

## DESAFIOS DA NEFROLOGIA PERANTE O ENVELHECIMENTO CRESCENTE



Como prestar os melhores cuidados de saúde num contexto de envelhecimento da população e de crescente prevalência da doença renal crónica? Esta é uma das questões que perpassam várias sessões do Encontro Renal 2015, como as conferências do Prof. Rui Nunes (pág. 8), do Dr. Eric Chemla (pág. 9) e do Prof. Wim Van Biesen (pág. 10). A componente prática também está reforçada, com a realização de dois cursos pré-congresso e quatro *workshops*, e o intercâmbio entre Portugal e Brasil é outro aspeto em destaque nesta reunião, que integra o XXIX Congresso Português de Nefrologia, o VII Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia e o XXIX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT).

**COMISSÃO ORGANIZADORA** (da esquerda para a direita): Dr. Luís Oliveira, Dr.<sup>a</sup> Mónica Frutuoso, Dr. Rui Castro, Dr. Alexandre Cabral (Brasil), Dr.<sup>a</sup> Teresa Morgado (presidente do Encontro Renal 2015), Dr. Valter Garcia (Brasil), Prof. Pedro Neves e enfermeiros Licínia Gaspar, José Faceira (presidente do XXIX Congresso da APEDT) e Fernando Vilares (presidente da APEDT)



ACEDA À VERSÃO DIGITAL

## 15 DE ABRIL

4 // Cursos de acessos vasculares e patologia renal

## 16 DE ABRIL

6 // Dados mais recentes dos registos do tratamento da doença renal crónica terminal e das biópsias renais

7 // Tratamento substitutivo da função renal no Brasil

// Prémios atribuídos no Encontro Renal 2015

8 // Entrevista ao Prof. Rui Nunes, presidente da Associação Portuguesa de Bioética e preletor da Conferência Inaugural

9 // Particularidades do acesso vascular no idoso

10 // O papel do nefrologista e principais *guidelines* para o tratamento da doença renal crónica no idoso

11 // Potencialidades do oxi-hidróxido sucroférico na captação do fósforo

12 // Gestão do doente crítico na lesão renal aguda

13 // Impacto das doenças sistémicas na função renal

15 // *Workshops* sobre acessos peritoneais e ecografia renal

## 17 DE ABRIL

16 // Modelos organizativos da diálise peritoneal de vários países

17 // Otimizar o tratamento em diálise peritoneal

18 // Papel da biópsia no diagnóstico da hepatite C

// Paracalcitol no pós-transplante renal

19 // *Update* em hemodiálise

// *Workshop* sobre desequilíbrios ácido-base

20 // Perspectivas de diferentes especialidades sobre a terapêutica hipocoagulante no doente renal crónico

21 // *Workshop* sobre cateteres de hemodiálise

## 18 DE ABRIL

22 // Atualização em transplante renal

23 // Desafios em Nefrologia Pediátrica

25 // Doença glomerular na rejeição humoral mediada por anticorpos

// Apresentação dos principais resultados de projetos de investigação apoiados pela SPN

## NEFROEVENTOS

26 // Destaques do 3<sup>rd</sup> CKD-MBD Made in Portugal

27 // *Highlights* do XVII Simpósio de Atualização em Nefrologia

## PONTO DE VISTA DA ENFERMAGEM



Enfermeiros Licinia Gaspar (vice-presidente do XXIX Congresso da APEDT), José Faceira (presidente do XXIX Congresso da APEDT) e Fernando Vilares (presidente da APEDT)

Este ano, realiza-se o XXIX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) que, mais uma vez, decorre no âmbito do Encontro Renal. Em entrevista à *SPN News*, o enfermeiro José Faceira fala sobre a importância desta iniciativa, bem como dos desafios que os cuidados especializados de enfermagem enfrentam nos dias que correm.

Marisa Teixeira

**// Quais as suas expectativas para este congresso?**

Quem organiza um congresso com este inquestionável destaque na área da Nefrologia clínica e da Enfermagem nefrológica tem motivos para exonerar ao máximo as suas expectativas. A escolha das temáticas a abordar, a sua disposição e sequência temporal no programa, os predicados dos palestrantes e moderadores, a qualidade e o sentido crítico dos participantes permitem maximizar a esperança e a confiança iniciais e inferir que haverá ganhos formativos significativos no final.

**// Qual a mais-valia da integração do Congresso da APEDT no Encontro Renal?**

As coisas grandes facilmente se tornam enormes. Desta forma, e tal como aconteceu em anos transatos, o XXIX Congresso da APEDT fica engrandecido pela sua inclusão no Encontro Renal 2015. O impacto mediático do evento, a variedade e multiplicidade das abordagens temáticas e, sobretudo, as oportunidades de convívio entre os diversos grupos profissionais com diferenciados saberes e experiências são mais-valias a relevar num encontro com esta expressão.

**// De que modo pode este Encontro contribuir para estreitar relações entre médicos e enfermeiros?**

Mal seria se precisássemos destes encontros para reforçar relações. O respeito e reconhecimento pelos vários saberes e campos de atuação profissional dos médicos e dos enfermeiros é recíproco. Não parece haver atropelos ou constrangimentos a valorizar; a interação e a troca de experiências são intentos mútuos a preservar. No entanto, a escassez de eventos científicos dispersos pelo território, o distanciamento geográfico e as limitações da vida profissional e pessoal são um obstáculo à proximidade entre os profissionais desta área.

Assim, a maior vantagem do Encontro Renal é a possibilidade de fomentar o convívio entre os diversos participantes: médicos, enfermeiros, empresas, associações representativas de doentes renais, entre outros.

**// Que importância tem a colaboração de Portugal com o Brasil na organização do Encontro Renal?**

A troca de experiências, sentimentos e frustrações é sempre valorizável. Mesmo que atravessar o Atlântico seja cada vez mais rápido e que nesta «aldeia global» tenhamos a noção de que estamos juntos unicamente pelo clicar de uma tecla, o envolvimento personalizado e as parcerias organizativas são sempre produtivas. O intercâmbio de experiências nestes encontros permite comparar e aprender o que se faz de diferente e de bom nos dois países, adotar essas práticas e tentar enraizá-las nos nossos serviços.

**// Quais os maiores desafios que, atualmente, os enfermeiros de diálise e transplantação enfrentam?**

Em Saúde, e sobretudo na área da prestação de cuidados, os desafios são constantes e imutáveis. Reciclar conhecimentos científicos, enfatizar competências relacionais que sobrelevem o respeito pela autonomia e pela autodeterminação do doente enquanto pessoa, cimentar destrezas técnicas, conquistar performances que acompanhem os infindáveis avanços na tecnociência em Nefrologia são caminhos procurados por todos aqueles que trabalham nesta área. Empenho, disponibilidade e dedicação são requisitos transversais a todos os profissionais envolvidos nas diferentes áreas da diálise e da transplantação e, perante esta realidade, só me resta concluir que o caminho futuro será calcorreado com confiança e qualidade. //

## // FORMAÇÃO E TROCA DE EXPERIÊNCIAS

É com grande satisfação que recebemos os colegas no Encontro Renal 2015. O XXIX Congresso Português de Nefrologia será, mais uma vez, uma mostra privilegiada da atividade dos especialistas e internos portugueses e um reflexo do seu dinamismo, bem espelhado nos cerca de 270 trabalhos submetidos, entre pósteres e comunicações orais. A Nefrologia portuguesa está bem viva e empenhada em desenvolver-se cada vez mais.

Este Encontro Renal integra também o XXIX Congresso APEDT (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação) e o VII Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia. A colaboração entre médicos e enfermeiros, por um lado, e entre nefrologistas dos dois lados do Atlântico, por outro, aumenta a visibilidade do nosso trabalho e é um modo de partilhar experiências, resultados e práticas. Melhorar a formação e otimizar a prática clínica são meios indispensáveis para atingir aquele que é o nosso objetivo comum: prestar os melhores cuidados de saúde aos nossos doentes.

Dou os meus parabéns à Comissão Organizadora do Encontro Renal 2015 e, em particular, à sua presidente, Dr.ª Teresa Morgado, que fez um excelente trabalho na elaboração do programa científico, na seleção dos temas e oradores e na organização do Congresso. Estou certo de que será um sucesso!

**Desejo a todos um ótimo Encontro Renal 2015!**



// Fernando Nolasco  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## // O DESAFIO DA CRESCENTE PREVALÊNCIA DA DRC NOS IDOSOS



COMISSÃO ORGANIZADORA: Dr. Luís Oliveira, Dr.ª Mónica Fructuoso, Dr. Alexandre Cabral (Brasil), Dr. Rui Castro, Dr.ª Teresa Morgado (presidente do Encontro Renal 2015), Dr. Valter Garcia (Brasil) e Prof. Pedro Neves. Ausentes na foto: Dr. Rui Costa, Dr.ª Catarina Prata e Dr.ª Patrícia Neto

Os desafios relacionados com o envelhecimento da população e a crescente prevalência da doença renal crónica (DRC) nas faixas etárias mais avançadas estarão em evidência no Encontro Renal 2015. Em Portugal, 60% dos doentes que iniciam uma terapêutica dialítica têm mais de 65 anos e, nas consultas de Nefrologia, atendemos, sobretudo, uma população geriátrica. No entanto, a nossa prática clínica tem sido baseada em *guidelines* pensadas em função do estágio da DRC, sem abordar especificamente os aspetos relacionados com o grupo etário. Para analisar estas questões vamos ter, entre outras sessões, uma conferência ministrada pelo Prof. Wim Van Biesen, que está a coordenar um grupo destinado a criar *guidelines* europeias sobre a DRC no idoso.

Em Nefrologia, cada vez mais nos confrontamos com dilemas éticos: a tomada de decisão quanto à colocação em programas de substituição da função renal de doentes muito idosos e com elevadas cargas de morbilidade, com a necessidade de equacionar também a qualidade de vida oferecida; a suspensão de diálise e as condições necessárias para assegurar a dignidade da vida humana; as questões da justiça distributiva na alocação dos recursos, por exemplo, na transplantação. A bioética é um tema sempre importante e atual, pelo que convidamos o Prof. Rui Nunes, presidente da Associação Portuguesa de Bioética, para preletor da Conferência Inaugural.

Organizámos dois cursos pré-congresso – «Acessos Vasculares» e «Patologia Renal, da biópsia à clínica» – e procurá-

mos inovar com quatro *workshops* teórico-práticos destinados aos internos e jovens especialistas. Tivemos também a preocupação de trazer para a discussão a visão e a experiência de outras especialidades, particularmente em áreas controversas e inovadoras. Incluímos no programa um simpósio dedicado à política de saúde, no qual serão partilhadas as experiências de diferentes países sobre modelos organizativos de diálise peritoneal assistida.

Duas conferências anátomo-clínicas, uma na área da Nefrologia clínica e outra na área da transplantação, e sessões dedicadas a temas como lesão renal aguda, síndrome hepatorenal, eclâmpsia, vasculites sistémicas, hemodiálise e hemodiafiltração *online*, acessos vasculares, transplantação renal ou novos desafios em Nefrologia Pediátrica serão proferidas por um painel de 30 ilustres convidados nacionais e internacionais, incluindo cinco palestrantes brasileiros e dez oriundos de outros países. Teremos também seis simpósios promovidos pela indústria farmacêutica e ainda múltiplas sessões para a apresentação de 268 comunicações livres, ao longo dos três dias do Encontro.

É com imenso prazer que, em nome da Comissão Organizadora do Encontro Renal 2015, desejo a todos os participantes uma boa estadia e um bom Congresso.

// Teresa Morgado  
Presidente do Encontro Renal 2015

## // CURSO DE ACESSOS VASCULARES COM AVALIAÇÃO EM MODELOS VIVOS



A Dr. Mónica Fructuoso demonstra como se realiza a avaliação ecográfica do património vascular de um dos quatro doentes do Centro Hospitalar do Algarve que participaram no Curso, a convite do Dr. Idalécio Bernardo, nefrologista neste centro hospitalar

Dedicado a internos de Nefrologia, mas também especialistas, o Curso de Acessos Vasculares decorreu no dia 15 de abril, com o objetivo de «abordar o diagnóstico e tratamento dos principais problemas e complicações do acesso vascular, bem como dotar os participantes de uma visão ampla sobre as especificidades ineren-

tes às fístulas arteriovenosas e às próteses vasculares», referiu a Dr.ª Mónica Fructuoso, nefrologista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e coordenadora do curso.

A pertinência do tema está relacionada com a necessidade crescente de uma adequada planificação e monitorização dos

acessos vasculares autólogos, que se tem verificado na prática clínica. «A problemática dos acessos vasculares faz cada vez mais parte do quotidiano dos nefrologistas, à medida que assistimos ao envelhecimento progressivo da população renal crónica e a um aumento exponencial das suas comorbilidades, com franco comprometimento do património vascular», alertou Mónica Fructuoso.

O curso começou com uma abordagem teórica dos temas mais pertinentes sobre os acessos vasculares, nomeadamente o estudo pré-operatório, os métodos de monitorização e as complicações mais frequentes nos acessos vasculares. Integrou também uma sessão de apresentação de casos clínicos e uma componente prática com avaliação em modelos vivos do património vascular nativo e dos acessos vasculares problemáticos.

A vertente prática desta formação foi uma das grandes mais-valias para os participantes, que tiveram a oportunidade de treinar a avaliação do acesso vascular, com o apoio dos formadores de diferentes especialidades, como a Nefrologia, a Cirurgia Vascular e a Radiologia. // Sofia Cardoso

## // ADQUIRIR UMA VISÃO MAIS PRECISA DA ESTRUTURA RENAL

Pelo terceiro ano consecutivo, realizou-se o Curso de Patologia Renal «Da biópsia renal à clínica», no primeiro dia do Encontro Renal. Entre as 9h00 e as 17h30, internos e nefrologistas tiveram a oportunidade de rever alguns conhecimentos e aprender o que há de novo no campo da patologia renal. Segundo a Dr.ª Fernanda Carvalho, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHLC/HCC) e coordenadora deste curso pré-congresso, «foi dedicado um espaço à arquitetura geral do rim, base fundamental para a compreensão das lesões mais complexas e da interação com o quadro clínico».

Foram também abordadas as nefropatias que causam síndrome nefrótica, bem como algumas doenças sistémicas e a patologia do rim transplantado, com especial atenção para os critérios de Banff, que são atu-



As Dr.ªs Isabel Mesquita e Helena Sousa foram as preletoras do Curso de Patologia Renal – da Biópsia Renal à Clínica

alizados a cada dois anos. «Estes temas são de muito interesse na medida em que fazem parte da vida diária do nefrologista. Ajudam e facilitam a compreensão das doenças e melhoram a interação anátomo-clínica», sublinhou Fernanda Carvalho.

De acordo com esta responsável, «o objetivo deste curso foi proporcionar aos nefrologistas e internos que o frequentaram a possibilidade de adquirirem os conhecimentos que lhes permitam ter uma visão mais precisa da estrutura renal. O objetivo final «é reconhecer e compreender com maior facilidade

os diferentes padrões da morfologia das patologias renais, quer do rim nativo quer do rim transplantado».

