



A MAIOR REUNIÃO DA NEFROLOGIA NACIONAL

Médicos e enfermeiros que se dedicam às áreas da Nefrologia e da transplantação de rim debatem neste Encontro Renal 2016 os temas mais recentes, controversos e que carecem de atualização. Marcadores de diagnóstico e progressão da doença renal crónica, *update* no tratamento da nefropatia lúpica (pág.10), estratégias para otimizar a prescrição da diálise peritoneal e o seu impacto na qualidade de vida dos doentes e familiares (pág.16 e 17), prevenção e controlo da anemia nos hemodialisados (pág.18), importância dos cuidados paliativos em Nefrologia (pág.21), necessidade de aumentar a transplantação renal de dador vivo (pág.22) e de assegurar a sobrevivência dos enxertos (pág.23) estão entre as questões que preenchem o programa científico desta que é a maior reunião de atualização da Nefrologia nacional



ACEDA À VERSÃO DIGITAL

1.ª **FILA:** Prof. Pedro Leão Neves, Prof. João Frazão, Prof. Aníbal Ferreira e Dr. Idalécio Bernardo. 2.ª **FILA:** Dr. Viriato Santos, Enf.º Filipe Cristóvão, Enf.º Fernando Vilares e Dr.ª Ana Cabrita. 3.ª **FILA:** Dr.ª Joana Vidinha, Enf.ª Maria Saraiva, Dr.ª Anabela Guedes e Dr.ª Sandra Sampaio. 4.ª **FILA:** Enf.º Pedro Rodrigues, Enf.ª Armanda Tavares, Enf.º Sampaio Dias, Dr. Ilídio Rodrigues e Enf.º Alexandre Pereira. 5.ª **FILA:** Enf.ºs Pedro Gonçalves, Jorge Melo, Jorge Mendes, Clemente Sousa e Miguel Sousa



// NÚMERO RECORDE DE ABSTRACTS E EXPECTATIVAS ELEVADAS

Temos convicção de que o Encontro Renal 2016 reúne um conjunto de palestrantes e aborda temas de grande relevância para a Nefrologia portuguesa. A expectativa associa-se ao nosso desejo de que todos os congressistas tenham a oportunidade de apresentar, discutir e enriquecer as respetivas linhas de investigação e/ou sintam que a participação neste congresso os enriqueceu na sua atividade clínica, de investigação ou pedagógica.

Estamos particularmente gratos ao Prof. Pedro Leão Neves (presidente do XXX Congresso Português de Nefrologia) e ao enfermeiro Filipe Cristóvão (presidente do XXX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação – APEDT), pelo esforço desenvolvido na organização desta reunião. De igual modo, estendemos os agradecimentos a todos os membros da Comissão Científica e da Comissão Organizadora do Encontro Renal, por assegurarem o sucesso e o elevado nível científico desta reunião.

Este ano, tivemos um número recorde de abstracts submetidos. Não por esta razão, mas porque queremos prestigiar a apresentação de comunicações e o enorme trabalho da Comissão Científica na classificação, optámos por rejeitar os 10% de abstracts com menor classificação. Contudo, estamos certos de que muitos deles, sendo reformulados, poderão vir a ser apresentados em futuras edições do Encontro Renal. Nesta área, a Direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) vai estar particularmente atenta, promovendo ações formativas sobre a elaboração de projetos de investigação e formas de apresentar os resultados especialmente vocacionadas para os nossos sócios mais jovens.

Importa reconhecer a elevada qualidade das 18 comunicações orais selecionadas para apresentação neste Congresso Português de Nefrologia. Chamo a vossa particular atenção para as comunicações premiadas (ver página 7), resultantes do melhor trabalho em cada área da Nefrologia.

Permito-me salientar como principais «temas fortes» deste Encontro Renal os seguintes: caracterização de marcadores de progressão da doença renal crónica; atualização na terapêutica de diversas nefropatias; otimização dos mecanismos de eritropoiese; fisiopatologia da calcificação vascular; diálise peritoneal; transplantação de órgãos; tratamento da hepatite C; novas perspetivas terapêuticas para a doença óssea e metabólica na uremia; cuidados paliativos em Nefrologia; síndrome cardiorrenal e a discussão de diferentes ferramentas de gestão em diálise.

