Camões é muito inclinada. Tão inclinada, que quem a sobe a pé, desde a frente marítima até ao Hospital Dr. Nélio Mendonça, chega ao destino com a respiração ofegante. Ali, encontra-se o grande edifício deste Hospital (que, juntamente com o Hospital dos Marmeleiros, forma o HCF), em tons brancos e esverdeados, evidenciando já alguns sinais da passagem do tempo.

O Serviço de Nefrologia está dividido entre o oitavo piso do edifício principal, onde se situa a zona de internamento, com 12 camas e dois espaços de isolamento, que partilha a equipa de enfermagem com o Serviço de Urologia. A unidade de diálise está localizada num bloco mais pequeno, que comporta um programa para

doentes crónicos em ambulatório, onde são realizados os tratamentos de substituição renal aos doentes internados por complicações ou em fase de indução terapêutica e parte da consulta externa.

Foi neste pequeno edifício que encontramos, em dezembro de 2013, o Dr. José Augusto Araújo, diretor do Serviço de Nefrologia desde a sua criação, em 1990, a partir de uma unidade de hemodiálise, fundada em 1978, numa época em que ainda apenas existiam unidades deste género em Lisboa, Porto e Coimbra. Desde então, o Serviço foi crescendo, quer ao nível do número de especialistas quer no que respeita à diversidade dos cuidados prestados.

Hoje, além da consulta de Nefrologia geral (que funciona em sete períodos de duas horas por semana), o Serviço tem uma consulta pré-diálise (para os doentes numa fase avançada de doença renal que se preparam para iniciar programa de substituição da função renal). «Criámos esta consulta para gerir melhor as vagas da consulta de Nefrologia geral», explica José Augusto Araújo.

Apesar de não se realizarem transplantes na Madeira, o HCF possui também uma consulta para seguimento dos doentes transplantados, que decorre três vezes por semana e que segue, atualmente, cerca de 200 doentes. Para os nefrologistas, este é um desafio diferente e exigente, pouco habitual em hospitais que não fazem transplantação. «Temos protocolos de articulação com quase todas as unidades transplantadoras do País, com destaque para o Hospital de Santa Maria [Lisboa], o Hospital de Santa Cruz [Carnaxide] e o Hospital de Santo António [Porto]. Os doentes podem escolher qual a unidade onde querem fazer o transplante», explica José Augusto Araújo.

// UMA HISTÓRIA COM VÁRIAS FASES

A história da Nefrologia na Madeira remonta a 1978, com a criação de uma Unidade de Diálise no Hospital Dr. Nélio Mendonça (chamado então Hospital Cruz de Carvalho) ligada, na altura, ao Serviço de Medicina Interna. Em 1984, com a entrada do Dr. José Augusto Araújo, especialista em Nefrologia, a Unidade de Diálise transformou-se em Unidade de Nefrologia, passando a dispor de uma consulta externa desta especialidade.

Em 1985, a Unidade de Diálise foi transferida para o Hospital dos Marmeleiros, também no Funchal, e, em 1990, autonomizou-se do Serviço de Medicina Interna, passando a constituir-se como Serviço de Nefrologia. A 5 de março de 2010, a Nefrologia regressou ao Hospital Dr. Nélio Mendonça, correspondendo a um desejo antigo dos profissionais. Embora as atuais instalações apresentem alguns constrangimentos de espaço, a equipa não baixa os braços e está agora motivada com a criação do centro de acessos vasculares.

CENTRO DE ACESSOS VASCULARES É O PRÓXIMO PASSO

Com exceção da transplantação, o HCF dispõe de todas as valências na área da Nefrologia, como a realização de técnicas depurativas e biopsias de enxerto renal ou rim nativo (com interpretação feita em articulação com o Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral).

Até ao final do primeiro semestre deste ano, está previsto o início do funcionamento de um centro de acessos vasculares, no qual será estudada esta componente fundamental da diálise, de forma a aumentar a sua qualidade e a sua longevidade. «Este centro não vai resolver todos os problemas, mas vai permitir uma intervenção que contribuirá para melhorar a função dos acessos e será, pensamos nós, uma excelente ferramenta para a os cirurgiões vasculares. Já temos colegas com alguma formação nesta área, que se vão articular com centros que têm idoneidade formativa para o efeito», sublinha José Augusto Araújo.

Outra particularidade do Serviço de Nefrologia é o facto de prestar apoio a uma unidade de diálise no Centro de Saúde de Porto Santo. «Embora se trate de uma população pequena, os doentes de Porto Santo estavam numa situação complicada, porque, devido à distância, só lhes podíamos oferecer diálise peritoneal. Assim, criámos uma unidade-satélite, à qual nos deslocamos periodicamente, mas onde os doentes, após uma fase de aprendizagem no Hospital, ficam quase autónomos na hemodiálise, contando apenas com a ajuda dos enfermeiros.»

À medida que o Serviço cresceu, foi ganhando novas competências e capacidade formativa. Atualmente, tem seis especialistas e dois internos (cujos programas de internato são organizados de forma alternada, dada a reduzida dimensão do Serviço). O especialista mais jovem é o Dr. José Durães, que, depois de passar pelos Hospitais de

Santo António e de São João, no Porto, completou o internato no HCF, em abril de 2013.

LIGAÇÃO FORTE ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Oriundo de Fafe, distrito de Braga, José Durães resolveu experimentar a vida na Madeira e já não quis regressar ao continente. No HCF, descobriu uma atividade clínica que, devido à insularidade, envolve casos muito variados, mesmo que em menor quantidade do que nos grandes hospitais do continente. «O perfil do Hospital é semelhante ao dos hospitais centrais, embora com menor volume de doentes, com alguns desafios muito particulares e estimulantes para um nefrologista. Além de procurar fazer face a uma percentagem de complicações de acessos vasculares relativamente elevada, temos o seguimento dos doentes transplantados e a diálise peritoneal, que é feita na nossa unidade de diálise, porque não há um enfermeiro que se desloque ao domicílio.»

Os muitos desafios colocados à equipa, que também assegura a urgência nefrológica 24 horas por dia, resultam numa carga de trabalho pesada, mas compensadora. «Adoro trabalhar neste Serviço. Tem bom ambiente, presta bons cuidados e está bem organizado», destaca José Durães.

Por sua vez, Luís Fernandes elogia a «excelente ligação entre os 21 enfermeiros e a equipa médica, com compreensão de ambas as partes». Afinal, a camaradagem e o bom ambiente são características fundamentais para o bom funcionamento de uma equipa que tem de dar resposta a um elevado volume de trabalho. //

NOTA: à data de publicação desta reportagem, o diretor do Serviço é o Dr. Gil Silva, substituindo o Dr. José Augusto Araújo, que se aposentou.