Para ministrar o curso, estiveram presentes outras duas nefrologistas do CHLC/HCC – a Dr.ª Helena Sousa, com treino avançado em nefropatologia, e a Dr.ª Isabel Mesquita, que fez a interação com a clínica, apresentando casos ilustrativos das patologias versadas, especificamente relacionados com os temas lecionados. Realizou-se ainda uma avaliação com observação de fotografias e respostas a um questionário. // Marisa Teixeira

A scenic sunset over a body of water. The sky is filled with soft, colorful clouds in shades of orange, yellow, and blue. Numerous birds are flying across the sky, silhouetted against the bright light. In the foreground, there are tall reeds and grasses, some with brown seed heads. The water reflects the colors of the sky. The word "PUBLICIDADE" is written in large, white, bold, sans-serif capital letters across the middle of the image, enclosed in a white rectangular border.

**PUBLICIDADE**

## // TRANSPLANTE RENAL CRESCE ENQUANTO PRIMEIRA OPÇÃO TERAPÊUTICA



Dr. Fernando Macário, coordenador do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)

Em 2014, a transplantação renal foi o primeiro tratamento substitutivo da função renal utilizado em 24 doentes, o que representa um aumento substancial face aos apenas nove casos registados no ano anterior. Estes e outros dados do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), relativos ao ano passado, foram ontem apresentados pelo seu coordenador, Dr. Fernando Macário, que também preside à Sociedade Portuguesa de Transplantação.

Ainda que, em 2014, «não se tenha verificado um aumento da transplantação renal» em Portugal, somados os 394 transplantes de dador

cadáver e os 54 de dador vivo levados a cabo nesse ano, «o transplante renal surgiu mais frequentemente como primeira opção terapêutica substitutiva da função renal» na doença renal crónica (DRC) terminal, comparativamente a 2013, salientou Fernando Macário. A unidade que realizou mais transplantes renais em Portugal foi o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ao passo que o Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António liderou na realização de transplantes renais de dador vivo.

Por outro lado, o Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal, que assinala o acréscimo de 3% da incidência de doentes

a iniciar tratamento substitutivo da função renal, permite constatar que esse aumento «é mais significativo na hemodiálise [HD] do que na diálise peritoneal [DP]». De resto, «a tendência de aumento da prevalência mantém-se na HD, que está a crescer mais do que a DP», acrescentou Fernando Macário. Não obstante, esta última técnica foi «primeira opção de tratamento em 8,8% dos doentes».

Os dados enviados por 121 unidades de HD, 26 unidades de DP e oito unidades de transplantação renal nacionais apontam também para uma subida do número de doentes em DP automatizada, em relação à DP manual. Adicionalmente, «o número de doentes que são transferidos da DP para transplante renal é muito significativo», revelou o coordenador do Registo.

No que toca ao acompanhamento prévio dos doentes, Fernando Macário destacou ainda que «a proporção de doentes seguidos por um nefrologista antes de iniciarem HD variou pouco em relação aos anos anteriores». Já no que respeita à DP, «mais de 80% dos doentes que iniciaram esta opção terapêutica substitutiva da função renal foram seguidos previamente em consultas de Nefrologia». Mais uma vez, verificou-se uma diminuição da mortalidade nos doentes em HD. //

Ana Rita Lúcio

## // NEFROPATIA IgA NO TOPO DOS DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES NAS BIÓPSIAS RENAIS

No ano passado, realizaram-se 877 biópsias renais, mais 46 do que em 2013, indicou ontem a Dr.ª Helena Sousa, coordenadora da Região Sul do Registo Nacional de Biópsias Renais da SPN, na sessão em que foi apresentado o último relatório anual deste Registo. Segundo a também nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (HCC), a lista das dez patologias mais frequentemente diagnosticadas em 2014 é liderada pela nefropatia IgA, verificada em 115 das 877 biópsias renais levadas a cabo em unidades portuguesas, logo seguida pela nefrite lúpica (90) e pela esclerose segmentar e focal (85). «Em 175 desses casos, o mo-

tivo principal da biópsia foi a síndrome nefrótica», adiantou Helena Sousa.

Congratulando-se pelo facto de «o número de hospitais participantes ter aumentado gradualmente» desde a criação deste Registo, em 2009, a nefrologista sublinhou que, hoje em dia, todas as biópsias efetuadas estão a ser contabilizadas. «Em 2009, procedeu-se a uma recolha retrospectiva dos dados existentes em cada centro, conseguindo-se, na altura, o registo de um total de 11 439 biópsias realizadas em todo o País até essa data.» A partir de então, «os dados passaram a ser recolhidos de forma prospetiva e mais uniformizada».

Com a tarefa de «recolher os dados das biópsias de rim nativo realizadas em Portugal», por forma a «conhecer a frequência de doen-



Dr.ª Helena Sousa, coordenadora da Região Sul do Registo Nacional de Biópsias Renais da SPN

ças nefrológicas com diagnóstico histológico e caracterizar a população doente», o Gabinete de Registo de Biópsias Renais da SPN, também nascido em 2009, tem como coordenadora nacional a Dr.ª Fernanda Carvalho, nefrologista no HCC. // Ana Rita Lúcio

### // NÚMEROS

700 biópsias foi a média anual registada entre 2009 e 2012

> 800 biópsias anuais foi a média dos últimos dois anos

16 065 é o total de biópsias de rim nativo registadas em Portugal até 2014

# // REALIDADE DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL NO BRASIL



Os dados mais recentes relativos ao tratamento substitutivo da função renal no Brasil foram ontem apresentados pelo **Dr. Daniel Rinaldi dos Santos, nefrologista no Hospital do Servidor Público Estadual, em São Paulo, Brasil.** Os números dão conta da realidade atual dos doentes em diálise, bem como da capacidade de resposta do serviço público de saúde brasileiro nesta área. O aumento do número de doentes dialisados nos últimos anos

e a escassez de profissionais em determinadas regiões são os principais problemas que se colocam no tratamento adequado destes doentes.

O orador apresentou os resultados do censo sobre o tratamento dialítico da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), realizado em 2013, que contou com a colaboração de cerca de 60% dos serviços de Nefrologia dos hospitais do Brasil. De acordo com os

dados recolhidos, o número de doentes dialisados duplicou nos últimos anos (42 695, em 2000, *versus* 100 000 em 2013), fixando-se numa taxa de 499 doentes em diálise por milhão de habitantes.

Rinaldi dos Santos realçou também o facto de o Brasil ser «o segundo país que realiza mais transplantes renais no mundo (e o primeiro através do sistema de saúde público), em número absoluto». A preva-

lência de doentes em diálise no Brasil, que é mais baixa do que noutros países com características similares, aponta para «a necessidade de identificação precoce e tratamento adequado, visando um cuidado integrado desses doentes».

Os dados apresentados revelaram ainda que há um elevado número de doentes em lista de espera para transplante renal (cerca de 30 000 em 2014) e uma escassez de profissionais, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, onde há um nefrologista para 150 mil habitantes e um para 100 mil, respetivamente. Em todo o país, existem 4 000 nefrologistas, que estão concentrados em apenas 350 dos 5 556 municípios brasileiros. // **Sofia Cardoso**

## // DOENTES EM DIÁLISE NO BRASIL

**58%** são do género masculino

**35%** têm hipertensão arterial

**29,5%** têm diabetes

**31,4%** estão acima dos 65 anos de idade



## // ENCONTRO RENAL PREMEIA A EXCELÊNCIA EM NEFROLOGIA

A edição de 2015 do Encontro Renal distinguiu os melhores trabalhos e apresentações levados a cabo por nefrologistas e internos de Nefrologia. À semelhança dos anos anteriores, os prémios foram entregues ontem, no final da cerimónia inaugural.

### PRÉMIOS DE MELHORES APRESENTAÇÕES NO CONGRESSO

// **Diálise peritoneal (apoio AbbVie):** «Peritoneal dialysis drop-out: lessons from a Portuguese cohort» – Dr.<sup>a</sup> Alice Lança, do Grupo Multicêntrico Português de Diálise Peritoneal do Centro Hospitalar do Médio Tejo/Unidade de Torres Novas;

// **Hemodiálise:** «Estudo aleatorizado de suplementação de colecalciferol em doentes incidentes em hemodiálise. Avaliação ao 2.º ano» – Dr.<sup>a</sup> Cristina Jorge, da Nephrocare de Vila Franca de Xira;

// **Nefrologia Básica:** «The relationship between endothelial progenitor cells and circulating endothelial cells is markedly reduced in hemodialysis patients» – Dr.<sup>a</sup> Ana Cerqueira, do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto;

// **Nefrologia Clínica:** «Renalase and other biomarkers cardiovascular risk in chronic kidney disease» – Dr.<sup>a</sup> Ana Cerqueira, do CHSJ;

// **Transplantação:** «Primeiro transplante renal ABO-incompatível realizado em Portugal» – Dr.<sup>a</sup> Patrícia Barreto, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

### PRÉMIO ROCHE DR.<sup>a</sup> TERESA AZEVEDO

// «The likelihood of recovering or kidney lost after a mild acute kidney injury. Are biomarkers a useful tool for prediction?» – Dr.<sup>a</sup> Karina Soto, do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (HFF), na Amadora.

### BOLSAS RENAL ACADEMY (APOIO AMGEN)

// **Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Silva**, do Centro Hospitalar do Algarve (CHA), em Faro;

// **Dr.<sup>a</sup> Ana Cerqueira**, do CHSJ.

### BOLSAS SPN

// **Dr.<sup>a</sup> Ana Pimentel**, do CHA;

// **Dr.<sup>a</sup> Rute Aguiar**, do Hospital do Espírito Santo de Évora;

// **Dr.<sup>a</sup> Ana Azevedo**, do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral;

// **Dr. Pedro Campos**, do HFF;

// **Dr. Ricardo Macau**, do Hospital Garcia de Orta, em Almada;

// **Dr.<sup>a</sup> Teresa Chuva**, do Instituto Português de Oncologia do Porto.

### PRÉMIOS DE 2014 DO PORTUGUESE JOURNAL OF NEPHROLOGY AND HYPERTENSION

// **Best editorial:** «Soluble endoglin: a biomarker or a protagonist in the pathogenesis of pre-eclampsia?» – Dr.<sup>a</sup> Lucia Perez-Roque (Universidade de Salamanca) *et al.*;

// **Best review article:** «Equations for glomerular filtration rate estimation use in the elderly» – Dr. Jorge Malheiro e Dr.<sup>a</sup> Josefina Santos, do

Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António;

// **Best original article:** «Transplant glomerulopathy and post-transplant de novo thrombotic microangiopathy: common features and pathologic mechanisms» – Dr. Rui Costa (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro) *et al.*;

// **Best case report:** «MPO-ANCA-positive crescentic glomerulonephritis superimposed on a mesangial proliferative glomerulonephritis in a patient with mixed cryoglobulinemia due to hepatitis C infection: a case report», – Dr. Luís Rodrigues (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), *et al.*



A Dr.<sup>a</sup> Ana Cerqueira foi contemplada com dois prémios e uma bolsa, que lhe foram entregues pelo Prof. Fernando Nolasco, presidente da SPN



## «O MÉDICO CONTEMPORÂNEO TEM DE PERCEBER QUE HÁ E HAVERÁ SEMPRE ESCASSEZ DE RECURSOS»

// Prof. Rui Nunes

Diretor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e presidente da Associação Portuguesa de Bioética

«Bioética – os novos desafios» foi o tema abordado pelo Prof. Rui Nunes na Conferência Inaugural deste Encontro Renal. Em entrevista, o presidente da Associação Portuguesa de Bioética fala sobre os avanços nesta matéria e a necessidade de uma priorização ética e de maior rigor na gestão dos recursos, sempre com respeito pela equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Ana Rita Lúcio e Marisa Teixeira

### // Estamos perante um horizonte de mudança no campo da Bioética?

Há, essencialmente, dois aspetos novos. Em primeiro lugar, o próprio domínio científico. Esta novidade relaciona-se com o facto de, em congressos médicos, ser também uma prioridade o modo de pensar eticamente a Medicina nas suas múltiplas componentes. Apesar de a Bioética existir como ciência estruturada há vários anos, está a dar os primeiros passos em Portugal. Por outro lado, surgiram novas dimensões da Ética e da Bioética, na Medicina e não só. Há avanços que levantam questões para as quais a Ética médica tradicional não tem resposta. Ao longo da conferência, quis cristalizar a seguinte ideia: temos de ter um novo olhar ético sobre as ciências da vida, em particular a Medicina. Num ambiente plural, democrático, não ortodoxo, sem tabus nem reservas intelectuais de qualquer espécie, a Bioética pretende que se discuta abertamente os problemas, tentando encontrar a melhor solução possível, no quadro dos valores preponderantes das sociedades pluralistas.

### // As questões éticas tendem a ser relegadas para segundo plano?

Quando Hipócrates criou a Medicina, concebeu, simultaneamente, a sua dimensão técnica e os valores éticos que norteiam a profissão médica. A ética médica tradicional tem valores intemporais – por exemplo, o melhor interesse do doente como principal preocupa-

ção do médico. Estes aspetos são mais atuais do que nunca, mas não podem ficar à margem de outros valores das sociedades contemporâneas, que ainda não foram devidamente incorporados, como o respeito pela liberdade de autodeterminação do doente ou a justiça e a equidade enquanto valores sociais, essenciais na Bioética contemporânea. É necessário um olhar complementar à ética médica tradicional.

### // Esse olhar ético é necessário porque o paradigma se alterou?

Quando eu era um jovem licenciado nunca ouvi falar, por exemplo, de consentimento informado. A sociedade mudou e a Medicina evoluiu tecnicamente. Há questões que não têm uma solução ética fácil, portanto, é imperativo que este debate se faça dentro da Medicina, que alcançou grandes conquistas e conseguiu mudar o mundo de uma maneira irreversível. Mas o poder da Medicina sobre a vida e as pessoas acarreta uma enorme responsabilidade e deve ser exercida com humildade. Aliás, há situações realmente controversas e fraturantes, que são criadas pela própria Medicina.

### // A que controvérsias se refere?

Por exemplo, só se fala hoje do estatuto ontológico do embrião humano porque a Medicina criou embriões humanos, *in vitro*, fora do ventre materno. É um problema novo para o qual a Ética tradicional não tem resposta. A vida humana deve ser protegida desde o seu

princípio, mas qual é exatamente o início da vida? Cada um tem a sua própria interpretação. A Medicina tenta fazer o que está certo, mas não é fácil. Acima de tudo, é necessária uma atitude de grande abertura e ponderação, envolvendo outros saberes – uma inovação da Bioética. Enquanto a ética médica é tradicionalmente do foro médico, a Bioética é transdisciplinar e multidisciplinar.