Pretendemos ainda ter uma oportunidade de partilha de experiências com os nossos colegas de países africanos de língua oficial portuguesa. A SPN pode e quer ser um parceiro privilegiado destas sociedades irmãs, abrindo portas à cooperação a nível científico, pedagógico e assistencial. Este caminho não é fácil nem tem resultados a curto prazo, mas, por isso mesmo, implica disponibilidade e compreensão mútuas. As soluções fáceis e imediatistas não perduram e não trazem vantagens reais para as nossas comunidades nefrológicas.

APOIO À INVESTIGAÇÃO NACIONAL

Agradeço também a todos os colegas dos diversos serviços de Nefrologia envolvidos neste congresso, apresentando trabalhos originais e sendo conferencistas ou moderadores. Uma palavra ainda para os jovens especialistas e internos de Nefrologia pelo enorme dinamismo e investimento que fizeram no congresso. Este é um palco prioritariamente para vós, constituindo o local onde apresentam, frequentemente, as vossas primeiras comunicações científicas. Por isso, dedicamos tanto rigor à avaliação dos vossos trabalhos pela Comissão Científica e na atribuição de prémios às vossas investigações.

O nosso congresso é também o momento em que atribuímos as múltiplas bolsas da SPN e os projetos de investigação de longo prazo, em que os investigadores nos apresentam os



// Aníbal Ferreira
Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

resultados alcançados e a forma como estão a fazer frutificar os apoios recebidos. Como habitualmente, atribuímos ainda os prémios das melhores publicações no *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension* e os restantes prémios da SPN. Nesta edição, iniciamos a atribuição do Prémio Dr.ª Liliana Pinho – Jovem Nefrologista do Ano. Agradeço ainda à indústria farmacêutica por todo o apoio e envolvimento na organização deste Encontro Renal, pois, sem ele, seria impossível a concretização desta reunião científica e a atribuição de tantos prémios e bolsas de investigação aos sócios da SPN.

Resta-me desejar a cada um de vós um excelente congresso. Espero que, a nível pessoal, social, científico e profissional, este seja um grande Encontro Renal!

FICHA TÉCNICA

Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia



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

Edição:



Esfera das Ideias, Lda.

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 • **EsferaDasIdeias.Lda**
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt) • **Redação:** Ana Luísa Pereira, Luís Garcia, Marisa Teixeira, Paula Ferreira Fernandes e Sandra Diogo
Fotografia: Rui Jorge • **Design/paginação:** Susana Vale

Patrocinam esta edição:

abbvie

Baxter

Bial

Davita

DIAPERUM

// 30 ANOS DE CONGRESSOS

O Encontro Renal é o grande acontecimento da Nefrologia portuguesa, no qual a comunidade nefrológica tem a oportunidade de apresentar os resultados da sua atividade clínica e científica, debater ideias e confraternizar. Estamos já na 30.^a edição, sendo, para o Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro, uma honra e um privilégio ter a responsabilidade da sua organização pela terceira vez, depois dos anos de 1987 e 2000.

Com a expectativa de criar, desde logo, uma grande e animada participação, esta reunião arrancu na passada quarta-feira com dois cursos pré-congresso, destinados particularmente aos jovens nefrologistas: «Perturbações do metabolismo da água e eletrólitos: clínica, fisiopatologia e análise quantitativa» e «Nefrologia experimental». Ontem, como habitual, os trabalhos iniciaram-se com a apresentação dos registos do tratamento da doença renal crónica terminal e das biópsias renais da SPN. Entretanto, passados 30 anos desde o início dos nossos congressos, o título da conferência inaugural – «Nefrologia portuguesa – passado, presente e futuro» – pareceu-nos oportuno.

Por outro lado, esta reunião aborda temas relevantes, como a doença renal crónica, as doenças glomerulares, o transplante renal de dador vivo, o risco pós-transplante e outros tópicos de interesse muito atual, como a qualidade de vida em diálise peritoneal, a eritropoiese e a terapêutica marcial em hemodiálise. São também de destacar as conferências sobre doença renal crónica, lúpus eritematoso sistémico, calcificação vascular e cuidados paliativos em Nefrologia. Teremos ainda um simpósio sobre um tema controverso – marcadores clínicos em hemodiálise – que constituirá, sem dúvida, um dos pontos altos do congresso; outro simpósio acerca dos acessos vasculares e um *workshop* sobre a análise de sobrevivência.