// CALCULADORA

6	nefrologistas
2	internos
10	postos de hemodiálise
7 730	sessões de hemodiálise*
20	doentes no programa de diálise peritoneal
2 650	consultas de Nefrologia geral*
1 274	consultas de seguimento de doentes transplantados*
442	consultas de pré-diálise*
23	consultas de esclarecimento para seleção de modalidade terapêutica*
200	doentes transplantados em seguimento
308	doentes tratados em internamento*
288	cateteres colocados*
30	biopsias realizadas*

*Números de 2012



O acompanhamento aos cerca de 20 doentes do programa de diálise peritoneal é assegurado em exclusivo no Serviço de Nefrologia



A Unidade de Diálise conta com dez postos de hemodiálise, mas o Hospital Central do Funchal tem um contrato com uma unidade privada para onde são dirigidos os doentes, consoante as vagas

// ENCONTRO RENAL 2014 «ABRE PORTAS» A OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS



SOCIEDADE PORTUGUESA
DIABETOLOGIA



Sociedade
Portuguesa
de Nefrologia



Sociedade Portuguesa
de Transplantação



SPP
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PEDIATRIA

O Encontro Renal 2014 (9 a 12 de abril, em Vilamoura) conta com a participação de quatro sociedades científicas de outras áreas médicas – Cardiologia, Diabetologia, Transplantação e Pediatria. Esta é uma novidade que comprova a maior abrangência temática desta reunião, que vai dar especial destaque a questões da Economia da Saúde, como o modelo de financiamento dos medicamentos.

Andreia Pereira

«A Sociedade Portuguesa de Nefrologia não tem por tradição convidar outras sociedades científicas para participarem nos seus congressos», afirma o Dr. José Vinhas, presidente da Comissão Organizadora do Encontro Renal 2014 e diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo. Mas, este ano, o programa científico inclui quatro reuniões conjuntas entre a SPN e a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a Sociedade Portuguesa de Diabetologia, a Sociedade Portuguesa de Transplantação e a Secção de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

«No seu dia a dia, os nefrologistas defrontam-se com doentes que carecem de uma abordagem multidisciplinar e conjunta com outras especialidades médicas. Este ano, e pela primeira vez, decidimos organizar espaços de debate para discutirmos problemas que são transversais e comuns a outras sociedades médico-científicas», explica José Vinhas. Segundo as expectativas da organização, estes «espaços de debate» vão atrair especialistas que, geralmente, não participavam no Encontro Renal.

RELAÇÃO ENTRE DIABETES E RIM

Subordinada ao tema «Diabetes e rim», a sessão conjunta da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) vai decorrer no dia 11 de abril. É de sublinhar que também o 11.º Congresso Português de Diabetes acolheu esta sessão, no dia 6 do corrente mês de março.

Esta sessão, que «oficializa» a relação entre a SPN e a SPD, vai ser moderada pelo Dr. José Augusto Araújo, ex-diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Central do Funchal; e pela Dr.ª Margarida Bastos, endocrinologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Os oradores são a Dr.ª Raquel Almeida, endocrinologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António; a Dr.ª Carla Baptista, endocrinologista no CHUC; e o Prof. Rui Alves, nefrologista no CHUC.

Antecipando o conteúdo da sua apresentação, Carla Baptista lembra que «a diabetes *mellitus de novo* é uma das complicações mais frequentes, após o transplante de órgão sólido, nomeadamente de rim». E acrescenta: «Os doentes transplantados têm maior risco de desenvolvimento de complicações agudas e tardias relacionadas com a diabetes.»

Representando a Nefrologia, Rui Alves vai «apresentar uma breve panorâmica da epidemiologia da nefropatia diabética e o seu significado em termos socioeconómicos». Este orador adianta que vai focar «os principais mecanismos fisiopatológicos e as linhas de diagnóstico clínico, à luz das mais recentes normas internacionais». Haverá espaço ainda para «algumas notas sobre o tratamento da nefropatia diabética, com destaque para os mecanismos de atuação de alguns fármacos em investigação». /

// ECONOMIA DA SAÚDE EM DESTAQUE

O Encontro Renal de 2014 tem outras novidades, como as duas sessões sobre a perspectiva económica na área da Saúde. Além da conferência inaugural (10 de abril) do Prof. Carlos Gouveia Pinto, um economista de renome que se irá debruçar sobre a possibilidade de «injetar a curva dos custos», sem influenciar os resultados e a qualidade da prestação dos serviços prestados, o «ponto-alto» parece ser a sessão especial dedicada ao tema «Novos sistemas de reembolso de produtos medicinais: o admirável mundo novo», que também decorrerá no dia 10 de abril.

«Há, hoje em dia, um aceso debate sobre a avaliação do custo dos medicamentos, até porque temos de perceber se determinado pagamento justifica a inclusão de novos fármacos. Esta é uma discussão lata e que ultrapassa o âmbito exclusivo da Nefrologia. Por isso, decidimos convidar dois especialistas estrangeiros (Gillian Leng, vice-diretora do NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence], do Reino Unido, e Niklas Hedberg, da TLV, agência responsável pela aprovação de novos medicamentos na Suécia) que nos irão apresentar as experiências nos respetivos países», avança José Vinhas.

O conceito de «pagamento de produtos medicinais baseado no valor» foi introduzido nos Estados Unidos e, recentemente, adotado no Reino Unido e na Alemanha. «O pagamento baseado neste conceito permite-nos racionalizar os custos e atribuir um preço a um produto medicinal, tendo por comparação o custo de outros produtos medicinais já disponíveis para o mesmo fim. O que é importante é que seja avaliado o efeito comparativo de produtos medicinais sobre *outcomes* relevantes para os doentes», analisa o presidente do Encontro Renal 2014.

José Vinhas confessa sentir-se «curioso» sobre a opinião do Prof. Eurico Castro Alves, presidente do Infarmed, que aceitou o convite para também intervir nesta sessão especial. «Estou com expectativas elevadas sobre o modelo de financiamento que está a ser pensado em Portugal. Este sistema económico, em bom rigor, pode ajudar a poupar dinheiro, numa altura em que os gastos em saúde crescem exponencialmente», conclui.

// NEFROLOGISTAS E CARDIOLOGISTAS DEBATERAM PROBLEMAS COMUNS

Dedicado ao tema «Abordagens Nefro/Cardiológicas», o XVI Simpósio de Atualização em Nefrologia, organizado pelo Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (HSC), decorreu no dia 15 de fevereiro passado, em Lisboa. Com um número recorde de participantes (232 inscrições), este ano a organização contou com a colaboração do Serviço de Cardiologia do mesmo Hospital.

Inês Melo

Que têm em comum a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, a anticoagulação e a dislipidemia? Na perspetiva assistencial, o facto de serem áreas abordadas por nefrologistas e cardiologistas. «Considerando a sinergia de patologias e o convívio diário entre estes especialistas, faz todo o sentido organizarmos uma reunião conjunta. No Serviço de Nefrologia do HSC, por exemplo, temos vindo a desenvolver tarefas tradicionalmente do âmbito da Cardiologia, como a abordagem da hipertensão arterial resistente ou o tratamento das disfunções lipídicas», explicou o Dr. José Diogo Barata, diretor deste Serviço.