### // Salientou a importância do respeito pela autodeterminação do doente. Esse é hoje um dos principais desafios no campo da Bioética?

Sem dúvida. Vivemos numa sociedade plural, com mundivisões diferentes e perspectivas distintas sobre determinados temas, como a eutanásia ou o acesso de casais homossexuais a técnicas de procriação medicamente assistida, entre outros. A melhor solução ética, muitas vezes, recai no facto de os intervenientes serem uma parte ativa no processo de decisão. É evidente que não há conflitos éticos na maioria dos atos médicos, contudo, o doente deve ser sempre envolvido no processo.

Assim surgiu, por exemplo, a legislação sobre o testamento vital, proposta pelo nosso Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Não defendemos um processo de tomada de decisão alheado da opinião médica, mas sim que deve existir aconselhamento, para que a pessoa possa conhecer o alcance e as consequências das suas decisões. Faz sentido uma

inter-relação com o médico, especialmente o médico de família, para que este seja a fonte de informação prioritária dos seus doentes. Trata-se de um enorme desafio, porque, nos países do sul da Europa, não existe esta tradição em nenhum plano. Em Portugal, durante o Estado Novo, quanto menos autonomia e menos informação as pessoas tivessem melhor. Não custa a crer que tenhamos chegado aos anos de 1970 sem que a maioria da população tivesse a percepção dos seus direitos e deveres. E não me refiro apenas à área da Saúde, mas sim à cidadania em geral. Portanto, é um enorme avanço assistir atualmente a um cenário em que as pessoas são chamadas a pronunciarem-se. Não tenho dúvidas de que estamos a dar grandes passos nesse sentido e a Bioética é decisiva nesta matéria.

**// Num momento em que tanto se fala de escassez de recursos, considera que a preocupação com a justiça e com a equidade no direito aos cuidados de saúde é prioritária?**

Este é o grande desafio do século XXI. O médico contemporâneo tem de perceber que há e haverá sempre escassez de recursos, por múltiplas razões, e que todas as suas decisões têm de ser temperadas por um ideal de justiça. Além disso, tem de se preocupar não apenas com um doente específico, mas com todos, o que implica um enorme rigor na utilização dos recursos. Sempre que se prescreve um medicamento ou um meio complementar de diagnóstico que não é absolutamente necessário prejudica-se alguém. Este *mindsetting* ético é essencial, mas, nesta matéria, as posições tendem a radicalizar-se. Há quem defenda uma ética médica mais tradicional, considerando

que os custos não são uma preocupação dos médicos, e, por outro lado, aqueles que adotam uma atitude claramente economicista. Temos de encontrar um ponto de equilíbrio, em que se pratique Medicina de qualidade, mas tendo em atenção a escassez de recursos e combatendo o desperísimo.

**// No limite, isso pode significar que haverá doentes sem acesso à melhor resposta médica possível?**

A Bioética é a favor da priorização ética da saúde, o que não é, de todo, sinónimo de racionamento. Em Portugal, estima-se que pelo menos 20% dos recursos na saúde sejam desperdiçados. Começou a poupar-se, entretanto, nos doentes mais graves e nos tratamentos mais inovadores para resolver os problemas económicos. A Bioética não defende isso, mas sim o rigor na utilização dos recursos, não tendo qualquer reserva intelectual sobre modelos alternativos de sistemas

de saúde. Em primeiro lugar estão os doentes.

Todavia, a Bioética reconhece que, mesmo com uma gestão otimizada, os recursos acabam por se tornar escassos, sendo fundamental a priorização ética. Assim, os doentes que mais precisam nunca devem ser excluídos. A Bioética não defende que se racione medicamentos inovadores, mas considera que há modalidades de diagnóstico e/ou tratamento que podem não ser prioritárias. Por exemplo, deve-se continuar a fazer cirurgia estética no Serviço Nacional de Saúde? Possivelmente, não. Os melhores sistemas do mundo são aqueles que começaram a implementar esta tese de priorização ética há alguns anos. Contudo, em Portugal, escolhe-se sempre o caminho mais fácil, com resultados a curto prazo. Isso é que não é aceitável! Tive muita pena de que esta crise não tivesse servido para se implementar em Portugal um verdadeiro sistema de priorização ética. //

**// QUESTÕES ÉTICAS EM NEFROLOGIA E TRANSPLANTAÇÃO**

O facto de cerca de 36% dos doentes em diálise terem mais de 74 anos pode levantar questões éticas? Na opinião do Prof. Rui Nunes, «o aumento da esperança média de vida é uma conquista, logo, seria um retrocesso civilizacional pôr isso em causa com medidas iníquas de discriminação exclusivamente baseadas na idade». O presidente da Associação Portuguesa de Bioética recorda que nenhuma sociedade moderna segue esse caminho, até porque a esperança média de vida vai aumentar, e considera que o mais correto «é olhar para o envelhecimento como uma mais-valia e não como uma sobrecarga».

No caso específico da Nefrologia, uma das linhas de investigação mais promissoras relaciona-se com as células estaminais. «Não tenho dúvidas de que vamos conseguir gerar órgãos *ex novo* e, embora reconheça que isto levanta problemas éticos, creio que o benefício para a humanidade seria extraordinariamente compensatório.» Quanto à transplantação, Rui Nunes preferia que se investisse «em tecnologias que não obrigassem ninguém a ficar despojado de um órgão». Contudo, adverte: «Percebo e defendo as campanhas de sensibilização, embora devamos continuar a investigar alternativas.» Este especialista em Ética admite ser um defensor da lei portuguesa nesta área, considerando-a «uma das melhores no mundo», mas espera que um dia o panorama se altere. «Gostava que se evoluísse para uma Medicina verdadeiramente regenerativa», conclui.

**OPINIÃO**

**DESAFIOS DO ACESSO VASCULAR NO IDOSO**



**// Dr. Eric Chempla**

Cirurgião vascular e diretor do Departamento de Medicina e Ciências Cardiovasculares do St. George's Vascular Institute, no Reino Unido // Preletor da conferência «A problemática do acesso vascular no idoso», que decorreu ontem

**P**recisamos de evitar, tanto quanto possível, a utilização de cateteres centrais para assegurar uma diálise correta aos

nostros doentes. Está demonstrado claramente que, quando os utilizamos, as complicações infecciosas e não infecciosas, bem como a mortalidade, são bastante superiores àquelas que se registam com acessos vasculares apropriados. Adicionalmente, os encargos financeiros que a readmissão de doentes – em hospitais, devido a complicações associadas aos cateteres – acarreta são muito elevados. O desenvolvimento de novos modelos de cuidados e uma aposta na inovação e na criatividade serão essenciais para atenuar esses encargos.

Registos norte-americanos, publicados recentemente, de doentes com insuficiência renal terminal revelaram taxas reduzidas de maturação das fístulas arteriovenosas. Este foi um argumento para que os nefrologistas privilegiassem em doentes com mais de 80 anos e múltiplos fatores de risco a colocação de cateteres centrais tunelizados, em vez de tentar uma fístula a todo o custo. Entretanto, surgiram

novas próteses no mercado, que são passíveis de canulação muito precoce e com reduzidas complicações hemorrágicas. Por outro lado, excelentes técnicas de canulação e a melhoria dos protocolos de vigilância reduziram drasticamente o número de infeções observadas em doentes dialisados com recurso a próteses.

O modelo que propomos incorpora o que tem sido defendido pelo investigador canadiano Charmaine Lok ou pelo norte-americano Michael Allon. Neste modelo, prevemos a probabilidade de sucesso e de maturação antes de operar, de modo a fornecer uma solução à medida de cada doente, dando-lhe o tipo de acesso adequado, desde o início, que funcione de imediato e de acordo com as suas necessidades. As *guidelines* KDOQI dos acessos vasculares não são atualizadas desde 2007 e foram definidas sem ter em conta as baixas taxas de maturação que têm sido relatadas e a iniciativa *fistula first* norte-americana. //

**NOTA:** Esta conferência foi moderada pelo Dr. Alexandre Cabral, nefrologista em Campo Grande (Brasil), e pelo Prof. Joaquim Pinheiro, nefrologista no Hospital Militar do Porto.

## // POR UMA MEDICINA QUE ESCUTE E DÊ VOZ AO DOENTE



A conferência do Prof. Wim Van Biesen foi moderada pelos Profs. Rui Alves e Teresa Adragão

A importância de adequar as estratégias terapêuticas «às expectativas e aos desejos do doente» foi uma das linhas de força da conferência «*Guidelines* KDIGO – a doença renal crónica [DRC] no idoso», proferida ontem pelo Prof. Wim Van Biesen, diretor do Serviço de Nefrologia e docente no Hospital Universitário de Gante, na Bélgica, que é também *chair* do European Renal Best Practice (ERBP) da European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA).

Ana Rita Lúcio e Luís Garcia

«É fundamental discutir abertamente com o doente aquilo que ele quer», advogou Wim Van Biesen na abertura da conferência que incidiu sobre as *guidelines* da organização Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), parti-

lhadas pelo ERBP, relativamente à DRC terminal no idoso. Na sessão moderada pelos Profs. Rui Alves e Teresa Adragão, nefrologistas, respetivamente, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, o

nefrologista belga admitiu, no entanto, que esta «não é uma discussão fácil».

«Essa dificuldade decorre, desde logo, da ambiguidade», que se prende com o quão «problemático» é definir taxativamente «como é que as coisas vão correr» e determinar ao certo as hipóteses de sobrevivência, explicou Wim Van Biesen. «Quantificar essa ambiguidade em números e traduzi-los, de modo a que o doente nos entenda, é o primeiro passo», defendeu.

Depois, é necessário «dar ouvidos» aos desejos e às expectativas dos doentes. «Será que o doente quer “quantidade de vida”, em termos de mais meses ou anos, ou que privilegia a qualidade de vida?», indagou. Não menos determinante é procurar perceber «se há limites estabelecidos» pelo próprio. Nesse sentido, há que reconhecer que «o doente é perito em saber o que quer, enquanto os médicos são peritos em saber como tentar alcançar esse objetivo», defendeu o *chair* do ERBP. Para que a harmonia entre ambas as visões possa ser alcançada, no entanto, é preciso deixar «o paradigma de escutar o doente sobrepor-se ao paradigma técnico», advertiu.

Outro aspeto salientado por Wim Van Biesen foi a necessidade de os médicos não se focarem demasiado na idade cronológica do doente, mas sim na sua fragilidade. «São as comorbilidades, o estado geral de saúde do doente e o facto de fazer ou não diálise que devem orientar a nossa estratégia terapêutica», sublinhou. /

COMENTÁRIO DO MODERADOR | Prof. Rui Alves, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



### ABORDAGEM ATUAL DA DRC NO IDOSO

A doença renal crónica (DRC) está para a Nefrologia como a doença cardiovascular para a Cardiologia ou a diabetes tipo 2 para a Endocrinologia, embora com um traço comum fundamental, fruto da nossa própria evolução: o envelhecimento populacional. Por outro lado, o papel do nefrologista não se limita à prevenção, diagnóstico ou tratamento da DRC, porque os dados epidemiológicos mostram que, com a idade, o aumento da incidência da patologia acompanha, de forma recíproca, o crescimento da doença cardiovascular e da diabetes, entre outras. Afigura-se pois que, cada vez mais, a nossa intervenção deve extravasar o acompanhamento estrito da doença renal e ser sensível ao envolvimento sistémico das doenças degenerativas e metabólicas do nosso tempo.

A dimensão dos números relativos à incidência e à prevalência da DRC leva-nos a concluir que somente uma estratégia concertada

na caracterização da doença renal e na definição de procedimentos e objetivos de prevenção, diagnóstico e tratamento poderá surtir efeitos benéficos num futuro próximo. É nesta perspectiva que toda a comunidade científica mundial tem depositado expectativas na aplicação das *guidelines*. Muito acarinhadas por uns e diabolizadas por outros, tendo em conta que a sua leitura não deverá desprezar os conhecimentos e a experiência adquiridos por cada um, as *guidelines* deverão servir como um instrumento de trabalho destinado a harmonizar as boas práticas à luz da atualidade.

O fator idade, em particular, assume em cada área patológica um papel absolutamente crítico, como influenciador das estratégias concertadas na abordagem da doença em geral. Para os nefrologistas, a equação do tratamento da DRC no idoso reveste-se de particularidades de natureza técnica e ética a que devemos estar particularmente atentos. Neste sentido, tornou-se extremamente oportuna a conferência do Prof. Wim Van Biesen, que revisitou os principais consensos internacionais a propósito do tratamento do idoso e das suas comorbilidades além da DRC nos seus diferentes estádios de evolução. /

## // EFICÁCIA NA CAPTAÇÃO DO FÓSFORO, COM MENOS DOSES



«A eficiência com menos na captação do fósforo» deu o mote ao almoço-simpósio promovido pela OM Pharma, que decorreu ontem. Os Profs. Aníbal Ferreira, Teresa Adragão e João Frazão foram os nefrologistas convidados a comentar as potencialidades do oxi-hidróxido sucroférico.

Marisa Teixeira

«A hiperfosfatemia e a hipercalcemia modificam o fenótipo da célula muscular lisa da parede do vaso sanguíneo, transformando-o num osteoblasto, que é responsável pelo processo de calcificação extracelular. Nos doentes renais crónicos, este processo é ampliado pela redução local de inibidores da calcificação», começou por explicar a Prof.<sup>a</sup> Teresa Adragão, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz.

Recorde-se que o controlo da hiperfosfatemia nos doentes renais crónicos em diálise é efetuado por intermédio de diferentes medidas complementares, nomeadamente a restrição de fósforo na dieta, a remoção de fósforo pela diálise e a utilização de captadores de fósforo em simultâneo com a ingestão de alimentos. A nefrologista sublinhou que uma meta-análise publicada no jornal *The Lancet*, em 2013, «mostrou que o uso de captadores de fósforo sem cálcio nos doentes em diálise se associou a reduções de mortalidade e de progressão de calcificações nas artérias coronárias, quando comparado ao uso de captadores de fósforo com cálcio».

### MAIS-VALIAS DO OXI-HIDRÓXIDO SUCROFÉRICO

Indicado para o controlo dos níveis séricos de fósforo em indivíduos com doença renal crónica, que fazem hemodiálise ou diálise peritoneal, o oxi-hidróxido sucroférico é um novo fármaco que apresenta vários benefícios. O Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro

Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, salientou que esta molécula «é uma ferramenta eficaz para o incentivo à adesão terapêutica». E acrescentou: «Isoladamente, os captadores de fósforo são a terapêutica que mais contribui para o elevado número de comprimidos que os doentes renais crónicos têm de tomar.»