A participação dos nefrologistas portugueses está particularmente reforçada, sendo também de realçar a presença de especialistas oriundos de outros países de língua oficial portuguesa. Além disso, pela primeira vez, houve necessidade de limitar o número de trabalhos científicos – contudo, serão apresentados 209 pósteres e 18 comunicações orais, indicadores de uma produção científica



// Pedro Leão Neves

Presidente do XXX Congresso Português de Nefrologia nacional relevante. Sublinho também os simpósios da responsabilidade da indústria farmacêutica e de equipamentos, que abordam temas relevantes e atuais da Nefrologia.

Em nome da Comissão Organizadora, desejamos um excelente congresso e que sejam cumpridas as vossas expectativas, tanto em termos de enriquecimento científico como de confraternização.

// APRESENTAÇÃO DE INVESTIGAÇÕES APOIADAS PELA SPN



// Dr.ª Ana Carina Ferreira

Alterações ósseas após transplante, biomarcadores da doença poliquística renal autossómica dominante (DPRAD) e relação entre os níveis de células progenitoras endoteliais e avaliação do risco cardiovascular são os temas dos três projetos de investigação apoiados pela SPN em 2015, cujos desenvolvimentos vão ser apresentados amanhã, entre as 12h00 e as 13h00, na sala 1.

A Dr.ª Ana Carina Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral, apresentará o estudo «*Bone-derived hormones and cardiovascular disease in kidney transplanted patients*», que se centra nas alterações ósseas e na morbilidade cardiovascular após o transplante renal. O objetivo desta investigação, segundo a autora, é «determinar a prevalência, o fenótipo e a evolução da doença óssea na população transplantada, e estudar o papel dos marcadores



// Dr.ª Mónica Roxo-Rosa

libertados pelos osteócitos a nível ósseo e cardiovascular». Os doentes poderão beneficiar com o doseamento sanguíneo destes marcadores – menos invasivo do que a biópsia óssea – para prever o tipo de doença óssea e a morbimortalidade cardiovascular.

O projeto «*Sphingolipid signaling and CFTR stimulation in autosomal dominant polycystic kidney disease*», a apresentar pela Dr.ª Mónica Roxo-Rosa, investigadora no Centro de Estudos de Doenças Crónicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, visa o estudo dos mecanismos moleculares da DPRAD e a identificação de biomarcadores e novos alvos terapêuticos. Segundo esta autora, «a proteína CFTR é ativada no processo de desenvolvimento dos quistos, assegurando o seu crescimento», sendo que «os dados sugerem que os esfingolípido têm um papel determinante nessa ativação».



// Dr.ª Susana Sampaio

Percebendo este mecanismo, «poder-se-á encontrar forma de o prevenir e travar a doença precocemente».

O outro projeto apoiado pela SPN em 2015 intitula-se «*Endothelial progenitor cells in renal transplant*» e será apresentado pela Dr.ª Susana Sampaio, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto. Com esta investigação, pretende-se avaliar o papel das células progenitoras endoteliais na recuperação da lesão de isquemia e reperfusão, com consequências na sobrevida do enxerto, e na redução da disfunção endotelial e do consequente risco cardiovascular. Com base nesse conhecimento, «através de terapêuticas celulares, talvez, no futuro, se consiga aumentar o efeito reparador no rim após isquemia/reperfusão, e obter melhores resultados na sobrevida do enxerto transplantado», afirma Susana Sampaio. // Ana Luísa Pereira



// ENFERMEIROS PARTILHAM CONHECIMENTOS E DISCUTEM BOAS PRÁTICAS



COMISSÃO ORGANIZADORA (CO) E COMISSÃO CIENTÍFICA (CC) – da esq. para a dta.: À FRENTE: Enf.ª Maria Saraiva (presidente da CC), Filipe Cristóvão (presidente da CO), Fernando Vilares (presidente da APEDT) e Alexandre Pereira (vogal da CO). ATRÁS: Enf.º Pedro Gonçalves (vogal da direção da APEDT), Pedro Rodrigues (secretário-geral da CO), Miguel Sousa (membro da CC), Clemente Sousa (membro da CC) e Jorge Melo (vice-presidente da CO)

A definição das boas práticas de enfermagem em diálise, a promoção do autocuidado, a gestão dos acessos vasculares para hemodiálise, o apoio domiciliário aos doentes em diálise peritoneal, o acompanhamento dos doentes transplantados e o impacto da qualificação dos enfermeiros na qualidade dos cuidados são alguns dos temas em análise no XXX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplante (APEDT), que integra o Encontro Renal 2016.