No XVI Simpósio de Atualização em Nefrologia, um dos temas em destaque foi a intervenção desta especialidade no tratamento da insuficiência cardíaca (IC). Além dos aspetos relacionados com a fisiopatologia da IC e com o uso dos diuréticos, foi abordada a utilização da ultrafiltração isolada. «Este procedimento tem vindo a ser utilizado no contexto de agravamento da função renal associada a IC descompensada e/ou resistência aos diuréticos», afirmou o Dr. Artur Mendes, nefrologista no HSC.

Durante a reunião, Artur Mendes comentou os desafios da ultrafiltração isolada, à luz das recomendações internacionais e dos últimos estudos publicados. Apesar de ser um procedimento antigo, a evidência que o suporta ainda é recente, sobretudo face aos riscos que acarreta. «Atualmente, dispomos de monitores mais portáteis, muitos deles exigindo apenas a utilização de uma veia periférica. Por isso, não é a facilidade da ultrafiltração isolada que está em questão, mas sim quando e como usar esta técnica», notou o palestrante.

// LINHAS DE INVESTIGAÇÃO NO PROJETO DE DESNERVAÇÃO RENAL DO HSC

- // Avaliar o impacto da desnervação renal na pressão arterial;
- // Estudar a resposta em parâmetros de ecocardiografia (nomeadamente da hipertrofia ventricular esquerda e a função diastólica);
- // Avaliar o impacto desta terapêutica na função renal e na proteinúria;
- // Participar em registos e ensaios clínicos nacionais e internacionais;
- // Medir a atividade do sistema nervoso simpático, projeto em colaboração com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa;
- // Avaliar o impacto metabólico da desnervação renal, pela monitorização invasiva da glicemia.



Drs. José Diogo Barata e Miguel Mendes, diretores dos Serviços de Nefrologia e Cardiologia do HSC, respetivamente

Na sessão dedicada ao impacto do sistema simpático adrenérgico na hipertensão do doente renal crónico, a organização convidou o Prof. Roland Schmieder, diretor do Clinical Research Center of Hypertension and Vascular Medicine, em Nuremberga, para falar sobre a mais recente evidência fisiopatológica. Depois, coube ao Dr. Pedro de Araújo Gonçalves, cardiologista no HSC, apresentar a experiência clínica deste Hospital na desnervação renal.

Conforme adiantou este especialista, trata-se de um projeto multidisciplinar, com mais de dois anos, que envolve os Serviços de Nefrologia e de Cardiologia. «Existem três aspetos fundamentais que nos levaram a iniciar a desnervação renal. Além da necessidade clínica, há evidência fisiopatológica muito sólida da existência de um grupo de doentes hipertensos resistentes, em que a componente de hiperatividade simpática é determinante. Por outro lado, fruto da evolução tecnológica, agora é também possível fazer esta abordagem de forma minimamente invasiva, durante um cateterismo.»

Na parte da tarde, as primeiras palestras foram dedicadas às novidades nas áreas da anticoagulação e da antiagregação. Segundo José Diogo Barata, a mortalidade associada a estas abordagens é bastante elevada nos doentes renais crónicos, sendo que a maioria apresenta patologia renal. «A chegada ao mercado de novas moléculas torna este tema incontornável para as duas especialidades», realçou o organizador. A última parte da reunião foi dedicada à dislipidemia. //



Drs. Artur Mendes e Pedro de Araújo Gonçalves



Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

Na Amgen, acreditamos que as respostas aos desafios colocados pelos medicamentos estão escritas na linguagem do nosso ADN. Como pioneiros em biotecnologia, utilizamos o nosso profundo conhecimento dessa linguagem para criar medicamentos vitais que vão ao encontro das necessidades dos doentes, no combate às doenças graves, melhorando de forma decisiva as suas vidas.

Para mais informações sobre a Amgen, visite www.amgen.pt ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício Dª Maria I (060), Piso 2.A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Lisboa, Portugal.

AMGEN[®]

Pioneering science delivers vital medicines[™]

// DOENÇA MINERAL E ÓSSEA DISCUTIDA À LUZ DA INVESTIGAÇÃO NACIONAL



Face ao sucesso da primeira edição, em 2013, decorreu no passado dia 1 de fevereiro, na Curia, a segunda edição do Curso *CKD-MBD Made in Portugal*. A filosofia da reunião manteve-se: mostrar o que de melhor se faz em Portugal ao nível dos problemas minerais e ósseos nos doentes renais crónicos.

Luís Garcia

SESSÃO DE ABERTURA (da esq. para a dta.): Profs. João Frazão, Teresa Adragão, Aníbal Ferreira e Fernando Nolasco (no púlpito)

A organização do Curso, que contou com o apoio da Amgen, esteve a cargo de três nefrologistas de projeção internacional nesta área: a Prof.ª Teresa Adragão, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (HSC); o Prof. João Frazão, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; e o Prof. Aníbal Ferreira, do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral.

Além de incidir a sua intervenção nos marcadores não invasivos da remodelação óssea – como a PTH (paratormona, na sigla em inglês) intacta e os níveis de isoforma óssea da fosfatase alcalina, que podem tornar desnecessária a biopsia óssea –, Aníbal Ferreira definiu os critérios que, na sua opinião, implicam a realização de biopsia óssea nos doentes em diálise e no pós-transplante.

Por outro lado, identificou as principais causas de doença óssea adinâmica, «mostrando claramente que é esse o diagnóstico mais frequente na atualidade – superior ao hiperparatiroidismo e à hiperremodelação». «Na nossa experiência, a doença óssea adinâmica é multifatorial e tem a ver, sobretudo, com a diabetes, o envelhecimento da população e algumas intervenções terapêuticas, nomeadamente o excesso de carbonato de cálcio», sublinhou Aníbal Ferreira.

CONTROLAR O HIPERPARATIROIDISMO SECUNDÁRIO

Na sua intervenção, João Frazão fez uma revisão do tratamento da hiperfosfatemia e da importância da supressão da PTH no controlo do fósforo. Procurou mostrar que, além dos dois pilares tradicionais do tratamento da hiperfosfatemia (a utilização de captadores de fósforo e a ingestão de fósforo através da dieta), existe um ter-

ceiro fator determinante ao qual, por vezes, os especialistas não dão a devida atenção: o tratamento do hiperparatiroidismo secundário. «O fósforo é um “assassino”. Está associado ao aumento do risco de calcificação e, consequentemente, da mortalidade. Não é fácil controlá-lo, apesar dos novos captadores de fósforo e do aumento da eficácia da diálise. No entanto, além da dieta, da terapêutica e da qualidade da diálise, é necessário controlar o hiperparatiroidismo secundário», defendeu o nefrologista do Hospital de São João.