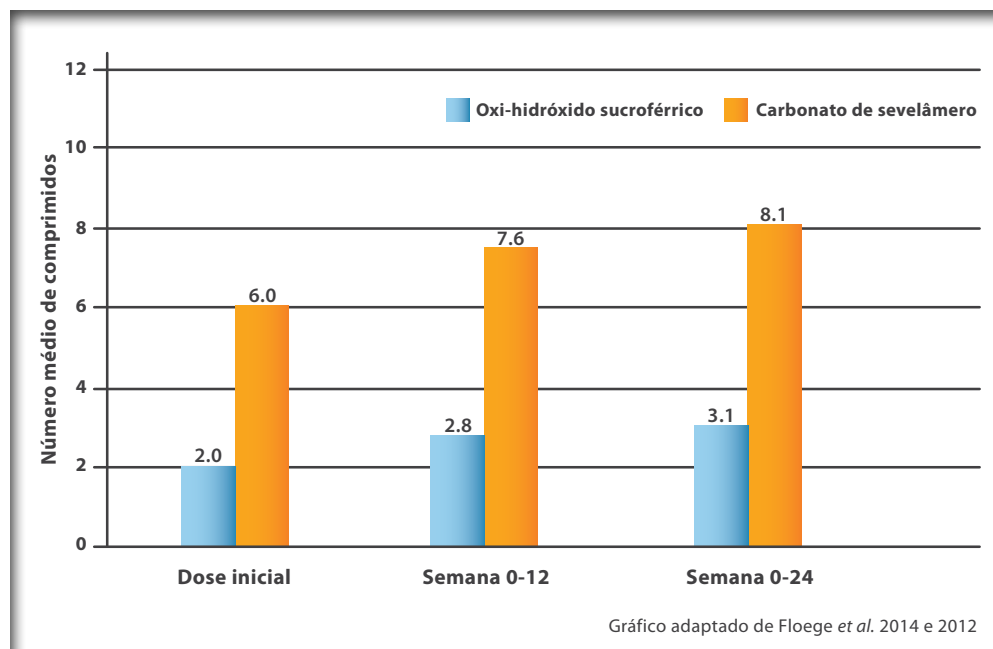
Neste contexto, uma das grandes limitações da eficácia no controlo da hiperfosfatemia relaciona-se, precisamente, com a não adesão à terapêutica. Aníbal Ferreira referiu que «o oxi-

-hidróxido sucroférico permite a toma de apenas um comprimido por refeição – três por dia –, o que equivale a menos de um terço comparativamente aos captadores de fósforo mais utilizados, como o carbonato de sevelâmero, que necessita de oito comprimidos para obter o mesmo efeito» (ver gráfico abaixo).

Por sua vez, o Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, frisou a vantagem de o oxi-hidróxido sucroférico não ser um captador de fósforo de base cálcica. «A carga de cálcio associada pode originar efeitos secundários, nomeadamente produção ou agravamento de calcificações nos vasos sanguíneos associadas a um aumento da morbidade e da mortalidade.» Este orador adiantou que o novo fármaco é uma alternativa especialmente relevante para «doentes que já apresentam calcificação vascular ou níveis baixos da hormona paratiroide [PTH]». Além disso, vários estudos indicam que este é um medicamento bem tolerado. «Os seus principais efeitos adversos são do foro gastrointestinal, comuns nos captadores de fósforo, como a descoloração das fezes e a diarreia, sendo esta transitória em muitos casos», referiu Teresa Adragão.

Aníbal Ferreira sublinhou ainda que o oxi-hidróxido sucroférico parece apresentar um aumento dos níveis de ferritina nos doentes renais crónicos, sobretudo nos que fazem, em simultâneo, uma administração endovenosa, «o que pode significar uma vantagem acrescida». «Esta não é a primeira indicação do fármaco, mas o facto de ter este perfil em relação aos depósitos de ferro pode ser uma característica favorável nestes doentes, visto que costumam apresentar também défice de ferro», rematou este nefrologista. //

### // BAIXO NÚMERO DE COMPRIMIDOS COM ELEVADA PERFORMANCE



# // NOVAS RECOMENDAÇÕES PARA A GESTÃO DO DOENTE CRÍTICO NA LESÃO RENAL AGUDA



Dr. Estevão Lafuente, Prof. José António Lopes, Dr. José Maximino (moderador), Dr. João Gouveia (moderador) e Dr. Luís Coentrão

A gestão do volume circulante efetivo e os avanços recentes na terapêutica de substituição renal nos doentes com lesão renal aguda (LRA) foram os temas abordados na primeira sessão científica da tarde de ontem. As novas recomendações para a fluidoterapia estiveram em destaque.

Sofia Cardoso

**S**e continua a fazer sentido manter uma liberalização da fluidoterapia, depois das conclusões de trabalhos científicos recentes, como o ARISE (*Australasian Resuscitation In Sepsis Evaluation*) e o ProMISe (*Protocolised Management In Sepsis*), foi a questão que abriu a apresentação do Dr. Estevão Lafuente, chefe de serviço de Medicina Intensiva no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. «A generalização das recomendações baseadas na *Survival Sepsis Campaign*, com o estudo *Early Goal Directed Therapy*, veio condicionar a abordagem dos doentes com sépsis grave e choque séptico, ao contemplar uma reanimação agressiva com fluidos», começou por referir o especialista.

Ao longo da sua intervenção, Estevão Lafuente deu a conhecer a perspectiva do intensivista na abordagem do doente crítico com LRA, dando conta das várias alterações que ocorreram, nos últimos anos, neste âmbito. O especialista fez uma revisão dos estudos recentes, que recomendam maior reserva na administração de fluidos aos doentes com LRA, e apresentou o conceito de «síndrome endoteliorrenal», que, na sua opi-

nião, «poderá ser vantajoso para justificar a restrição da fluidoterapia».

As medidas mais proativas de estimulação da diurese com furosemida, que são «vantajosas para a adequada gestão de fluidos antes de iniciar uma técnica de substituição renal», e o papel dos balanços negativos no impedimento da congestão orgânica, na redução da mortalidade e até na diminuição da necessidade de uma técnica de substituição renal também foram alvo de discussão. No final da sua intervenção, Estevão Lafuente apresentou um conjunto de atitudes práticas que podem ser realizadas na gestão de fluidos. Assegurar o adequado preenchimento vascular com cristaloides e gelatinas, evitar a utilização do teste ao hidroxietil amido (HAES) na sépsis e perceber o estado do volume da distribuição da lesão endotelial foram as principais medidas apresentadas pelo especialista.

Depois da visão do intensivista, foi a vez de um nefrologista, o Dr. Luís Coentrão, da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Nefrologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, abordar o controlo

do balanço hídrico e a sua importância na gestão da volemia. «O volume circulante efetivo – vulgarmente conhecido por volemia – é, provavelmente, uma das questões clínicas mais complexas na abordagem do doente crítico. Dada a sua complexidade, torna-se fundamental recordar os princípios básicos da fisiologia cardiovascular por forma a abordar este tema sem medo e sem rodeios», referiu Luís Coentrão.

## TERAPÊUTICA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL NA LRA

O Prof. José António Lopes, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, foi o último palestrante deste simpósio moderado pelo Dr. João Gouveia, intensivista no mesmo Hospital, e pelo Dr. José Maximino, nefrologista no Instituto Português de Oncologia do Porto.

José António Lopes apresentou os mais recentes avanços e as principais controvérsias relativamente ao *timing* de início e de suspensão da terapêutica de substituição renal, bem como a sua modalidade e dose. A melhor estratégia de anticoagulação a ser utilizada foi outro dos aspetos abordados. O especialista começou por alertar para a elevada taxa de mortalidade dos doentes com LRA, que, em alguns estudos, é superior a 50%, apesar da variedade de técnicas de substituição renal e do seu aperfeiçoamento tecnológico.

Ao longo da sua apresentação, José António Lopes falou das várias modalidades terapêuticas disponíveis atualmente. «As técnicas contínuas de substituição renal [TCSR] e as técnicas híbridas, como a *sustained low-efficiency dialysis*, são utilizadas, preferencialmente, em doentes com instabilidade hemodinâmica e a hemodiálise intermitente em doentes estáveis a esse nível», indicou o especialista.

No entanto, José António Lopes ressaltou que, «apesar de estudos observacionais iniciais terem sugerido um benefício adicional das TCSR em relação à hemodiálise intermitente no que diz respeito à mortalidade e à recuperação da função renal, estudos prospectivos realizados posteriormente não demonstraram esta vantagem». //

### FICHA TÉCNICA

#### Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia



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

#### Edição:



esfera das ideias  
#PUBLICIDADE CONTEÚDOS

#### Esfera das Ideias, Lda.

Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa • Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107  
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt • EsferaDasIdeiasLda  
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)  
Coordenação: Luís Garcia • Redação: Ana Rita Lúcio, Luís Garcia, Marisa Teixeira e Sofia Cardoso  
Fotografia: Rui Jorge • Design/paginação: Susana Vale  
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)

#### 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

#### Patrocinam esta edição:

abbvie

AMGEN

DIAVERUM



NOVARTIS



OM Pharma

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

# // REPERCUSSÃO RENAL DAS DOENÇAS SISTÊMICAS

O impacto da síndrome hepatorenal, da pré-eclâmpsia e das vasculites de pequenos vasos na lesão renal aguda (LRA) esteve em foco na sessão «Rim e outros órgãos na LRA», que decorreu ontem.

Luís Garcia

A primeira intervenção do simpósio – que foi moderado pelo Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e pela Prof.<sup>a</sup> Luísa Lobato, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António – esteve a cargo do Dr. Pere Ginès, diretor do Serviço de Hepatologia do Hospital Clínic de Barcelona, que fez uma atualização sobre a síndrome hepatorenal (ver caixa). Seguiu-se a palestra do Dr. Luís Freitas, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sobre a pré-eclâmpsia, uma doença caracterizada pelo aparecimento de hipertensão arterial e proteinúria *de novo* após as 20 semanas de gestação.

Segundo Luís Freitas, «mesmo na ausência de proteinúria, a presença de sinais de envolvimento de órgãos-alvo (rím, fígado ou sistema nervoso central) permite o diagnóstico desta patologia». Manifestando-se em 3 a 5% de todas as gestações, a pré-eclâmpsia é uma causa importante de morbimortalidade materno-fetal, constituindo um fator de risco relevante para doença renal crónica, cardiovascular e cerebrovascular materna. «Na sua génese podem estar múltiplas causas (como interações imunes materno-fetais anormais, desregulação da oxigenação placentar ou lesão vascular materna prévia) que conduzem a uma via fisiopatológica comum», sublinhou Luís Freitas.

A isquemia/hipoxia placentar, como causa ou consequência de uma placentação deficiente, desencadeia uma resposta antiangiogénica sistémica. «A importância do fator de crescimento endotelial vascular [VEGF, na sigla em inglês] na homeostasia dos capilares fenestrados dos glomérulos e sinusoides hepáticos explica as principais manifestações clínicas (microangiopatia trombótica tradu-



Prof. João Frazão (moderador), Prof.<sup>a</sup> Luísa Lobato (moderadora), Dr. Pere Ginès, Dr. Luís Freitas e Prof.<sup>a</sup> Maria Almerinda Alves

zida em glomeruloendoteliose e síndrome HELPP [*Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count*]), explicou Luís Freitas.

De acordo com este nefrologista, algumas novas terapêuticas em estudo «parecem promissoras», nomeadamente as que têm como alvo a reposição do equilíbrio angiogénico normal (aférese/plasmaférese para remoção do sFelt1, administração de VEGF-121, transfeção vírica do gene do VEGF e pravastatina), a vasodilatação (sildenafil e relaxina) e a ação antioxidante (melatonina e N-acetilcisteína).

## Vasculites de pequenos vasos

A Prof.<sup>a</sup> Maria Almerinda Alves, nefrologista e docente na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no Brasil, falou sobre novas abordagens terapêuticas das vasculites de pequenos vasos. Segundo a especialista, o tratamento das vasculites sistémicas caracterizadas pela inflamação necrosante pauci-imune de pe-

quenos e médios vasos – em geral, associadas à presença de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos – baseia-se no uso da combinação de corticosteroides e imunossuppressores.

«Esquemas terapêuticos para a indução de remissão (com ciclofosfamida e altas doses de corticosteroides) e para a manutenção (com imunossuppressores menos tóxicos) permitiram que a doença, cuja mortalidade há três décadas se aproximava dos 80% em dois anos, esteja atualmente em torno dos 25% em cinco anos», referiu Maria Almerinda Alves. As novas propostas para tratamento visam diminuir as recidivas, minimizar a falência terapêutica e evitar os efeitos tóxicos cumulativos da ciclofosfamida.

De acordo com Maria Almerinda Alves, o uso de fármacos imunobiológicos, em particular o anticorpo monoclonal anti-CD20, tem apresentado resultados satisfatórios, principalmente nos doentes não respondedores ao tratamento convencional de indução, com alguns estudos a evidenciar uma menor ocorrência de recidivas. Com o uso destes agentes, também foram observados resultados de não inferioridade na terapêutica de manutenção, embora seja ainda necessário avaliar as complicações a longo prazo.

Para Maria Almerinda Alves, o objetivo das novas propostas terapêuticas passa pela «melhoria da sobrevida, assegurando qualidade de vida, cura e/ou minimização de atividade e de danos permanentes», além da menor possibilidade de toxicidade dos fármacos. «Para tal, devemos ter como objetivos o correto diagnóstico da doença, o reconhecimento de biomarcadores de atividade e de recidiva e a identificação precoce de danos», concluiu. //

## // MENSAGENS-CHAVE DO DR. PERE GINÈS

✓ O uso de biomarcadores renais, como a NGAL (lipocalina associada à gelatinase dos neutrófilos), pode ser útil no diagnóstico diferencial da síndrome hepatorenal de tipo 1, relativamente a outras causas de disfunção renal aguda;

✓ A terlipressina é o tratamento de primeira linha da síndrome hepatorenal e a resposta a esta terapêutica é dependente da melhoria da hemodinâmica sistémica;

✓ O tema da síndrome hepatorenal associada a infeções merece mais investigação com vista à identificação precisa de doentes que possam necessitar de tratamento vasoconstritor precoce, mas a terlipressina parece ser eficaz neste quadro;

✓ São necessários estudos de grande dimensão para determinar a utilidade da albumina na prevenção da síndrome hepatorenal em infeções que não a peritonite bacteriana espontânea.

A scenic landscape at sunset. The sky is filled with a vibrant orange and yellow glow, transitioning into a soft blue at the top. Numerous birds are captured in flight, scattered across the sky. Below the sky is a calm body of water that reflects the colors of the sunset. In the foreground, there are several tall reeds and grasses, some with brown seed heads. The bottom of the image shows a wooden pier or dock made of weathered planks.

**PUBLICIDADE**

## // TREINO DE ECOGRAFIA E BIÓPSIA RENAL EM WORKSHOP



O Dr. Edgar Almeida simula uma biópsia renal perante o olhar atento dos formandos

**D**irecionado sobretudo para os internos de Nefrologia, o *workshop* «Ecografia renal para nefrologistas», que decorreu ontem e se repete hoje, entre as 14h30 e

as 16h00, na sala 3, deu aos participantes a oportunidade de praticarem a avaliação imagiológica renal por ecografia em modelo vivo e simular a realização de biópsias renais. A ver-

tente prática destas ações formativas é uma característica reforçada nesta edição do Encontro Renal, que inclui, pela primeira vez, a realização de quatro *workshops* em diferentes áreas da Nefrologia.