Sandra Diogo

Entre 13 e 16 de abril, centenas de enfermeiros que trabalham na área da Nefrologia reúnem-se para trocar experiências, ficar a par do que se faz nas diferentes unidades de diálise e transplante em Portugal e até em alguns países de língua oficial portuguesa (PALOP), bem como definir estratégias para alcançar os avanços necessários. «O programa científico do XXX Congresso da APEDT vai abordar questões que continuam relevantes, como

a definição das boas práticas de enfermagem em diálise, a promoção do autocuidado junto dos doentes, a gestão dos acessos vasculares para hemodiálise, o apoio domiciliário aos doentes em diálise peritoneal, o acompanhamento dos doentes transplantados e o impacto da qualificação dos enfermeiros na qualidade dos cuidados», resume o Enf.º Filipe Cristóvão, presidente do XXX Congresso da APEDT e professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

// FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO COMO PRIORIDADES

Uma vez que a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros está dependente da formação e da qualificação técnica em diálise e transplantação, «é importante a sua regulação e a criação de programas formativos creditados e reconhecidos por instituições idóneas na área da Enfermagem», alerta Fernando Vilares. Neste contexto, a APEDT está a colaborar na elaboração do *Guia orientador da boa prática – cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em hemodiálise*, em parceria com o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica da Ordem dos Enfermeiros. Este guia «visa dar o contributo dos enfermeiros para a criação de um manual de boas práticas em diálise mais abrangente».

Além disso, segundo adianta o seu presidente, a APEDT está também a desenvolver um projeto no âmbito da formação, que tem três fases. «Na primeira, elaborámos o *Manual da Qualidade das Atividades Formativas*. Na segunda, desenvolvemos e aplicámos dois questionários aos enfermeiros de Nefrologia (um para identificar necessidades ao nível da formação e sugestões que permitam desenvolver programas formativos, e outro com o intuito de selecionar colaboradores para participarem na preparação e desenvolvimento dos programas de formação). Na terceira fase, em que nos encontramos agora, estabelecemos parcerias com Universidades e Escolas Superiores de Enfermagem. A título de exemplo, já temos previsto um curso sobre acessos vasculares na Universidade Católica do Porto», avança Fernando Vilares.

A aprovação de um manual de boas práticas de enfermagem nesta área e as estratégias de prevenção da doença renal são também temas a discutir no encontro. Neste contexto de troca de experiências, o contacto com enfermeiros do Brasil (representantes da SOBEN – Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia), Angola, Cabo Verde e Moçambique pode ser uma mais-valia. «É relevante perceber o diagnóstico da situação em cada país e conhecer as necessidades particulares de cada um. Temos enfermeiros muito experientes e qualificados nesta área, o que pode constituir uma oportunidade de colaboração em campos como a gestão dos cuidados, as boas práticas clínicas e a formação», acredita o presidente do Congresso da APEDT.

Continuar a apostar na qualidade dos trabalhos de investigação dos enfermeiros e na sua divulgação é fundamental. «Nos últimos anos, temos assistido a uma crescente qualidade dos trabalhos apresentados nos congressos da APEDT e este foi o ano em que recebemos mais inscrições para a apresentação de comunicações científicas. Isso reforça a nossa motivação, deixa-nos mais convictos do dinamismo da enfermagem em Nefrologia e cria as melhores expectativas», frisa Filipe Cristóvão.

Otimismo partilhado pelo Enf.º Fernando Vilares, presidente da APEDT, que realça «a preocupação da Comissão Organizadora em acompanhar os temas gerais do Encontro Renal, propondo sessões muito interessantes do ponto de vista técnico-científico», tais como: «Boas práticas de Enfermagem em diálise», «Modelo organizacional de uma unidade de diálise», «Gestão do acesso vascular para hemodiálise» e «Impacto da qualificação dos enfermeiros na prestação de cuidados».