Por sua vez, Teresa Adragão abordou uma meta-análise publicada em outubro de 2013, na revista *The Lancet*, demonstrando que os captadores de fósforo sem cálcio diminuem em 22% o risco de mortalidade por qualquer causa quando comparados com os captadores de fósforo à base de cálcio, em indivíduos com doença renal crónica. A especialista também falou sobre a osteodistrofia renal na pré-diálise, um tema que considera ser «completamente desconhecido». «Não temos marcadores para definir as terapêuticas e trabalhamos de forma empírica. As biopsias ósseas são um instrumento que pode ser muito importante para nos ajudar a encontrar respostas nesta área», sublinhou Teresa Adragão.

Atualmente, está a decorrer no HSC uma avaliação da doença óssea em doentes transplantados renais por densitometria óssea, tomografia quantitativa computadorizada e realização de biopsias ósseas, que foram apresentadas pela primeira vez neste Curso. A Dr.ª Catarina Vasconcelos, imagiologista no HSC, falou sobre a utilização da DEXA (*Dual-Energy X-ray Absorptiometry*) e da tomografia quantitativa computadorizada no diagnóstico da osteoporose. /

// REJUVENESCIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EM PORTUGAL

Além da participação dos três nefrologistas organizadores, o Curso *CKD-MBD Made in Portugal* contou com várias intervenções de jovens investigadores. A Dr.ª Catarina Carvalho, nefrologista no Hospital de Braga, fez uma revisão sobre a doença óssea no pós-transplante renal e apresentou alguns dados histomorfométricos das primeiras biopsias ósseas avaliadas no laboratório de histomorfometria da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Outro momento de destaque foi a apresentação dos resultados a 24 meses de um estudo sobre suplementação

com colecalciferol em transplantados renais, que foi desenvolvido no Hospital de Curry Cabral, pela Dr.ª Inês Aires, nefrologista neste Hospital.

Também a Dr.ª Patrícia Matias, nefrologista no Hospital de Santa Cruz, divulgou resultados clínicos e laboratoriais sobre a utilização de captadores de fósforo contendo magnésio na população dialisada. A Dr.ª Cristina Jorge, também nefrologista no Hospital de Santa Cruz, apresentou os resultados intercalares de um estudo aleatorizado e prospetivo de suplementação com doses elevadas de colecalciferol em doentes incidentes em hemodiálise.



OS FORMADORES DO CURSO (da esq. para a dta.): Drs. Carlos Ribeiro (cirurgião), Carla Santos Araújo (responsável pelo setor de diálise peritoneal), Rui Soares da Costa (diretor da Unidade de Cirurgia de Ambulatório), Ana Oliveira (nefrologista), Emília Ribeiro (anestesista), Ana Beco (nefrologista) e Prof. Manuel Pestana (diretor do Serviço de Nefrologia)

// HOSPITAL DE SÃO JOÃO PARTILHOU EXPERIÊNCIA COM CATETERES PERITONEAIS

Partilhar a experiência com a colocação de cateteres peritoneais do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, para fomentar a formação de equipas multidisciplinares em outros hospitais foi o objetivo do primeiro Curso Teórico-Prático «O acesso de diálise peritoneal», que decorreu no dia 28 de janeiro passado.

Luís Garcia

Organizado pelos Serviços de Nefrologia, Cirurgia Geral e Anestesia do CHSJ, o Curso teve como tópico central a colaboração estreita entre estas três especialidades na colocação de cateteres peritoneais. Assim, foram apresentadas as visões de uma anestesista (Dr.ª Emília Carneiro), de uma nefrologista (Dr.ª Ana Oliveira) e de um cirurgião (Dr. Carlos Ribeiro), todos do Hospital de São João. Os participantes puderam ainda assistir a três cirurgias em tempo real, assim como participar nas mesmas, utilizando uma técnica laparoscópica modificada do CHSJ para colocação dos cateteres peritoneais.

Os atuais moldes de funcionamento da equipa multidisciplinar responsável pela colocação dos cateteres peritoneais no CHSJ resultaram de uma necessidade nascida por volta de 2008, quando o programa de diálise peritoneal do Centro Hospitalar se alargou. «Passámos a sentir, de forma mais premente, a necessidade de obter apoio da Cirurgia e da Anestesia, por forma a garantir que o programa se pudesse desenvolver de acordo com as expectativas», explicou o Prof. Manuel Pestana, diretor do Serviço de Nefrologia do CHSJ.

«Inicialmente, os cateteres eram colocados no bloco central, o que nos trazia muitas limitações. Mas a boa vontade e o envolvimento da Cirurgia e da Anestesia permitiram que passássemos a fazê-lo em cirurgia de ambulatório», referiu o especialista, destacando o empenho e o entusiasmo da equipa.

Manuel Pestana lembrou ainda a existência de diferentes modelos em Portugal: em alguns centros, é o nefrologista que coloca o

cateter; em outros, é apenas o cirurgião que o faz e ainda existe outro modelo de colaboração entre especialidades. Embora considere que cada centro deve procurar o seu próprio caminho, o diretor do Serviço de Nefrologia considera que o CHSJ é «um bom exemplo nesta área».

O Dr. Rui Soares da Costa, diretor da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do CHSJ, também destaca a excelente colaboração entre especialistas com visões distintas e complementares. «Nada pode substituir a experiência que cada especialidade tem. É necessário respeitar o conhecimento dos outros na sua área e ter a humildade de aceitar que, sem esse conhecimento, não conseguimos atingir os resultados que pretendemos», sublinhou.

Divulgando a sua experiência, a equipa do CHSJ procurou ajudar colegas de outros hospitais a reproduzirem o seu modelo, «de modo a que se constitua uma rede nacional deste tipo de núcleos, para que os doentes possam ter acesso a estes cuidados noutros pontos do País», explicou Rui Soares da Costa. //

// NÚMEROS DO CHSJ

49

cateteres peritoneais colocados em 2013

130

doentes no programa de diálise peritoneal

PUB.



Diálise Peritoneal

Começar com Força para manter a Força

// TRÊS DÉCADAS DE DIÁLISE NA ILHA TERCEIRA

No dia 19 de janeiro passado, o Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT), em Angra do Heroísmo, Açores, comemorou os 30 anos da criação da Unidade de Diálise. A objetiva da *SPN News* mostra-lhe os principais momentos da iniciativa, onde foram recordados os marcos do desenvolvimento desta estrutura de referência.

Texto: Inês Melo **Fotos:** António Araújo



O Serviço de Nefrologia, atualmente dirigido pela Dr.ª Lourdes Dias (a discursar), organizou uma sessão comemorativa no Centro Cultural de Angra do Heroísmo. Marcaram presença cerca de 200 convidados locais, entre eles a Dr.ª Raquel Louro, presidente do Conselho de Administração do HSEIT; o Dr. José Gaspar, representante da Câmara Municipal de Angra do Heroísmo; o Dr. Luís Cabral, secretário regional da Saúde; e o Prof. Mateus Martins Prata, antigo diretor do Serviço de Nefrologia e Transplantação do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e fundador da Unidade de Diálise da Ilha Terceira.