«Os *workshops* programados para o congresso deste ano foram pensados com a perspectiva de incutir uma componente mais prática ao Encontro Renal e, simultaneamente, proporcionar aos internos da especialidade o treino de alguns procedimentos fundamentais na prática clínica nefrológica», explica a Dr.<sup>a</sup> Mónica Fructuoso, nefrologista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e coordenadora do *workshop* «Ecografia renal para nefrologistas».

Este *workshop*, em particular, tem como principal objetivo «a aquisição de conhecimentos básicos sobre a ecografia e o Doppler renal, assim como a abordagem dos princípios e questões técnicas inerentes à biópsia renal ecoguiada», acrescenta a especialista. No painel de formadores estão médicos de diferentes especialidades, como a Nefrologia e a Radiologia, de modo a garantir uma formação interdisciplinar. // Sofia Cardoso

## // ABORDAGEM PRÁTICA DOS ACESSOS PERITONEAIS

**O** *workshop* «Acesso peritoneal: da colocação à monitorização», que decorreu ontem e se repete hoje, entre as 16h00 e as 17h30, na sala 3, ficou marcado pela componente prática. Os inscritos foram constantemente convidados a participar em atividades que consolidam os seus conhecimentos teóricos. O Dr. Luís Oliveira, nefrologista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e organizador desta ação formativa, justifica a escolha do tema, realçando que «o sucesso da diálise peritoneal [DP] depende, em grande parte, de um acesso eficaz à cavidade peritoneal». E acrescenta: «Com este *workshop*, pretendemos transmitir conceitos teóricos integrados numa vertente prática, que é indispensável no quotidiano clínico.»

Os formandos puderam compreender a importância da correta colocação dos cateteres de DP e dos fatores relevantes neste procedimento, possibilitando a familiarização com os diversos tipos de acesso e a sua colocação num «modelo simulador». No que diz respeito à manutenção do cateter peritoneal, Luís Oliveira refere que se atribuiu «especial enfoque à avaliação sistematizada do orifício de saída e à promoção dos cuidados adequados, com vista à redução do risco de infeções».

No âmbito das complicações mecânicas do acesso, que são responsáveis pela transferência de 11% dos doentes de DP



O Dr. Daniel Taboada demonstra a realização de uma ecografia para visualizar o cateter peritoneal

para hemodiálise, os participantes poderão visualizar o reposicionamento «não cirúrgico» de um cateter peritoneal. Os formadores foram os Drs. Manuel Amoedo, Augusta Gaspar e Carla Lima, nefrologistas, respetivamente, no Hospital do Espírito Santo, em Évora, no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz e

no Centro Hospitalar Tondela-Viseu/Hospital de São Teotónio. O *workshop* encerrou com a intervenção do Dr. Daniel Taboada, reconhecido radiologista do Hospital La Paz, em Madrid, sobre a utilidade da avaliação ecográfica do acesso peritoneal em diversas situações, como a infeção do túnel e o encarceramento por epíplon. // Marisa Teixeira

## // TROCA DE EXPERIÊNCIAS NA DIÁLISE PERITONEAL ASSISTIDA



// Dr. Thierry Lobbedez



// Prof. Max Dratwa



// Prof.<sup>as</sup> Edwina Brown, Helena Sá (moderadora, juntamente com a Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues) e Natália Fernandes

Nefrologistas de diferentes nacionalidades vão falar sobre os modelos organizativos da diálise peritoneal assistida em vigor nos seus países, no simpósio que abre o terceiro dia do Encontro Renal 2015. França, Brasil, Bélgica e Reino Unido são os países representados nesta sessão, que tem lugar na sala 1, entre as 8h30 e as 10h00.

Sofia Cardoso

Dr. Thierry Lobbedez, nefrologista no Centre Hospitalier Universitaire Clemenceau, em Caen (França), vai abrir a sessão – que será moderada pela Dr.<sup>a</sup> Helena Sá, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e pela Prof.<sup>a</sup> Anabela Rodrigues, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António – com um relato sobre a experiência francesa na diálise peritoneal assistida (DPa). «Em França, a DPa destina-se aos idosos que apresentam comprometimento funcional e/ou disfunção cognitiva e que são, frequentemente, incapazes de realizar as trocas de diálise peritoneal. A técnica é realizada em casa do doente ou nas casas de repouso com a ajuda de um técnico de saúde ou enfermeiro, de um membro da família ou do parceiro», informa o especialista. «É um serviço totalmente coberto pelo seguro de saúde, o que permite aos nefrologistas franceses tratarem adequadamente os seus doentes de idade mais avançada e com comorbilidades», comenta ainda Thierry Lobbedez.

Segue-se a apresentação da Prof.<sup>a</sup> Natália Fernandes, docente na Universidade Federal de Juiz de Fora, no Brasil, que dará a conhecer os moldes de funcionamento da DPa neste país, começando por alertar para o elevado número de doentes a realizar diálise. «O Brasil tem a terceira maior população de doentes em diálise do mundo», afirma a oradora, sublinhando que «a maioria dos doentes está em hemodiálise e apenas 10% em diálise peritoneal».

Contudo, face ao envelhecimento populacional e ao aumento da prevalência das patologias crónico-degenerativas, como a doença renal crónica, a DPa assume um papel cada vez mais importante no tratamento dos

doentes em diálise, «sobretudo pelas vantagens que já mostrou ter, nomeadamente em doentes idosos com alguma incapacidade física». Natália Fernandes revelará ainda os resultados de um programa pioneiro de DPa lançado no Brasil (ver caixa ao lado).

### EXEMPLOS DA BÉLGICA E DO REINO UNIDO

O modelo belga de DPa será apresentado pelo Prof. Max Dratwa, nefrologista no Centre Hospitalier Universitaire Brugmann, em Bruxelas. Este especialista reconhece a vantagem desta modalidade, que pode ser praticada em casa, evitando assim a necessidade de transporte. Contudo, na sua opinião, o atual modelo de DPa vigente na Bélgica não está ajustado às necessidades da população, face ao constante aumento do número de idosos em casas de repouso.

«Os enfermeiros das unidades de diálise peritoneal não recebem qualquer compensação financeira, quando o seu investimento de tempo e energia é considerável, já que quase todos os técnicos destas instituições precisam de formação e treino», alerta Max Dratwa, descortinando, contudo, uma perspectiva futura positiva. «O Ministério da Saúde belga anunciou o objetivo de obter um rápido aumento da proporção de doentes hemodialisados em casa e já tomou medidas neste sentido. Acreditamos que os “dias de glória” da diálise peritoneal assistida estão a caminho», antevê Max Dratwa.

A última intervenção ficará a cargo da Prof.<sup>a</sup> Edwina Brown, nefrologista no Centro de Transplante Renal do Hammersmith Hospital, em Londres, que dará a conhecer a realidade britânica da DPa. «No Reino Unido, esta técnica é realizada, na maio-

### // EFICÁCIA DA DPa

**73%** dos doentes tiveram um **score** de Davies superior a 2

**40%** registaram um índice de Karnofsky inferior a 70

**3 a 72** meses de duração total da DPa

**80%** de sobrevida em 12 meses, **60%** em 24 meses e **23,3%** em 48 meses

**70%** dos casos de morte tiveram causa cardiovascular

Resultados de um estudo clínico observacional realizado no Brasil. A DPa foi realizada em doentes idosos (a idade média foi de 72 anos e 60% dos participantes tinham mais de 65 anos) com debilidades físicas ou cognitivas ou, como último recurso, em doentes com insuficiência do acesso vascular ou instabilidade hemodinâmica durante a hemodiálise. Foi acompanhada uma coorte de 30 doentes, que iniciaram a DPa entre janeiro de 2003 e março de 2008 e foram seguidos até julho de 2009.

ria dos casos, através de diálise peritoneal automatizada, com uma visita diária de auxiliares de ação médica. «São os próprios doentes – muitas vezes com o apoio da família – que efetuam a conexão e a desconexão da cicladora», adianta a especialista. Nesta sessão, Edwina Brown abordará também a atual percentagem de doentes (entre 10 a 20%) que efetua DPa no Reino Unido e os dados iniciais do estudo «*Frail Elderly Patient Outcomes on Dialysis*», que sugerem uma maior satisfação dos doentes sujeitos a esta técnica, comparando com doentes de características idênticas a fazer hemodiálise. //

## // OTIMIZAÇÃO DA DIÁLISE PERITONEAL



// Prof. Win Van Biesen, Dr.ª Carla Araújo, Dr. António Cabrita (moderador), Dr.ª Maria Augusta Gaspar (moderadora) e Prof.ª Jacqueline Caramori



// Prof.ª Anabela Rodrigues

Ao longo do simpósio que decorre entre as 10h30 e as 12h00, na sala 1, vão ser discutidas a gestão da volemia em diálise peritoneal (DP) e a qualidade de vida dos doentes sujeitos a este tratamento, bem como as suas contraindicações e a viabilidade de esta ser a primeira opção dialítica.

Ana Rita Lúcio e Marisa Teixeira

A primeira intervenção desta sessão está a cargo do Prof. Wim Van Biesen, diretor do Serviço de Nefrologia e docente no Hospital Universitário de Gante, na Bélgica, que vai falar sobre a gestão da volemia na DP. A este respeito, o especialista sublinha que «a apreciação clínica revela ser ineficaz em mais de 60% dos casos», o que justifica a necessidade de recorrer a medidas alternativas, como a determinação do volume sanguíneo através da técnica de bioimpedância, por exemplo.

Uma vez avaliado o estado volémico, o «segundo passo a tomar é garantir que o doente permanece euvolémico», adianta este nefrologista, frisando que «há estratégias mais adequadas do que outras» para atingir esse objetivo. «Defendo que, inicialmente, deve ser dada ênfase à restrição dietética – e a melhor forma de o fazer é limitando a ingestão de sal.» Adicionalmente, há que salientar a importância de apostar num tratamento «desenhado à medida do perfil de cada doente», argumenta Van Biesen.

Só no caso de esta abordagem se mostrar insuficiente ou de surgirem problemas adicionais ao longo do tratamento é que se deve «ponderar o recurso a outras ferramentas, como a icodextrina ou a glicose hipertónica». «É preciso não “jogar todas as cartas” de uma vez e, sobretudo, ter em atenção que as soluções hipertónicas com muita glicose podem ser nocivas, nomeadamente para a membrana peritoneal», recorda o especialista belga.

A qualidade de vida na DP será o tema abordado pela Prof.ª Jacqueline Caramori, docente no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, no Brasil. Os encargos da doença renal crónica e o seu tratamento podem ter um impacto negativo sobre a qualidade

de vida, cuja diminuição está relacionada, segundo a palestrante, «com fatores biológicos/fisiológicos como a anemia, a nutrição e a função renal residual». Por outro lado, «existem também aspetos psicológicos complexos, envolvendo a personalidade e as perceções sobre a qualidade de vida, que influenciam o aumento da morbilidade e da mortalidade».

Jacqueline Caramori vai também comentar a realidade da DP no Brasil, onde uma grande proporção dos doentes sujeitos a esta modalidade de substituição da função renal tem baixos níveis de escolaridade e de rendimentos. «Irei apresentar os resultados do estudo multicêntrico *The Brazilian Peritoneal Dialysis Multicenter Study* (BRAZPD), que avaliou se o nível de escolaridade e o rendimento familiar estão associados a mudanças longitudinais na qualidade de vida», indica.

### CONTRAIINDICAÇÕES E VANTAGENS

#### A LONGO PRAZO DA DP

«Haverá mesmo contraindicações absolutas para a DP?» é a questão colocada pela Dr.ª Carla Araújo, nefrologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto. Quando um doente é identificado como potencial candidato a DP, torna-se fundamental definir a sua elegibilidade para esta modalidade. Esta oradora explica que «a avaliação deveria ser, em condições ideais, concretizada ainda durante o seguimento na Consulta de Nefrologia». Nesta fase, poderão ser identificadas possíveis contraindicações absolutas para DP, que inviabilizem irreversivelmente a orientação do doente neste sentido.

«As contraindicações mais frequentes incluem fatores de natureza clínica e sociocultural, transversais a um grande número de potenciais candidatos.» Contudo, Carla Araújo ressalva que «são encontradas diferenças no-

táveis na proporção de doentes considerados elegíveis em programas de um mesmo país ou dentro do mesmo programa, tornando a avaliação da elegibilidade um dos determinantes críticos para o crescimento da DP». Por isso, na opinião desta nefrologista, «a atuação coordenada em cada um destes fatores teria um impacto positivo na diminuição da ilegitimidade e levaria a um crescimento generalizado dos programas de DP».

Por outro lado, a Prof.ª Anabela Rodrigues, responsável pela Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), afirma que os avanços na DP permitem uma sobrevida a cinco anos similar à observada com hemodiálise (HD). «A longo prazo, subestimamos o facto de a DP conferir menor risco de mortalidade em todos os grupos de doentes nos primeiros anos de tratamento», destaca. Segundo a nefrologista, é também patente que o acesso a transplante renal é mais rápido nos programas de DP, «viabilizando o aumento da esperança de vida nos doentes mais novos, aqueles que proporcionalmente mais podem ganhar com o tratamento substitutivo renal».

De acordo com Anabela Rodrigues, a sobrevivência da técnica em DP é mais limitada, pois o peritoneu não pode ser substituído ou reintervencionado. Todavia, a oradora alerta para uma otimização da sobrevivência do doente: «Estudos revelam que a sobrevida dos doentes que iniciaram o tratamento com DP é melhor, mesmo que sejam transferidos posteriormente para HD, em relação a grupos de doentes que iniciaram o tratamento em HD sem mudança de técnica.» Este simpósio será moderado pelo Prof. Manuel Pestana e pelo Dr. António Cabrita, diretores dos Serviços de Nefrologia do CHSJ e do CHP/HSA, respetivamente. /



// Dr.ª Helena Sousa

Nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Hospital Curry Cabral // Preletora na Conferência Clínico-patológica «Vírus C e rim», que decorre entre as 12h00 e as 13h00, na sala 1

O principal objetivo desta conferência clínico-patológica será abordar os mecanismos patogénicos do vírus C e

a sua tradução histológica a nível renal. Mundialmente, cerca de 170 milhões de pessoas têm infeção crónica pelo vírus C e registam-se cerca de 4 milhões de novos casos por ano. Perto de 40% dos doentes infetados têm lesões extra-hepáticas, sendo o rim um dos principais órgãos atingidos – e com elevada morbilidade.

A glomerulonefrite membrano-proliferativa tipo I é a patologia renal mais frequentemente associada ao vírus C. No entanto, não é a única. Revimos a casuística do nosso hospital [Curry Cabral] e notámos que muitos dos doentes com hepatite C apresentavam outras comorbilidades como o VIH (vírus da imunodeficiência humana), a toxicodependência de drogas intravenosas e a diabetes *mellitus*. Nesse sentido, frequentemente, o rim não é afetado apenas pela hepatite C, mas também por outras doenças, o que dificulta o diagnóstico.