JÁ DESCARREGOU A APP DO ENCONTRO RENAL?

Basta fazer a leitura do QR Code que se encontra no seu badge para ter acesso a conteúdos como: fotografias do congresso, abstracts, apresentações, informação sobre os palestrantes, horários das sessões, etc.



Disponível para Android, iOS e Windows Phone

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, their silhouettes clearly visible against the bright background. In the foreground, there are several tall reeds and grasses, some with brown seed heads, growing from a wooden pier or dock made of weathered planks. The water reflects the colors of the sunset, creating a shimmering effect.

PUBLICIDADE



// PERCEBER AS DOENÇAS RENAIAS ATRAVÉS DO PEIXE-ZEBRA



Os participantes praticaram a manipulação e a microinjeção de embriões de peixe-zebra

O Curso de Nefrologia Experimental visou dar a conhecer aos internos da especialidade as potencialidades da utilização do peixe-zebra como modelo biomédico, nomeadamente nas patologias renais. «Quisemos transmitir conhecimentos básicos sobre o trabalho com este peixe (como o manter e reproduzir) e sobre todo o trabalho experimental em laboratório», explica o Dr. Paulo Gavaia, investigador no Centro de Ciências do Mar da Universidade do Algarve (CCMAR-UALg) e coordenador do curso, a par da Prof.^a Leonor Cancela, do

Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da UALg.

Numa componente teórica inicial, o Dr. Paulo Gavaia e a Dr.^a Patrícia Diogo, doutoranda no CCMAR-UALg, abordaram a reprodução do peixe-zebra e a gestão das suas colónias. Depois de uma visita ao biotério desta espécie no CCMAR-UALg, onde o curso decorreu, o Dr. João Carneira, doutorando nesta instituição, falou sobre os estudos de regeneração e mineralização no peixe-zebra, seguindo-se a explicação de Leonor Cancela sobre a utilização das suas linhas transgênicas e mutantes.

Na vertente prática, Paulo Gavaia, João Carneira e o Dr. Gil Martins, responsável pelo biotério de peixe-zebra do CCMAR-UALg, demonstraram a manipulação e a microinjeção de peixes-zebra, técnica transversal à preparação de animais transgênicos e mutantes para serem utilizados como modelo em laboratório. «Depois, os Drs. Vincent Laizé e Ana Pimentel [respetivamente investigador no CCMAR-UALg e interna de Nefrologia no Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro] e eu próprio explicámos com preparar sistemas *in vitro* derivados de tecidos e células de peixe-zebra», resume Paulo Gavaia.

Segundo Leonor Cancela, o peixe-zebra foi escolhido para modelo desta formação porque tem «um contexto molecular e genético muito semelhante ao dos mamíferos». Assim, «é expectável que a sua utilização seja cada vez mais comum no estudo de patologias e na descoberta de fármacos e tratamentos capazes de reverter processos patológicos e, eventualmente, regenerar os tecidos lesionados, em particular os associados ao desenvolvimento de calcificações vasculares no decorrer de falências renais graves». E Paulo Gavaia acrescenta: «Não substituindo o trabalho clássico com os ratinhos em laboratório, o peixe-zebra pode ser um complemento, já que permite fazer estudos com maior facilidade, rapidez e com um número superior de espécimes.» / Sandra Diogo

// ANÁLISE DOS DISTÚRBIOS DO METABOLISMO DA ÁGUA E DOS ELETRÓLITOS

Para além da discussão de temas clássicos, no Curso «Perturbações do metabolismo da água e dos eletrólitos: clínica, fisiopatologia e análise quantitativa», foram divulgados «modelos de análise de dados inovadores na área da Nefrologia em Portugal e que representam uma mais-valia para a investigação», frisa o Dr. Pedro Correia, coordenador do curso e diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora.

A formação começou com uma introdução teórica sobre fisiologia da água e do sódio. Seguiu-se a análise da situação que, no geral, «levanta mais dúvidas e que talvez seja mais difícil de abordar na clínica» – a hiponatremia. Sob a orientação da Dr.^a Liliana Cunha, discutiu-se o diagnóstico diferencial e o tratamento deste problema. A manhã terminou com a apresentação e discussão de casos clínicos.