A cerimónia foi embalada pela melodia do fado português, na voz de um oftalmologista, uma enfermeira e uma administrativa do HSEIT. O concerto foi também uma homenagem à cidade de Angra do Heroísmo, classificada pela UNESCO como Património da Humanidade, poucos dias antes da abertura desta Unidade de Diálise.



Convidado para falar sobre os desafios da hemodiálise em Portugal, o Prof. Martins Prata foi o principal responsável pela abertura desta Unidade, a primeira dos Açores, a 14 de janeiro de 1984. Na altura, assistia-se a um aumento do número de doentes com insuficiência renal crónica no arquipélago — onde ainda não existia Serviço de Nefrologia. Além disso, as dificuldades de deslocação para o continente impediam que muitos doentes iniciassem o tratamento atempadamente. «O Prof. Martins Prata ofereceu todo o seu conhecimento em diálise, contribuindo para a implementação de uma terapêutica que viria a salvar muitas vidas nos Açores», contou a Dr.ª Lourdes Dias à *SPN News*.



No âmbito desta comemoração, a Dr.ª Lourdes Dias e o Dr. José Sousa Freitas, internista (à direita), convidaram os Profs. Martins Prata e Fernando Nolasco, presidente da SPN (à esquerda), para visitarem as novas instalações da Unidade de Diálise, transferida para o Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira em outubro de 2012. «As sucessivas administrações deste Hospital procuraram acompanhar a evolução dos tempos, oferecendo os meios necessários para um serviço de qualidade. Um dos principais avanços foi a implementação da diálise peritoneal. A descontinuidade do terreno e o facto de estarmos num arquipélago fazem com que esta técnica assuma especial importância, evitando a deslocação do doente», explicou Lourdes Dias.



Com uma equipa constituída por duas nefrologistas, um internista e dez enfermeiros, atualmente, esta Unidade de Diálise dá assistência às populações das ilhas Terceira, São Jorge e Graciosa. São seguidos 123 doentes, dos quais 57 estão em hemodiálise, 9 em diálise peritoneal, 10 em pré-diálise e 47 são transplantados renais. A par das consultas por telemedicina (em São Jorge e na Graciosa), a Unidade de Diálise está agora empenhada em aumentar o número de consultas presenciais, com vista a ser reconhecida como centro de formação para hemodiálise e diálise peritoneal. //

/// DESAFIOS CLÍNICOS DA NEFROLOGIA GERIÁTRICA

MONITORES E TEMAS: Dr. Nuno Afonso («Vasculite, acesso vascular, modo de adiar a terapêutica substitutiva de função renal»); Dr.ª Catarina Prata («Vasculite limitada ao rim»); Dr.ª Tânia Sousa («Diálise peritoneal assistida»); Dr.ª Patrícia Martins, organização; Prof.ª Luísa Lobato, organização; Dr. Jesús Garrido («Síndrome cardiorrenal»); Dr.ª Ana Marta Gomes («Glomerulonefrite pós-infecciosa»); Dr.ª Líliliana Pinho («Alterações hidroeletrólíticas e ácido base»)

A reunião subordinada ao tema «Nefrologia geriátrica: desafio clínico», que decorreu no dia 16 de novembro de 2013, na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (OM), contou com uma forte adesão, particularmente por parte dos internos de Nefrologia e de Medicina Interna.

Andreia Pereira

Com uma lotação limitada a 50 inscrições, a reunião formativa «Nefrologia geriátrica: desafio clínico», organizada pelo Colégio da Especialidade de Nefrologia (CEN) da Ordem dos Médicos, superou as expectativas, pois contou com «uma enorme adesão da comunidade nefrológica», segundo a Prof.ª Luísa Lobato, uma das organizadoras. Na abertura, o Prof. João Ribeiro Santos, presidente do CEN, fez uma curta introdução, apresentando os temas do programa e os respetivos oradores.

A primeira sessão, a cargo da Dr.ª Maria João Rocha, «foi transversal às comunicações da manhã», proferidas pelo Dr. Jorge Dickson, pelo Prof. Rui Alves e pelo Dr. Jorge Malheiro. «Estas quatro preleções formaram um contínuo», comenta Luísa Lobato, na qualidade de membro do Conselho Diretivo do Colégio da Especialidade de Nefrologia.

Na segunda parte das palestras da manhã, a Dr.ª Ana Carina Ferreira falou sobre os distúrbios de fluidos e eletrólitos na população geriátrica, uma situação que a Dr.ª Patrícia Martins, também membro do Conselho Diretivo do CEN, classifica de «muito frequente» e associada «a grande morbimortalidade». Seguiram-se as intervenções do Prof. Henrique Luz Rodrigues, sobre lesão renal aguda, e da Dr.ª Inês Ferreira, sobre glomerulopatias.

«O envelhecimento renal acarreta, por si só, alterações na capacidade de diluição e con-

centração da urina, na capacidade de excreção de cargas ácidas e também na secreção de potássio. A diminuição das reservas fisiológicas do idoso aumenta a sua suscetibilidade para alterações de fluidos e eletrólitos», explica Patrícia Martins, deixando um conselho: «O doente idoso é frágil, sensível e dependente. Por isso, a prevenção continua a ser a melhor estratégia na abordagem destas situações.»

As palestras da tarde «foram vocacionadas para a componente prática» e abordaram as metodologias de substituição da função renal no idoso com patologia renal crónica de estágio 5. Estas comunicações estiveram a cargo dos Drs. Domingos Machado («Transplantação renal»), Ana Mateus («Hemodiálise») e Maria João Carvalho («Diálise peritoneal assistida»). «No fundo, ficamos a perceber que todas as técnicas são possíveis», conclui Luísa Lobato. /

// MOMENTO «INTERATIVO»



Na parte da tarde, os monitores desta reunião formativa apresentaram casos clínicos didáticos, que foram posteriormente submetidos à discussão da plateia.



ANTECIPE OS BONS RESULTADOS

 NOVARTIS

Novartis Farmia - Produtos Farmacéuticos S.A. | Sede Social, Rua do Centro Empresarial, Edif. 6 - Quinta da Bemposta - 2710-944 Sintra DPC | NIF/Pessoal coletiva nº 500007528 - Sociedade Anónima
Cap. Social: EUR 2.400.000 | www.novartis.pt

«E FUNDAMENTAL QUE TODOS OS DOENTES HIPERTENSOS FAÇAM UM ESTUDO DA FUNÇÃO RENAL»

Existe uma relação muito estreita entre a hipertensão arterial e a função renal. Em entrevista, o **Prof. Manuel Pestana, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de São João, professor catedrático na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e responsável pelo Departamento de Doenças Renais, Urológicas e Infecciosas da FMUP, salienta o papel fulcral dos clínicos de Medicina Geral e Familiar na prevenção e deteção precoce da doença renal.**

Inês Melo



// De que forma é que a hipertensão arterial (HTA) e a função renal estão relacionadas?