Neste contexto, a principal conclusão que pretendo sublinhar refere-se ao facto de a vertente clínica, por si só, não permitir alcançar um diagnóstico correto. Tal

apenas é possível recorrendo à realização de uma biópsia renal. Ao longo da minha intervenção, vou apresentar diversos casos clínicos semelhantes, mas com diagnósticos bastante diferentes – que só foi possível estabelecer com o auxílio da biópsia renal.

Portanto, é indispensável confirmar se a patologia se deve realmente à ação do vírus C por intermédio da biópsia renal. A correta e atempada identificação do diagnóstico é muito importante, sobretudo numa altura em que contamos com novos fármacos para o tratamento da hepatite C. //

## // NÚMEROS

**170 milhões de pessoas têm infeção crónica pelo vírus C em todo o mundo**

**4 milhões de novos casos por ano**

**40% dos doentes infetados têm lesões extra-hepáticas, sendo o rim um dos principais órgãos atingidos**

NOTA: O Dr. Eduardo Vázquez Martul, chefe de serviço de Anatomia Patológica no Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), em Espanha, e o Dr. Jorge Pratas, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), são os moderadores desta conferência.

## MAIS-VALIAS DA VITAMINA D DEPOIS DO TRANSPLANTE RENAL

O paricalcitol é um ativador seletivo do recetor da vitamina D, que tem sido associado a redução da proteinúria e de alguns fatores de risco cardiovascular nos doentes diabéticos com insuficiência renal crónica (IRC). Por esse motivo, fundamentalmente nos doentes com IRC moderada a severa, faz todo o sentido utilizar esta medicação, visto que 80 a 90% destes doentes apresentam insuficiência de vitamina D.

Os doentes transplantados têm vários fatores que fazem com que os níveis de vitamina D se mantenham baixos na fase pós-transplante, sendo o mais relevante a manutenção da IRC, mas também a medicação que tomam e o facto de não se exporem ao sol. No entanto, até há pouco tempo, este problema não era tido em conta em muitos casos.

A deficiência de vitamina D tem sido associada, em grandes estudos epidemiológicos, a um aumento da morbimortalidade cardiovascular. Se tivermos em conta que a principal causa de morte nos doentes transplantados são as doenças cardiovasculares, é perceptível

a relevância de todas as intervenções terapêuticas que visem reduzir a expressão destes fatores de risco.

Com exceção do paricalcitol, a maioria das terapêuticas com vitamina D levam a um aumento dos níveis de cálcio e fósforo na circulação sanguínea. Assim, a nova indicação para a toma do paricalcitol no pós-transplante permite evitar o desenvolvimento de hipercalemia e de hiperfosfatemia, aumentando a «janela terapêutica» – uma grande vantagem desta intervenção.

No almoço-simpósio, vou também mostrar os resultados do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral com a administração aos doentes transplantados de uma associação de vitamina D nativa (colecalférol) e paricalcitol. Desta forma, conseguimos potenciar os efeitos da terapêutica, por exemplo, na redução da proteinúria (um marcador de disfunção do enxerto renal e da evolução para a sua perda), a médio e a longo prazo.

Em suma, a nossa investigação e a literatura internacional apontam para que a utilização



// Prof. Aníbal Ferreira

Nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Hospital Curry Cabral // Orador no almoço-simpósio «A ativação dos recetores da vitamina D após transplantação – novas perspectivas», organizado pela AbbVie, que decorre entre as 13h00 e as 14h30, na sala Menta

do colecalférol com o paricalcitol nos doentes transplantados leve à diminuição da proteinúria, bem como de outros fatores de risco cardiovascular. //

# // SELEÇÃO DA MODALIDADE DIALÍTICA E VANTAGENS DA HEMODIAFILTRAÇÃO ONLINE



// Prof.ª Edwina Brown



// Prof. Bernard Canaud

No simpósio sobre hemodiálise que decorre entre as 14h30 e as 16h00, na sala 1, a Prof.ª Edwina Brown, nefrologista no Centro de Transplante Renal do Hammersmith Hospital, em Londres, e o Prof. Bernard Canaud, professor de Nefrologia na Montpellier University School of Medicine, em França, vão apresentar, com base nas mais recentes evidências científicas, as modalidades de substituição renal mais ajustadas a cada doente e as vantagens da hemodiafil-

tração (HDF) *online* comparativamente com a hemodiálise convencional. A sessão será moderada pelo Dr. José Vinhas, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, e pelo Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral.

Os aspetos que os nefrologistas deverão ter em conta na hora de iniciar ou não diálise num doente serão abordados na apresenta-

ção de Edwina Brown. «É essencial discutir o prognóstico de modo realista e o impacto da diálise na função física e cognitiva de doentes cada vez mais idosos e frágeis», refere. Quanto à escolha da modalidade de diálise, a especialista defende que deverá ser ajustada ao estilo de vida e objetivos de cada doente. «As evidências mais recentes sugerem que cerca de 50% dos doentes optam por efetuar diálise domiciliária, particularmente quando a diálise peritoneal assistida é disponibilizada», revela.

Seguir-se-á a apresentação de Bernard Canaud, que vai fazer uma revisão das características técnicas da HDF *online*, dos seus efeitos clínicos/biológicos e das questões financeiras que se colocam atualmente na sua utilização. Este especialista apresentará resultados de estudos que demonstram a eficácia, a segurança desta técnica e a sua superioridade em relação à hemodiálise convencional. «A HDF oferece hoje uma remoção de solutos altamente eficiente e de toxinas urémicas de um vasto espectro de pesos moleculares», refere o especialista francês. Mas ressalva: «Serão necessários mais ensaios clínicos para definir a sua dose ideal nas diferentes situações clínicas e estabelecer a relação custo-eficácia da HDF *online*, comparativamente com a hemodiálise convencional». **/// Sofia Cardoso**

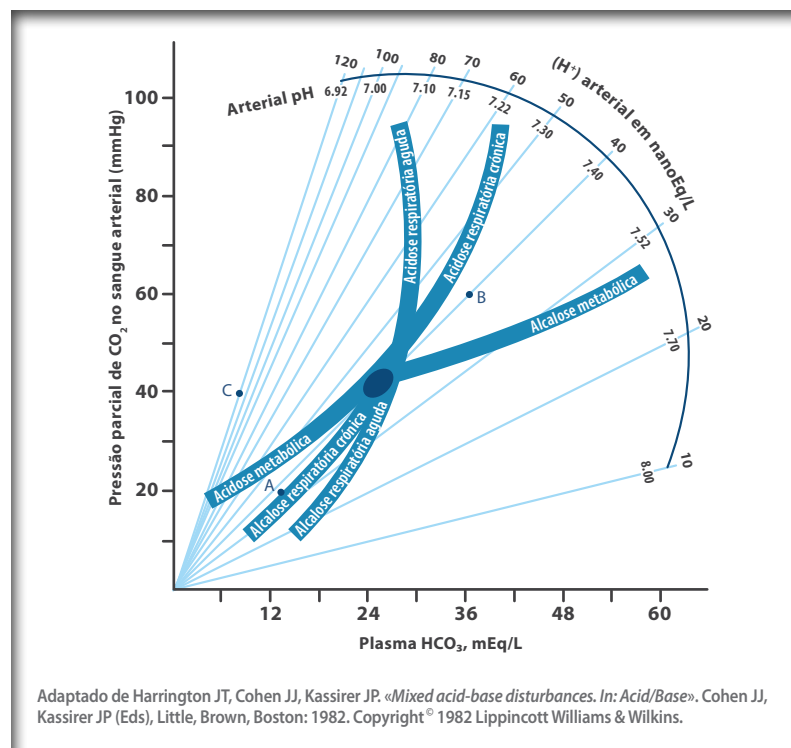
# // FORMAÇÃO SOBRE DESEQUILÍBRIOS ÁCIDO-BASE

O *workshop* «Desequilíbrios ácido-base: abordagem básica com casos clínicos», especialmente dedicado a internos de Nefrologia, decorre entre as 8h30 e as 10h00, na sala 3. Um assunto pertinente, de acordo com a Dr.ª Catarina Prata, nefrologista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro e uma das coordenadoras desta ação formativa, pois «as alterações do equilíbrio ácido-base e hidroeletrólítico são comuns na prática clínica hospitalar, podendo a sua correta avaliação ser determinante em situações de perigo de vida».

Todavia, Catarina Prata adverte para o facto de, «apesar da sua importância, muitos serem os médicos que se deparam frequentemente com dificuldades na avaliação de doentes com estes desequilíbrios». Assim, o intuito deste *workshop* é promover uma abordagem sistematizada na identificação de desvios metabólicos e treinar a sua aplicação em situações clínicas quotidianas.

«Depois de uma introdução teórica feita pela Dr.ª Josefina Santos, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e também responsável pela coordenação deste *workshop*, os participantes serão distribuídos por grupos de trabalho para fomentar uma discussão clínica, que pretendemos que seja interessante e produtiva», afirma Catarina Prata. As Dr.ªs Ana Marta Gomes e Maria João Rocha, nefrologistas no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e no Hospital de Braga, respetivamente, serão monitoras nesta formação. **/// Marisa Teixeira**

## // INTERVALOS DE COMPENSAÇÃO ESTIMADOS PARA DESEQUILÍBRIOS SIMPLES DE ÁCIDO-BASE



## // OLHAR MULTIDISCIPLINAR SOBRE A TERAPÊUTICA ANTICOAGULANTE

No simpósio «Controvérsias em Nefrologia», que decorre entre as 16h00 e as 17h00, na sala 1, especialistas em Cardiologia, Nefrologia e Imuno-hemoterapia vão apresentar a sua perspectiva sobre a terapêutica hipocoagulante e antiagregante no doente renal crónico. As indicações da terapêutica anticoagulante habitualmente utilizada na doença renal crónica (DRC) e as vantagens dos novos anticoagulantes orais (ACO) serão os principais temas em discussão.

Sofia Cardoso

Depois da intervenção do Dr. Carlos Aguiar, cardiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (CHLO/HSC), que abordará o tema do ponto de vista da Cardiologia, o Prof. André Weigert, nefrologista no mesmo Hospital, apresentará a perspectiva da sua especialidade. Os novos ACO têm o potencial de resolver graves problemas colocados pelos antagonistas da vitamina K (AVK), porém, de acordo com este preletor, «além de apresentarem um preço elevado, não existem estudos em doentes com doença renal crónica [DRC] avançada». Nesse sentido, André Weigert considera ser «essencial e urgente a realização de ensaios clínicos rigorosos nesse grupo de doentes».

**«Os novos ACO têm o potencial de resolver graves problemas colocados pelos antagonistas da vitamina K (...) Esperamos que possam contribuir para a redução da morbimortalidade cardiovascular dos doentes com DRC ...»**

Prof. André Weigert

Na sua intervenção nesta sessão, que será moderada pelo Dr. Pedro Neves e pelo Dr. Mário Campos, diretores, respetivamente, dos Serviços de Nefrologia do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, André Weigert explicará por que razões os AVK são problemáticos em doentes com DRC, com base nas conclusões dos estudos já realizados em modelo animal. «Uma das razões é porque a vitamina K ativa potentes inibidores da calcificação vascular, como a *matrix Gla protein*. Em modelos animais de DRC, a varfarina acelerou dramaticamente a calcificação vascular e valvular», alerta o especialista. Quanto aos novos ACO, que também serão apresentados nesta sessão, André Weigert espera que possam contribuir para «a redução da inaceitável morbimorta-

lidade cardiovascular dos doentes com DRC nos seus vários estádios».

### ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS: VANTAGENS E LIMITAÇÕES

O Dr. Manuel Campos, responsável pela Unidade Laboratorial e Clínica de Trombose e Hemóstase do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, encerrará esta sessão com a apresentação da perspectiva da Imuno-hemoterapia. Para este orador, «o aparecimento dos anticoagulantes orais diretos abriu um novo paradigma na terapêutica anticoagulante». «A sua eficácia e a segurança, já demonstradas por vários ensaios clínicos, a previsibilidade da sua ação e o facto de a monitorização laboratorial não ser necessária para estabelecer a dose do fármaco conferem-lhe vantagens em relação aos antagonistas da vitamina K», frisa Manuel Campos.

Ao longo da sua apresentação, este especialista irá ainda expor as principais vantagens dos ACO diretos, sem deixar de salientar «os problemas de ordem clínica que deverão ser acautelados», como a sua excreção renal muito elevada e a necessidade de vigiar regularmente os doentes medicados. «Apesar das limitações de algumas fórmulas na DRC, que impõem uma avaliação da função renal periodicamente, os anticoagulantes diretos serão os hipocoagulantes do futuro», sublinha Manuel Campos. //



// Prof. André Weigert



// Dr. Carlos Aguiar



// Dr. Manuel Campos

### // MONITORIZAÇÃO DOS DOENTES MEDICADOS COM ANTICOAGULANTES ORAIS DIRETOS

O Dr. Manuel Campos alerta para a necessidade de vigiar, metódica e regularmente, os doentes medicados com os anticoagulantes orais diretos (ACOD) e antecipa algumas precauções e medidas que considera fundamentais:

- ✓ A vigilância regular (a cada três ou seis meses) dos doentes é mandatória, além da avaliação da *compliance* e do seu estado de saúde global, dado tratar-se de uma população mais frágil e envelhecida. A monitorização da função renal, a cada seis ou 12 meses, é recomendável;
- ✓ As clínicas de anticoagulação que vigiam e monitorizam os antagonistas da vitamina K, desde os anos de 1960, podem ter um papel importante na vigilância dos doentes tratados com os ACOD;
- ✓ Os Serviços de Imuno-hemoterapia têm um papel fundamental nesta matéria e disponibilizam os produtos que, atualmente, estão indicados no controlo de eventuais hemorragias;
- ✓ Embora não haja necessidade de monitorização laboratorial para dosear os ACOD, têm sido publicadas recomendações internacionais para avaliação quantitativa e qualitativa destes fármacos em situações especiais, cujos testes podem ser executados nos laboratórios de trombose e hemóstase.

## // COLOCAR ADEQUADAMENTE CATETERES DE HEMODIÁLISE

**O** workshop «Cateteres de hemodiálise: da teoria à prática», que tem lugar na sala 3, entre as 10h30 e as 12h00, é coordenado pelo Dr. Rui Costa, nefrologista no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Segundo este especialista, «a colocação de um cateter venoso central para hemodiálise – temporário ou tunelizado – é um procedimento técnico basilar da atividade clínica de um nefrologista».

Todavia, há que ter em conta que «este procedimento apresenta riscos mecânicos e infecciosos que aumentam a morbimortali-

dade dos doentes e que as manipulações de patrimónios vasculares cada vez mais diminutos devem implicar o abandono de mecanizações dos procedimentos». Por isso, alerta Rui Costa, «deve ser adotada uma postura cautelosa, com recurso a técnicas e abordagens adequadas a cada situação e com apoio imagiológico».