Para a tarde, ficaram reservadas as novidades. Após a abordagem teórica sobre a fisiologia do metabolismo do cálcio e do fósforo, nomeadamente na doença renal crónica, o Prof. Hugo Gil Ferreira e a Dr.^a Ana Pires fala-



Drs. Fernando Pereira, Liliana Cunha e Pedro Correia num momento da discussão de casos clínicos, que encerrou a parte da manhã da formação

ram sobre os métodos de identificação de mecanismos fisiopatológicos a partir da análise de dados. «Trata-se de técnicas estatísticas já usadas em outras áreas, como na engenharia, que consistem em extrair curvas relevantes pela eliminação do "ruído"», elucida Pedro Correia.

Os mesmos formadores foram também responsáveis pela apresentação de exemplos da utilização do modelo matemático da ho-

meostase do cálcio. «Este modelo é muito interessante, porque permite explicar e integrar o conjunto complexo de variáveis que interferem no metabolismo do cálcio e do fósforo, como a PTH, as funções do intestino, os ossos, etc. Além disso, possibilita simulações de situações que não se conseguem controlar na vida real através de animais de laboratório», explica o coordenador. /

Sandra Diogo



ENTREGA DE PRÉMIOS

Um dos momentos altos da manhã de ontem foi a entrega dos prémios aos melhores trabalhos e apresentações de internos e especialistas em Nefrologia. A principal novidade foi a atribuição, pela primeira vez, do Prémio Dr.^a Lilianna Pinho – Jovem Nefrologista do Ano, que foi entregue a Dr.^a Catarina Carvalho (foto à esq.), nefrologista no Hospital de Braga. Segundo o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN, este galardão visa distinguir um nefrologista, com menos de 35 anos, que se tenha destacado pelo seu contributo para a ciência ou para a sociedade, «sendo motivo de orgulho para a SPN». O prémio foi entregue pelo viúvo da Dr.^a Lilianna Pinho, falecida no início de 2016, aos 35 anos, após algumas palavras emocionadas do Dr. António Morais Sarmiento, diretor clínico da Unidade Renal do Hospital da Prelada, no Porto, que recordou os anos de trabalho e amizade com aquela jovem nefrologista.

PRÉMIOS DE MELHORES APRESENTAÇÕES NO CONGRESSO

Diálise peritoneal: «Efeito do paricalcitol nas perdas proteicas peritoneais em diálise peritoneal» – Dr.^a Teresa Jerónimo (Centro Hospitalar do Algarve), et al.

Hemodiálise: «Referenciação para construção de acesso vascular nos doentes muito idosos – atempada ou precoce?» – Dr.^a Joana Rocha (Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro – CHTMAD), et al.

Nefrologia Básica: «Patogenicidade de uma

mutação do gene PKD1 numa família com doença renal poliquística autossómica dominante» – Dr.^a Joana Rocha (CHTMAD), et al.

Nefrologia Clínica: «Compensatory repairment process by EPC's in lupus nephritis patients with early stages of CKD» – Dr.^a Inês Castro Ferreira (Centro Hospitalar de São João – CHSJ), et al.

Transplantação: «Transplantação renal de candidatos hipersensibilizados: definição da população-alvo para um protocolo de dessensibilização e análise comparativa dos custos associados» – Dr. Jorge Malheiro (Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António – CHP/HSA), et al.

PRÉMIO ROCHE DR.^a TERESA AZEVEDO

«Calcitriol prevents cardiovascular repercussions in puromycin aminonucleoside-induced nephrotic syndrome» – Dr.^a Janete Quelhas-Santos (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), et al.

BOLSA RENAL ACADEMY (APOIO AMGEN)

«Compensatory repairment process by EPC's in lupus nephritis patients with early stages of CKD» – Dr.^a Inês Castro Ferreira (Centro Hospitalar de São João – CHSJ), et al. (foto à dta.)

PRÉMIOS DO PORTUGUESE JOURNAL OF NEPHROLOGY AND HYPERTENSION

Best editorial: «Paracelso's prediction and today's dilemma: how to treat atrial fibrillation in

patients on haemodialysis?» – Prof. André Weigert (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz – CHLO/HSC) e Charles Herzog (Hennepin County Medical Center, Minneapolis, EUA)

Best review article: «Lipotoxicity and kidney» – Dr.^a Ana Rita Martins (CHLO/HSC) e Dr. Sebastian Más (Fundación Jiménez Díaz, Madrid)

Best original article: «Impact of pre-transplant anti-MICA sensitization in graft rejection and survival» – Dr. Rui Costa (CHTMAD), et al.