Atualmente, a HTA é a segunda causa mais importante de doença renal no mundo, depois da diabetes, sabendo-se que as pessoas que sofrem de HTA têm um risco aumentado de desenvolver doença renal. Por outro lado, as próprias doenças renais, qualquer que seja a sua etiologia, dão origem a HTA. Trata-se de uma relação muito estreita, que também contribui para o desenvolvimento de outras complicações associadas à HTA: acidentes cerebrovasculares, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca ou doença arterial periférica. Ou seja, todas as complicações cardiovasculares associadas à HTA ganham particular relevância na presença de doença renal crónica (DRC). A crescer a isto, a HTA é um importante fator de deterioração do funcionamento dos rins, acelerando a progressão da doença.

// Em Portugal, o que dizem os números sobre o impacto da HTA na falência da função renal?

O papel da HTA na doença renal não está suficientemente estudado em Portugal, mas há vários indicadores que sugerem a relevância dessa relação. Primeiro, devido à afinidade entre a doença renal crónica e o envelhecimento da população, muito associado à HTA e à diabetes. Depois, sabe-se que o nosso País tem uma prevalência muito elevada de HTA — 42,2% da população portuguesa, sendo que 57,4% dos doentes não estão controlados, segundo dados do estudo PHYSA (*Portuguese HYPertension and SAlT Study*), divulgado em 2013.

Além disso, não devemos esquecer que o impacto da HTA em Portugal também está relacionado com o elevado consumo de sal (10,7 gramas por dia), que está bastante acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (5 gramas/dia) e pela

// O NÚMERO

30 a 40%

dos doentes que entram em diálise através da Urgência nunca foram alertados para os sintomas da doença renal crónica

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Portanto, são múltiplos os fatores que levam a supor que a HTA possa ter um elevado impacto na realidade nacional da DRC.

// A doença renal evolui de forma silenciosa. Assim sendo, quais são os parâmetros a que a Medicina Geral e Familiar (MGF) deve estar atenta?

É fundamental que todos os doentes hipertensos façam um estudo da função renal, não só porque a DRC é a causa mais importante de hipertensão secundária, mas também porque a HTA pode resultar de doença renal. Logo, quando o doente apresenta uma pressão arterial com valores superiores a 140/90 mmHg, recomenda-se que os profissionais dos cuidados de saúde primários realizem um estudo da função renal – pesquisa de proteína na urina, creatinina plasmática e, no caso de surgir alguma alteração, realização de uma ecografia renal.

No âmbito da MGF, do ponto de vista da relação custo-benefício, também não se justifica fazer exames da função renal a todos os doentes. Como tal, é necessário que os clínicos tenham critérios que orientem um estudo de rastreio, sobretudo para o grupo de doentes considerados «de risco»: hipertensos, história familiar de HTA ou de doença renal, diabéticos e indivíduos com idade acima dos 65 anos. Nestes casos, o estudo da função renal permite detetar a DRC nas suas formas mais incipientes e dá ao especialista em MGF a informação necessária para o passo seguinte.

// Qual deverá ser o papel do clínico geral no seguimento destes doentes?

Tratando-se de um diagnóstico de DRC incipiente e secundária a HTA, o papel da MGF é fundamental. De que precisa este doente? Controlar a pressão arterial e ter estilos de vida saudáveis (exercício físico, cuidados nutricionais e restrição do abuso de álcool e do tabagismo). A intervenção mais importante na DRC, ao nível da HTA e da diabetes, encontra-se nos cuidados de saúde primários. É neste contexto que é necessário desenvolver uma estratégia eficaz na prevenção e na evolução desta patologia. O problema é que o nosso sistema de saúde é muito «hospitalocêntrico»... Portugal precisa de medidas cujos frutos sejam colhidos a longo prazo e é nos cuidados de saúde primários que estas devem ser instituídas.

// CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA A NEFROLOGIA

- ✓ Dúvidas sobre a causa da doença renal crónica;
- ✓ Deterioração consistente da função renal;
- ✓ Antecipação de que será necessário, a curto/médio prazo, recorrer a uma terapêutica de substituição renal.

// Quais as opções farmacológicas que a MGF deve considerar no tratamento da HTA em doentes renais?

Atualmente, existem anti-hipertensores muito eficazes, que contribuem para a proteção do rim, atrasando a deterioração da função renal. Além disso, não devemos esquecer que, em praticamente todos os doentes renais, a HTA é sensível ao sódio. Por isso, a instituição de uma dieta hipossalina e um diurético para ajudar a controlar o sódio são fundamentais, a par das estatinas, para controlar a dislipidemia. Em geral, estes recursos estão disponíveis nos cuidados de saúde primários, permitindo abordar a esmagadora maioria dos casos de risco de doença renal crónica. É também importante sublinhar que os doentes transplantados ou em diálise são apenas a ponta do *iceberg* (0,2% da população). A esmagadora maioria dos casos de doença renal encontra-se em fases anteriores, nos estádios 1 a 5 (5 a 10% da população).

// Que importância assume a deteção precoce da DRC?

O pior que pode acontecer na DRC é ninguém saber que ela existe. Doentes que nunca foram estudados perderam a oportunidade de serem diagnosticados atempadamente, tratados de forma adequada e de verem atrasada a evolução da sua doença. Os doentes que entram em diálise pela porta da Urgência representam um dos maiores problemas para os nefrologistas, já que a colocação de um cateter numa veia central acarreta inúmeros riscos. Além disso, sabemos que o risco cardiovascular aumenta exponencialmente com a progressão da doença, que também é maior em estádios mais avançados. No fundo, a qualidade da assistência médica, a morbidade e a mortalidade dos doentes estão diretamente relacionadas com o conhecimento prévio da DRC. //

«A intervenção mais importante na doença renal crónica, ao nível da hipertensão arterial e da diabetes, encontra-se nos cuidados de saúde primários»





// INVESTIGAÇÃO PORTUGUESA DEMONSTRA IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D

Duas equipas de investigação portuguesa estudaram os efeitos da deficiência e da insuficiência de vitamina D ao nível da mortalidade e da morbilidade em doentes em hemodiálise ou sujeitos a transplante renal. Estes estudos inovadores mostraram também os benefícios da suplementação com vitamina D nativa (colecalfiferol).

Luís Garcia

O primeiro estudo – que deu origem ao artigo «*25-Hydroxyvitamin D3, arterial calcifications and cardiovascular risk markers in haemodialysis patients*», publicado no jornal *Nephrology Dialysis Transplantation*, em 2009 – envolveu 223 doentes em hemodiálise nas clínicas Nephrocare, em Vila Franca de Xira, e Dialverca, em Alverca.

Segundo a Dr.ª Patrícia Matias, investigadora principal deste estudo e nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, a investigação sugere que, à semelhança da população em geral, também nos doentes em hemodiálise os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D3 correlacionam-se negativamente com marcadores de risco cardiovascular. É o caso do aumento da pressão de pulso, do índice de massa ventricular esquerda, das calcificações vasculares e dos valores do peptídeo natriurético cerebral (BNP, na sigla em inglês).