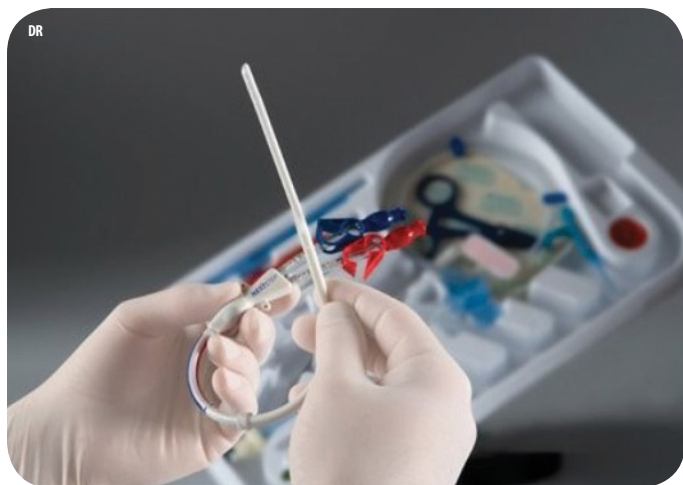
Este workshop é direcionado a todos aqueles que pretendam adquirir, refrescar ou fortalecer as suas competências técnicas de colocação de cateteres de hemodiálise, desde a punção venosa e introdução nas veias até à criação do túnel subcutâneo, e os participantes podem tomar contacto com os diversos cateteres e as suas especificidades.

Rui Costa sublinha que «as principais mais-valias desta formação advêm da partilha de experiências entre os colegas com diversos graus de preparação relativamente à prevenção e à abordagem de complicações da cateterização central, bem como da discussão sobre a atua-



// Dr. Rui Costa

ção adequada perante dificuldades técnicas, da aplicação de estratégias para minimizar os riscos destes procedimentos e da procura constante de aperfeiçoamento dos resultados». A Dr.ª Fernanda Silva, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, e o Prof. José António Lopes, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, são os formadores deste workshop. // Marisa Teixeira



PUB

### SIMPÓSIO-SATÉLITE AMGEN

## Conversas cruzadas na doença cardiorrenal

ENCONTRO RENAL 2015

**17 DE ABRIL,  
DAS 18H30 ÀS 20H00, NA SALA 1**

#### Moderadores

Dr.ª Teresa Morgado  
Dr. Jesus Garrido

#### Oradores

Prof.ª Teresa Adragão – Nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (CHLO/HSC)  
Dr. Carlos Aguiar – Cardiologista no CHLO/HSC

#### 18:30 Introdução

Dr.ª Teresa Morgado  
Dr. Jesus Garrido

#### 18:35 Doença renal crónica e risco cardiovascular: o que sabemos

Perspectiva do Cardiologista (5 min.) - Dr. Carlos Aguiar  
Perspectiva do Nefrologista (5 min.) - Prof.ª Teresa Adragão  
Discussão (10 min.)

#### 18:55 Dislipidemia: como e quando tratar

Perspectiva do Cardiologista (5 min.) - Dr. Carlos Aguiar  
Perspectiva do Nefrologista (5 min.) - Prof.ª Teresa Adragão  
Discussão (10 min.)

#### 19:15 Novas perspectivas no tratamento da dislipidemia

Perspectiva do Nefrologista (5 min.) - Prof.ª Teresa Adragão  
Perspectiva do Cardiologista (5 min.) - Dr. Carlos Aguiar  
Discussão (10 min.)

#### 19:35 Notas finais

Dr.ª Teresa Morgado  
Dr. Jesus Garrido

**AMGEN**

Advancing the Science and  
Practice of Nephrology

## // NOVOS DESAFIOS NO TRANSPLANTE RENAL



// Dr. João Paulo Almeida e Sousa



// Dr.ª Alice Santana



// Prof.ª La Salette Martins



// Dr.ª Susana Sampaio

A colheita em dador de coração parado, as novas terapêuticas para a hepatite C no doente transplantado, as doenças linfoproliferativas pós-transplante e a importância dos anticorpos antidador são os temas em discussão no simpósio que decorre amanhã, entre as 8h30 e as 10h00, na sala 1, dedicado ao transplante renal. Quatro especialistas vão falar sobre os principais desafios resultantes da diminuição do número de dadores em morte cerebral, mas também do aparecimento de novas terapêuticas, mais específicas e potentes.

Sofia Cardoso

Face à diminuição do número de dadores em morte cerebral, a colheita em dadores com paragem cardiocirculatória (também designados por dadores de coração parado ou em assistolia) deverá ser encarada, segundo o Dr. João Paulo Almeida e Sousa, intensivista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), «como uma oportunidade para Portugal continuar a dispor de órgãos para transplantação». Este será o primeiro tema do simpósio, que conta com a moderação do Dr. Domingos Machado, coordenador da Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, e do Dr. Fernando Macário, nefrologista no CHUC e presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT).

João Paulo Almeida e Sousa irá alertar para a necessidade de implementar o programa de colheita nos dadores em paragem cardiocirculatória, consensualizado num documento já aprovado, seguindo o exemplo de outros países que obtiveram bons resultados neste âmbito. O orador ressalva, no entanto, que se trata de «um programa funcional e logisticamente exigente, quer na atuação extra-hospitalar quer intra-hospitalar, num processo que é tempo-dependente». Os centros de referência onde o programa se vier a desenvolver deverão estar munidos «de capacidades técnicas adequadas e assegurar uma perfeita coordenação dos meios

envolvidos, bem como uma total agilização dos respetivos procedimentos de atuação».

A intervenção seguinte abordará as novas terapêuticas para a hepatite C no doente transplantado e ficará a cargo da Dr.ª Alice Santana, nefrologista na Unidade de Transplantação do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. Esta apresentação vai alertar para a elevada prevalência da infeção pelo vírus da hepatite C – que afeta cerca de 200 milhões de pessoas em todo o mundo –, nomeadamente na população de doentes com insuficiência renal crónica.

Os novos fármacos para a hepatite C, que são «mais eficazes, de administração mais cómoda e mais bem tolerados», serão o foco desta intervenção. «As novas terapêuticas permitiram atingir taxas de sucesso superiores a 90% na população geral, mesmo nos doentes que previamente não responderam a outras terapêuticas, e trouxeram a esperança de que, num futuro próximo, poderá ser possível controlar ou mesmo erradicar esta doença», sublinha a especialista. Embora ainda não exista experiência com a utilização destes novos medicamentos em doentes transplantados renais, Alice Santana irá discutir a sua aplicação neste contexto.

A Dr.ª La Salette Martins, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, apresentará os principais fatores

de risco das doenças linfoproliferativas pós-transplante (PTLD, na sigla em inglês) – ver caixa – e as soluções terapêuticas para prevenir ou tratar a rejeição. «As PTLD são a terceira neoplasia mais frequente nos transplantados renais, a par da neoplasia renal e depois da neoplasia da próstata e da mama, segundo o último relatório da Organ Procurement and Transplantation Network/Scientific Registry of Transplant Recipients (OPTN/SRTR). Contudo, a sua taxa de mortalidade é claramente superior», alerta La Salette Martins.

### O PAPEL DOS ANTICORPOS ANTIDADOR

A Dr.ª Susana Sampaio, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), apresentará os resultados de trabalhos publicados recentemente que confirmam a importância dos anticorpos antidador (DSA, na sigla em inglês). «O desenvolvimento de agentes imunossuppressores potentes e mais específicos permitiu a redução da incidência de rejeição aguda no primeiro ano pós-transplante. No entanto, estes dados não se acompanharam de melhoria da sobrevida do enxerto renal a longo prazo», avança a nefrologista.

Serão alvo de discussão os resultados dos estudos que demonstram que a resposta aloimune mediada por anticorpos anti-HLA é um dos fatores-chave no mecanismo que conduz à falência do enxerto renal. «A presença de anticorpos anti-HLA específicos ao dador aumenta o risco de rejeição humoral aguda (RHA), afetando a sobrevida do aloenxerto. Contudo, na presença destes anticorpos mas na ausência de RHA, a sobrevida do aloenxerto é semelhante. Apesar da presença de DSA ser considerada lesiva para o órgão, o espectro de dano é muito amplo, variando entre o quadro sem lesão aparente e a rejeição aguda, com manifestações clínicas e histológicas estabelecidas», conclui Susana Sampaio. //

### // FATORES DE RISCO DAS DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS PÓS-TRANSPLANTE RENAL

«A larga maioria dos casos de doenças linfoproliferativas pós-transplante (PTLD) está associada a infeções víricas, nomeadamente pelo vírus de Epstein-Barr (EBV). No entanto, as PTLD podem ocorrer em indivíduos sem esta infeção», explica a nefrologista La Salette Martins. O fator de risco mais relevante para o seu aparecimento, além do *serostatus* EBV, é o grau de imunossupressão global do doente – a imunossupressão usada para prevenir ou tratar a rejeição aguda, que, em alguns casos, se adiciona à usada para tentar tratar previamente a sua doença renal. «A maior incidência das PTLD no primeiro ano pós-transplante, quando a terapêutica imunossupressora é mais intensa, e nos doentes que necessitam de imunossupressão mais agressiva para profilaxia da rejeição, é a tradução da importância da potência imunossupressora no desenvolvimento da doença», explica esta especialista.

# // HIPERTENSÃO E OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

«A HTA [hipertensão arterial] na criança e no adolescente» e «Obesidade e síndrome metabólica – a visão do nefrologista» vão ser os temas abordados na sessão dedicada à Nefrologia Pediátrica, que decorrerá amanhã, entre as 11h15 e as 12h00, na sala 1.

Marisa Teixeira

**H**á 30 anos, a HTA pediátrica era pouco comum, mas, atualmente, encontra-se entre as três doenças crónicas mais prevalentes em Pediatria, o que explica a importância de ser assunto de debate, na intervenção da Dr.<sup>a</sup> Conceição Mota, diretora do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. A sessão será moderada pela Prof.<sup>a</sup> Helena Jardim, nefrologista pediátrica e professora no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, e pelo Dr. António Gomes da Costa, diretor do Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

Na opinião de Helena Jardim, o aumento significativo da prevalência de HTA pediátrica é uma «preocupante realidade» que se deve à pandemia global de obesidade pediátrica e ao seu «tremendo impacto» não só na frequência de HTA, mas também em outras comorbilidades, como a síndrome metabólica, a dislipidemia ou a hiperglicemia – entidades que, até há pouco, se considerava serem exclusivas da população adulta. «Sabendo-se que a obesidade precede em cerca de dez anos, em média, o aparecimento de HTA, podemos imaginar o futuro quanto à prevalência de doenças cardiovasculares no adulto jovem», afirma a especialista.

A HTA associada a obesidade é hoje entendida como uma doença imunometabólica com consequências hemodinâmicas e mecanismos etiológicos semelhantes aos descritos no adulto obeso, no que respeita à disfunção do sistema nervoso autónomo e



// Prof.<sup>a</sup> Clotilde Garcia, Dr. António Gomes da Costa (moderador), Prof.<sup>a</sup> Helena Jardim (moderadora) e Dr.<sup>a</sup> Conceição Mota

à multiplicidade de fatores inflamatórios, vasoativos e metabólicos, que concorrem para a elevação da pressão arterial. No entanto, «é atualmente discutido que o ácido úrico associado aos produtos do metabolismo da frutose parece ser um agente indutor de lesão endotelial e HTA mais importante em idades mais precoces», explica Helena Jardim.

As tabelas publicadas pela United States Preventive Services Task Force, também adotadas em Portugal, continuam a ser o padrão em termos de orientações para o diagnóstico e tratamento. «Estas normativas têm a vantagem de relacionar o percentil da pressão arterial com o da estatura e definem normotensão abaixo do percentil 90; pré-HTA entre os percentis 90-95; e HTA de estádios 1 ou 2 acima do percentil 95», afirma.

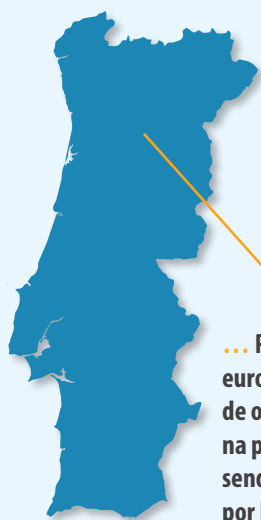
## RELAÇÃO ENTRE OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA

De acordo com a Prof.<sup>a</sup> Clotilde Garcia, chefe de Serviço de Nefrologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Brasil, o acentuado aumento na incidência de obesidade infantil nas últimas décadas leva a crer que «a resistência à insulina e as características incipientes da síndrome metabólica começam já na primeira infância, sendo que a resistência à insulina precede o desenvolvimento da diabetes *mellitus* tipo 2 [DMT2], que ocorre na idade adulta».

No entanto, esta preleitora adverte para o facto de as manifestações de hiperinsulinemia no rim poderem ocorrer na infância. «As propriedades fisiológicas da insulina estimulam a atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumentando a retenção renal de sódio e contribuem diretamente para desenvolver HTA. É na fase inicial da hiperinsulinemia que há aumentos subtis na perfusão renal, levando a hiperfiltração e hipertrofia glomerular», afirma.

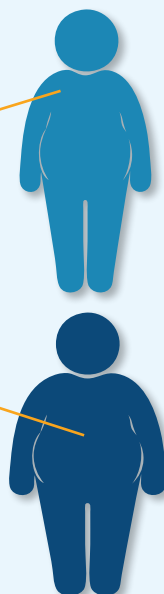
Por outro lado, «vários estudos indicam que um baixo peso ao nascer, em conjunto com ganho de peso precoce e excessivo pós-natal, aumenta o risco de HTA, de resistência à insulina, de DMT2 e, mais tarde, de progressão da doença renal». A obesidade na infância contribui também para a hiperuricemia e para a formação de cálculos renais, sendo que as crianças que têm síndrome metabólica raramente apresentam hiperuricosúria. «Acredita-se que o ácido úrico serve como um “ninho” para cálculos de oxalato de cálcio. Além disso, a excreção de citrato é baixa na síndrome metabólica, tornando a urina mais litogénica», finaliza Clotilde Garcia. //

## // SABIA QUE...



... Portugal é o 3.º país europeu com uma taxa de obesidade mais elevada na população pediátrica, sendo apenas ultrapassado por Itália e Malta?

... 33,3% das crianças portuguesas entre os 2 e os 12 anos têm excesso de peso, das quais 16,8% são obesas?