Após constatar o impacto da deficiência e da insuficiência de vitamina D, a equipa de investigação procurou avaliar o efeito da suplementação com vitamina D nativa nos doentes em hemodiálise. «Durante seis meses, suplementámos os nossos doentes com colecalfiferol e verificámos uma melhoria não apenas no controlo do metabolismo mineral (com um uso menor da vitamina D ativa), mas também da inflamação (com redução do consumo de agentes estimuladores da eritropoiese), bem como uma redução

dos valores dos marcadores cardíacos, como o BNP e o índice de massa ventricular esquerda.»

Neste estudo, que deu origem ao artigo «*Cholecalciferol Supplementation in Hemodialysis Patients: Effects on Mineral Metabolism, Inflammation, and Cardiac Dimension Parameters*» (publicado em 2010, no *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*), conclui-se que a suplementação com colecalfiferol corrigiu a deficiência de vitamina D sem toxicidade evidente. «Esta suplementação foi simples, aparentemente segura e custo-eficaz. Mais importante ainda: esta terapêutica parece afetar positivamente os marcadores cardiovasculares e melhorar os resultados clínicos», sublinham os autores do estudo.

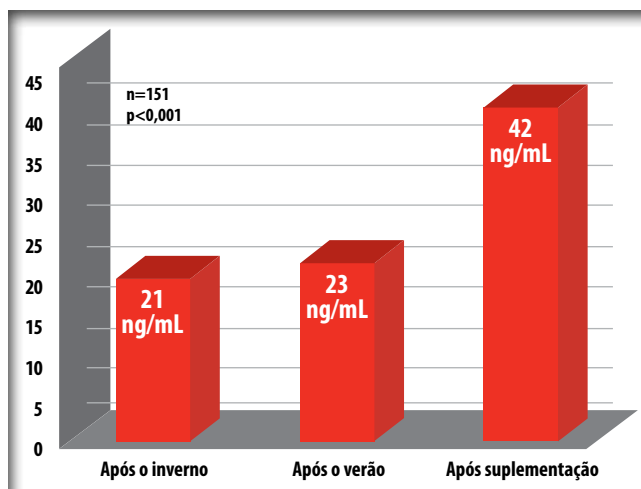
Patrícia Matias admite, no entanto, que o papel da suplementação com vitamina D nativa na morbilidade e na mortalidade nos doentes renais crónicos necessita ainda de ser clarificado em ensaios aleatorizados e controlados de grande dimensão.

A equipa também verificou a existência de uma associação entre a deficiência de vitamina D e a mortalidade cardiovascular e global aos 48 meses. Esta é uma das conclusões do artigo de revisão «*25-hydroxyvitamin D and chronic kidney disease*», publicado no *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension*, em 2011.

Nestes trabalhos, foi possível verificar que a toma diária de 1 200 IU de colecalfiferol durante seis meses aumenta os níveis de 25-hidro-



Gráfico 1 // Níveis de 25-hidroxivitamina D3 nos doentes em hemodiálise

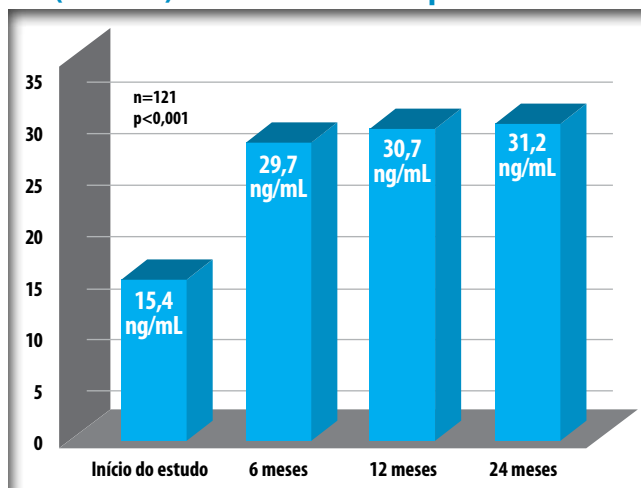


zado na Unidade de Transplante do HCC, no qual foram avaliados os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D3 em 121 transplantados renais, bem como a segurança e a eficácia da suplementação com colecalciferol. Ainda por publicar, o estudo foi apresentado, como comunicação oral, em 2012, no 49th European Renal Association–European Dialysis and Transplant Association, e na segunda edição do Curso *CKD-MBD Made in Portugal*, no dia 1 de fevereiro de 2014 (ver página 13).

Segundo a investigadora principal do estudo e também nefrologista no HCC, Dr.^a Inês Aires, os doentes transplantados são uma população com risco acrescido de déficit de vitamina D, uma vez que costumam expor-se menos à luz solar em virtude de algumas características decorrentes da transplantação, como a toma de terapêutica imunossupressora e o risco aumentado de neoplasias.

Ao longo de 24 meses, os 121 doentes foram acompanhados e receberam suplementação de vitamina D, com bons resultados. Em apenas seis meses, os níveis médios de 25-hidroxivitamina D3 quase duplicaram, aumentando de 15,4 ng/mL para 29,7 ng/mL (ver gráfico 2). Por outro lado, verificou-se uma surpreendente e significativa

Gráfico 2 // Níveis de 25-hidroxivitamina D3 (médias) nos doentes transplantados



xivitamina D3 em cerca de 20 ng/mL (ver gráfico 1). Por outro lado, a suplementação com vitamina D parece ser segura. Segundo vários autores, não se observam efeitos adversos, sobretudo relacionados com a hipercalcemia, quando são administradas doses diárias de até 10 000 IU ou com níveis de 25-hidroxivitamina D3 de até 150 ng/mL.

Os autores sugerem que «todos os doentes renais crónicos (incluindo populações em pré-diálise, diálise e transplantadas) devem ser avaliados e receber suplementação com vitamina D nativa, no intuito de obter níveis séricos estáveis superiores a 30 ng/mL». Na opinião dos investigadores, este deve ser o primeiro passo para otimizar o tratamento da insuficiência de vitamina D, que se observa com muita frequência em doentes renais crónicos.

O Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral (HCC), que integrou as equipas de investigação dos dois estudos, destaca o facto de esta ter sido a segunda publicação (e a mais vasta) em todo o mundo sobre o efeito da suplementação com vitamina D nativa (colecalciferol). Desde a data de publicação do artigo português, outros estudos chegaram a resultados idênticos.

DESCIDA DA PROTEINÚRIA NOS DOENTES TRANSPLANTADOS

A relação entre a deficiência de vitamina D e o aumento da mortalidade cardiovascular e global também ficou expressa num estudo reali-

diminuição da proteinúria (de 0,83 g/24h para 0,59 g/24h) no sexto mês, estabilizando em 0,56 g/24h ao final de um ano (ver gráfico 3).

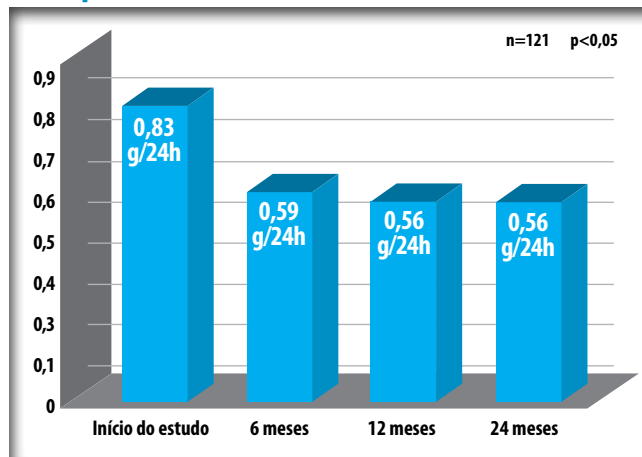
«Podemos demonstrar, por um lado, que esta população tinha, de facto, um défice importante de vitamina D e, por outro, que a suplementação é extremamente eficaz», refere Inês Aires. E acrescenta: «Além da diminuição muito significativa da proteinúria, verificámos que, com a suplementação, houve um melhor controlo do hiperparatiroidismo – que, nestes doentes, é muitas vezes subdiagnosticado e subtratado.»

Segundo Aníbal Ferreira, a primeira surpresa dos investigadores foi constatar que os doentes portugueses tinham, de facto, deficiência de vitamina D, contrariando a ideia de que este problema seria menos comum num país com bastante exposição solar.

O nefrologista destaca o facto de ambos os estudos terem sido «muito bem recebidos pela comunidade nefrológica nacional e internacional» e o impacto que tiveram na alteração da atitude terapêutica. «Ano após ano, assistimos a uma crescente adesão dos nossos colegas à suplementação com vitamina D nativa. Atualmente, é praticamente uma banalidade todos os doentes fazerem suplementação para suprir os níveis de deficiência e insuficiência de vitamina D que tinham – e que afetam mais de 90% das pessoas com doença renal crónica», sublinha Aníbal Ferreira.

Este nefrologista considera que o colecalciferol é uma opção terapêutica eficaz e «muitíssimo mais barata» do que a vitamina D ativa,

Gráfico 3 // Proteinúrias (médias) nos doentes transplantados



permitindo controlar o hiperparatiroidismo secundário numa percentagem relevante de doentes transplantados ou em diálise. Tanto o estudo com os doentes em hemodiálise como o que envolveu doentes sujeitos a transplante continuam em curso. Segundo Aníbal Ferreira, o próximo passo será verificar se, numa avaliação prospetiva a cinco anos, as curvas de sobrevivência se mantêm ou se ocorrem alterações na mortalidade e na morbilidade dos doentes que deixaram de estar em insuficiência ou deficiência de vitamina D. /

// Estudo internacional mostra ligação entre deficiência de vitamina D e desenvolvimento de albuminúria

O estudo de grande dimensão «*Serum 25-Hydroxyvitamin D Deficiency and the 5-Year Incidence of CKD*», publicado em julho de 2013, no *American Journal of Kidney Diseases*, demonstrou, pela primeira vez, uma associação entre a deficiência em vitamina D nativa e o desenvolvimento de albuminúria na população sem insuficiência renal e sem proteinúria inicial. As conclusões deste estudo vão no mesmo sentido dos resultados dos projetos de investigação liderados por Patrícia Aires e Inês Matias.

Na opinião de Aníbal Ferreira, a relevância desta investigação internacional baseia-se na dimensão da população estudada (cerca de 5 800 indivíduos), na longa duração do estudo (cinco anos) e nos «claros resultados obtidos». «Mesmo após ajustamento em função da idade e de outros fatores de estilo de vida, a deficiência em vitamina D associou-se a um aumento de 70% do risco de desenvolver albuminúria», sublinha.

Para o nefrologista, estes resultados são «da maior importância», uma vez que a deficiência/insuficiência em vitamina D é epidémica nos países mais desenvolvidos (sobretudo nos que se localizam mais longe das regiões equatoriais). «Tendo em conta que a intervenção terapêutica com um análogo da vitamina D (paricalcitol) se associou a uma significativa redução da albuminúria em doentes diabéticos já com insuficiência renal moderada (estudo VITAL – *VITamin D and Omega-3 Trial*), é de admitir que os níveis de vitamina D participem diretamente como efeito facilitador

ou inibidor da albuminúria», refere Aníbal Ferreira. Esta hipótese baseia-se em múltiplos modelos *in vitro* e *in vivo*, sendo suportada pelo facto de a vitamina D ser responsável pela expressão de mais de 200 genes, muitos dos quais presentes na membrana glomerular e nos podócitos.

«Obviamente, são agora aguardados, ainda com mais expectativa, os resultados dos diversos ensaios clínicos aleatorizados e com dupla ocultação que avaliam os efeitos a longo prazo da terapêutica com vitamina D nativa (calciferol, na maioria das investigações)», conclui Aníbal Ferreira.

// PRINCIPAIS RESULTADOS DO ESTUDO «SERUM 25-HYDROXYVITAMIN D DEFICIENCY AND THE 5-YEAR INCIDENCE OF CKD»

- Dos 5 800 doentes incluídos, 3,8% desenvolveram albuminúria no período de cinco anos de *follow-up*;
- Os doentes com níveis séricos de 25-hidroxivitamina D3 baixos (<15 ng/mL) tiveram um risco 84% superior de desenvolver albuminúria.



DIAS	EVENTO	LOCAL	+ INFO.
MARÇO			
27 a 29	XXXV Congresso Português de Cardiologia	Palácio de Congressos do Algarve, Albufeira	spc.pt
ABRIL			
9 a 12	Encontro Renal 2014	Centro de Congressos de Vilamoura	spnefro.pt
11 a 15	29 th Annual European Association of Urology Congress	Estocolmo, Suécia	eausto-ckholm2014.org
MAIO			
3 a 6	American Society of Pediatric Nephrology Annual Meeting	Vancouver, Canadá	aspneph.com
10	2.ª Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise	Hospital Militar do Porto	spnefro.pt
14 a 16	7.º Update Course of Peritoneal Dialysis	Hotel Eurostars das Artes, Porto	spnefro.pt
16 a 21	American Urological Association Annual Meeting	Orlando, EUA	aua2014.org
31 maio a 3 junho	51 th ERA-EDTA (European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association) Congress	Amesterdão, Holanda	era-edta2014.org
JUNHO			
4 a 6	8 th European Renal Pathology Course	Amesterdão, Holanda	renalpathology-course.org
SETEMBRO			
3 a 7	32 nd World Congress Meeting on Endourology & SWL	Taipé, Taiwan	2014wce.com
6 a 9	43 rd EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association) International Conference	Riga, Letónia	edtnaerca-conference2014.com
7 a 10	15 th Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis	Madrid, Espanha	ispdmadrid2014.com
18 a 20	47 th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology	Centro de Congressos da Alfândega do Porto	espn2014.org

SETEMBRO 24 a 28 | **XXVII Congresso Brasileiro de Nefrologia/** | **Belo Horizonte, Brasil**
/VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia

congressocbn2014.com.br