## PATOLOGIA GLOMERULAR NA REJEIÇÃO HUMORAL MEDIADA POR ANTICORPOS



// Dr. Eduardo Vazquez Martul

Chefe de serviço de Anatomia Patológica no Complexo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC), em Espanha  
// Preletor na Conferência Clínico-Patológica de Transplante, que decorre entre as 10h30 e as 11h15, na sala 1

Embora nas grandes séries já publicadas a perda de enxerto renal devida a doença glomerular comprovada por biópsia seja superior a 40%, existe uma grande variação noutras séries – entre 9% e 40%. O tipo de lesão glomerular também é muito variado: glomerulonefrite recorrente, glomerulopatia

do transplante e glomerulonefrite *de novo* têm sido as formas mais descritas.

O envolvimento glomerular é um preditor independente de mau prognóstico e de perda do enxerto renal. As lesões glomerulares que estão relacionadas com o mecanismo imunológico de rejeição humoral (RH) poderão ocorrer numa fase aguda, nos dias seguintes ao transplante, em associação a disfunção aguda do enxerto; ou após o sexto mês, muito frequentemente associadas a proteinúria ou a síndrome nefrótica.

Na última revisão que realizámos no CHUAC, de 21 biópsias de doentes com disfunção aguda do enxerto, verificámos que a lesão mais comum era a rejeição túbulo-intersticial aguda com inflamação do interstício e tubulite. Outras patologias glomerulares importantes que observámos foram a microangiopatia trombótica e a necrose fibrinoide de arteríolas. Na Conferência Banff de 2003, foi muito valorizada a presença de depósitos C4d nas paredes dos capilares peritubulares (CPT), mas sucessivas publicações têm revelado casos de RH com glomerulite e capilarite

sem depósitos C4d. Esta conclusão abre a possibilidade de existirem anticorpos ainda desconhecidos na origem da RH.

Na patologia glomerular crónica, a incidência de glomerulopatia do transplante (GPTR) é altamente variável, entre 1 e 15%. Na nossa experiência, esta foi a forma glomerular mais frequente (40%). Existe uma patologia glomerular com lesões histológicas muito semelhantes, tanto na microscopia ótica como na eletrónica – a microangiopatia trombótica.

A lesão da célula endotelial glomerular é fulcral na etiopatogenia destas duas doenças e sofre o primeiro impacto do mecanismo humoral da RH e da GPTR. Como compartilham o mecanismo de desenvolvimento, é lógico que tenham a mesma manifestação histopatológica e ultraestrutural. /

NOTA: A Conferência Clínico-Patológica de Transplante será moderada pela Dr.ª Helena Sousa, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, e pelo Dr. António Castro Henriques, nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

## // RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO APOIADA PELA SPN

Moderada pelo Prof. Fernando Nolasco, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), e pelo Dr. Valter Duro Garcia, representante da Sociedade Brasileira de Nefrologia, a sessão de divulgação das conclusões dos três projetos de investigação subsidiados pela SPN decorre amanhã, entre as 12h00 e as 13h00, na sala 1.

A primeira investigadora a intervir será a Dr.ª Ana Rita Martins, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (HSC), responsável pelo projeto «*Obesity and Chronic Kidney Disease – Identification and validation of classical and novel biomarkers in obese patients submitted to bariatric surgery and obesity in end stage renal disease*». Este estudo prospetivo, com duração de 36 meses, foi desenvolvido por uma equipa de investigadores do Instituto Nefrológico de Investigação do HSC e do Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, em Madrid, e procurou aferir «o impacto da obesidade na doença renal crónica [DRC]», indica Ana Rita Martins. A influência da cirurgia bariátrica nos marcadores inflamatórios e o efeito do excesso de adiposidade no prognóstico de doentes em diálise e na transplantação renal foram alguns dos pontos visados.

O segundo trabalho a apresentar intitula-se «O osso cortical na DRC» e as suas conclusões serão divulgadas pela Dr.ª Catarina Carvalho, nefrologista no Hospital de Braga e investigadora no Grupo do I&D em Nefrologia e



// Dr.ª Catarina Carvalho



// Dr.ª Ana Rita Martins e Prof. Joaquim Calado

Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Engenharia Biomédica. Dividido em duas partes, este projeto começou por avaliar biópsias ósseas em doentes transplantados, tendo-se deparado com «uma maior tendência para a progressão da doença óssea de baixa remodelação após o transplante», sublinha esta especialista. Na segunda parte, o projeto vai estudar «uma população de doentes pré-diálise, comparando-os com doentes transplantados e em diálise».

Finalmente, as atenções recairão sobre o projeto «*SGLT2 and MAP17: from renal glucosuria to tumorigenesis*», apresentado pelo Dr. Joaquim Calado, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral. O objetivo deste trabalho passa por «clarificar a relação en-

tre as proteínas MAP17 [*membrane-associated protein 17*] e SGLT2 [cotransportador de sódio e glicose tipo 2], com recurso a sistemas celulares de expressão heteróloga, envolvendo MAP17, SGLT2 e NHERF3 [*Na(+)/H(+) exchanger regulatory factor 3*], assim como a sua expressão em biópsias de rins saudáveis», adianta Joaquim Calado. E acrescenta: «A recente identificação de que a MAP17, um biomarcador de tumores sólidos, é uma proteína acessória da SGLT2, ativando-a, e de que, paralelamente, as mutações na MAP17 são causa de glicosúria renal, aponta para um elo entre o transporte de glicose mediado pela SGLT2 e a oncogénese.» Considerando que a MAP17 interage com a NHERF3 «é bem possível que uma relação semelhante possa existir com a SGLT2». / Ana Rita Lúcio

## **DIAVERUM**

UMA ATITUDE  
DIFERENTE NA  
PRESTAÇÃO DE  
CUIDADOS RENAIIS

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

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

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



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

**DIAVERUM**

## // ATUALIZAÇÃO EM DOENÇA ÓSSEA METABÓLICA



**ORGANIZADORES E ORADORES:** Prof. João Frazão, Dr. Luciano Pereira, Dr.ª Juliana Magalhães, Dr.ª Inês Aires, Dr.ª Cristina Jorge, Dr.ª Ana Azevedo, Prof.ª Teresa Adragão, Dr.ª Patrícia Matias e o Prof. Aníbal Ferreira. Ausente na foto o Dr. Ricardo Neto, também orador nesta reunião

Depois do sucesso das edições anteriores, a SPN realizou o 3<sup>rd</sup> CKD-MBD Made in Portugal dedicado ao tema da doença óssea metabólica na insuficiência renal crónica. O encontro decorreu no dia 31 de janeiro deste ano, na Curia, e reuniu diferentes grupos de investigação que se dedicam ao estudo desta patologia em Portugal.

Sofia Cardoso

A presença exclusiva de especialistas portugueses é a principal marca distintiva do CKD-MBD Made in Portugal. «Face ao nível de produção científica que existe em Portugal nesta área, achámos que havia espaço para uma reunião que integrasse apenas os trabalhos de investigação nacionais», afirmou o Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (HCC) e um dos organizadores desta reunião.

Envolver todos os grupos nacionais que fazem investigação na área da osteodistrofia renal, incluindo aqueles que já participaram nas edições anteriores e que agora podem apresentar novos resultados, foi a principal preocupação na elaboração do programa científico desta terceira edição. A Prof.ª Teresa Adragão, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz e uma das organizadoras desta reunião, destacou a vertente educativa deste encontro. «É uma excelente oportunidade de formação para os internos e, todos os anos, vemos caras

novas na assistência, o que nos deixa muito satisfeitos», referiu a nefrologista.

Esta é uma reunião que também privilegia a participação de recém-especialistas. «Quisemos dar a oportunidade aos colegas mais novos de exporem os seus trabalhos e, assim, estimular a investigação entre os mais jovens», explicou o Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e também um dos organizadores do evento.

O Dr. Luciano Pereira, interno de Nefrologia no CHSJ, apresentou o recente estudo que está a coordenar e que pretende realizar a caracterização histomorfométrica da osteodistrofia renal de 60 doentes em diálise peri-

toneal. Embora o projeto esteja ainda numa fase muito inicial, a equipa está confiante quanto aos resultados. «Ainda só realizámos duas biópsias ósseas e, neste momento, o espectro da osteodistrofia renal na diálise peritoneal continua por definir, mas espero que, depois de analisarmos todos os doentes, possamos obter respostas conclusivas», referiu Luciano Pereira.

### VANTAGENS DA SUPLEMENTAÇÃO COM COLECALCIFEROL

A Dr.ª Cristina Jorge, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, apresentou a avaliação preliminar de um estudo que pretende analisar os efeitos da suplementação com colecalciferol em doentes incidentes em hemodiálise. «Os dados que conseguimos recolher até ao momento [24 meses] dizem-nos que a suplementação está a ser eficaz. No grupo de doentes que está a receber colecalciferol, os níveis de vitamina D normalizaram em 83% dos casos, sem intercorrências, nomeadamente sem episódios de hipercalcemia. Já no grupo que não está a fazer suplementação, os níveis mantiveram-se baixos», revelou a especialista.

A experiência com suplementação com colecalciferol em doentes transplantados, que está a ser realizada na Unidade de Transplante do HCC, foi apresentada pela Dr.ª Inês Aires e pela Dr.ª Ana Azevedo, nefrologistas nesta Unidade. «Ao fim de 36 meses, conseguimos verificar que estes doentes respondem muitíssimo bem à suplementação, com subida dos níveis de vitamina D e efeitos importantes ao nível da proteinúria e do controlo do metabolismo fosfocálcico, que está bastante alterado nesta população», avançou Inês Aires. «Com base nos dados que já recolhemos e que não revelaram quaisquer efeitos adversos, podemos afirmar que esta nos parece ser uma boa medida terapêutica», concluiu Ana Azevedo. //

### // PROJETO EuCalNet

Durante a reunião, o Prof. João Frazão apresentou o projeto EuCalNet, recentemente lançado em Portugal. Trata-se de um registo europeu da calcifilaxia, no qual vão participar seis países (Portugal, Alemanha, França, Espanha, Holanda e Itália). «O objetivo é fazer a colheita de dados clínicos que sejam, posteriormente, úteis no desenvolvimento de estratégias terapêuticas», adiantou João Frazão.



A Dr.ª Cristina Jorge apresentou os resultados preliminares de um estudo que analisa os resultados da suplementação com colecalciferol em doentes incidentes em hemodiálise

# // NOVAS PERSPECTIVAS NO TRATAMENTO DA DRC EM DIABÉTICOS

«Diabetes e Rim: novos paradigmas.» Este foi o mote do XVII Simpósio de Atualização em Nefrologia, que teve lugar em Lisboa, no passado dia 21 de fevereiro. Cerca de 200 participantes fizeram questão de ficar a par das principais novidades no tratamento da doença renal crónica (DRC) em doentes diabéticos.

Marisa Teixeira

«O lhar para a DRC no doente diabético, envolvendo especialistas de Nefrologia, Endocrinologia e Diabetologia, é importante para evitar que muitos diabéticos tenham insuficiência renal crónica e necessitem de diálise», sublinhou o Dr. José Diogo Barata, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (HSC), que organiza este simpósio. O Dr. José Manuel Boavida, endocrinologista e diretor do Programa Nacional para a Diabetes, é da mesma opinião: «A aproximação entre as várias especialidades é fundamental, pois sem um trabalho conjunto gera-se uma incapacidade de responder aos problemas das pessoas.»

Ao longo da sua apresentação, intitulada «Impacto da diabetes: da epidemiologia à economia», José Manuel Boavida sublinhou que 13% dos portugueses têm diabetes e que são registados cerca de 60 000 novos casos por ano. «Esta situação acarreta custos enormes e tem de ser abordada, não numa visão economicista, mas numa perspectiva integrada de cuidados», advertiu.

Para a Dr.<sup>a</sup> Rita Birne, também nefrologista no HSC e na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, «existe um novo paradigma em relação aos conceitos e abordagens na diabetes e na nefropatia diabética». Na sua intervenção, em que procurou trazer à discussão estas novas mudanças de perspectiva, a especialista sublinhou o facto de a nefropatia



O Prof. Alberto Martínez-Castelao apresentou o programa RISCAP, levado a cabo em Espanha, que visa prevenir a diabetes e a DRC em fases precoces, envolvendo especialistas em Nefrologia, Endocrinologia e Medicina Geral e Familiar

diabética poder ser reversível, inclusive em fases avançadas.

## APOSTA NA PREVENÇÃO

Um dos temas de destaque, na opinião da Dr.<sup>a</sup> Patrícia Branco, nefrologista no HSC, foi o apresentado pelo Prof. Alberto Martínez-Castelao, presidente da Sociedad Española de Nefrología, que falou sobre um programa que está a ser levado a cabo em Espanha «para prevenir a diabetes e a DRC em fases precoces». A especialista realça o facto de se tratar de «um projeto multidisciplinar, que envolve a Nefrologia, a Endocrinologia e a Medicina Geral e Familiar».

Denominado RISCAP (*Evaluación de Riesgo Cardiovascular para Médicos de Atención Primaria*), este programa consiste, segundo Martínez-Castelao, «numa formação organizada em duas partes (uma teórica e outra mais prática), em que os participantes assistem às consultas externas de Nefrologia, para aprenderem a

lidar com estes doentes, bem como com os que estão internados». Este especialista revelou ainda que o número de transplantes renais de dador vivo e antecipado é cada vez maior em Espanha. «Alguns doentes têm sido, inclusive, transplantados antes de chegarem à necessidade de fazer diálise», referiu.

Por sua vez, a Dr.<sup>a</sup> Margarida Gonçalves, nefrologista no HSC, foi uma das oradoras num dos painéis dedicados a controvérsias, «atacando» os glícidos. «Começámos a consumir mais hidratos de carbono e menos gorduras, tendo em conta as recomendações nutricionais que prevalecem até hoje, e essa pode ter sido a causa do aumento da obesidade, da diabetes e da doença cardiovascular.» Esta especialista recomenda aos seus doentes que «diminuem o consumo de hidratos de carbono e aumentem o de gorduras, para não terem de fazer uma restrição calórica». Desta forma, além de diminuírem o peso com mais facilidade, os doentes perdem obesidade abdominal, que é «o principal fator de risco cardiovascular em termos de nutrição». //



ALGUNS ORADORES E MODERADORES: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Branco, Dr. José Diogo Barata, Dr. Domingos Machado, Prof. Alberto Martínez-Castelao, Dr. Luís Gardete Correia, Dr. Alberto Tejedor, Prof. Davide Carvalho e Dr. José Manuel Boavida

## // O PAPEL DAS GLIFOZINAS

O Dr. Alberto Tejedor, nefrologista no Hospital General Universitario Gregorio Marañón, em Madrid, abordou, na sua apresentação, intitulada «Via não albuminúrica na progressão da doença renal», uma nova classe farmacológica: as glifozinas. «São fármacos para o tratamento da diabetes que, pela primeira vez, se centram no mecanismo renal», disse o orador, explicando a sua ação no organismo. «Bloqueiam a entrada de glicose dentro da célula renal», sendo que estudos recentes mostraram que «essa entrada de glicose tem muitos mais efeitos nocivos do que se pensava». Com esta nova terapêutica, «os efeitos colaterais ficam minimizados», concluiu Alberto Tejedor.



**PUBLICIDADE**