Best case report: «Association of cyclosporine and mycophenolate mofetil in the treatment of steroid and cyclosporine resistant focal segmental glomerulosclerosis» – Dr. Márcio Viegas (Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo), et al.

BOLSAS SPN

✓ Dr. Mário Góis, do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHLC/HCC)

✓ Dr.^a Andreia Campos, do CHP/HSA

✓ Dr. David Navarro, do CHLC/HCC

✓ Dr.^a Lilianna Cunha, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora

✓ Dr.^a Natacha Rodrigues, do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

✓ Dr.^a Sofia Santos, do CHP/HSA

✓ Dr.^a Sofia Marques, do CHSJ

✓ Dr.^a Alice Lança, do Centro Hospitalar do Médio Tejo/Unidade de Torres Novas

// QUALIDADE CIENTÍFICA ENALTECIDA NA ABERTURA



A qualidade das sessões científicas e, em particular, das comunicações livres foi um dos aspetos mais salientados ontem, na Cerimónia de Abertura, que contou com palavras do **Prof. Pedro Leão Neves** (presidente do XXX Congresso Português de Nefrologia), do **Prof. Aníbal Ferreira** (presidente da SPN), do **Dr. Carlos Santos** (diretor clínico do Centro Hospitalar do Algarve), do **Enf.º Filipe Cristóvão** (presidente do XXX Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação – APEDT) e do **Enf.º Fernando Vilares** (presidente da APEDT).

«Temos comunicações de elevadíssimo nível científico e os prémios atribuídos no congresso revelam o progresso que se tem verificado na Nefrologia portuguesa», referiu Aníbal Ferreira. Filipe Cristóvão também enfatizou o maior número de sempre de inscrições para comunicações orais e pósteres no Congresso da APEDT, mostrando «o grande empenho, dinamismo e vitalidade dos enfermeiros de Nefrologia». Por sua vez, Pedro Leão Neves destacou a abrangência do programa, abarcando «temas importantes nas áreas da Nefrologia clínica, da diálise e do transplante».

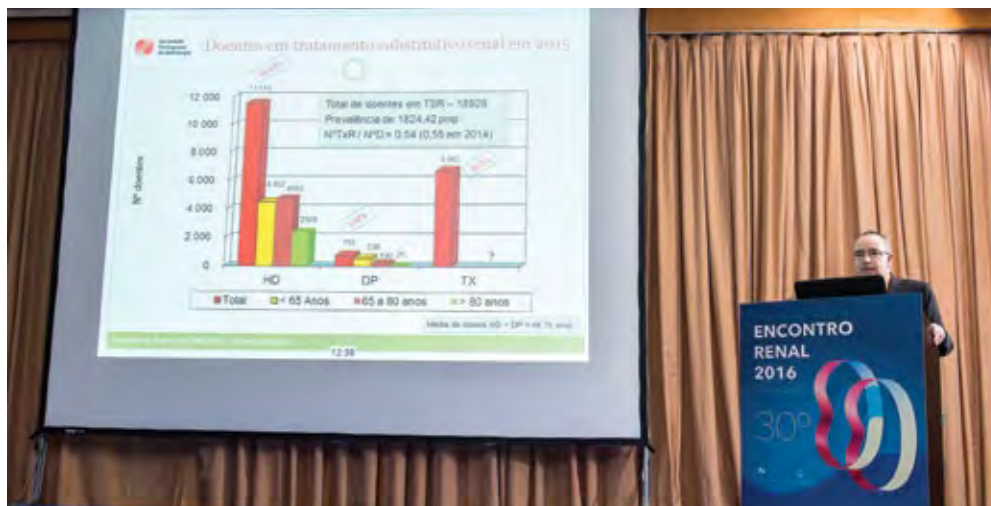


// NÚMERO DE DOENTES A INICIAR TSFR DIMINUIU EM 2015

Os dados mais recentes (2015) do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da SPN foram apresentados e comentados pelo seu coordenador e nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Dr. Fernando Macário. Uma das novidades referidas ontem por este preletor foi o facto de, em 2015, contrariamente à tendência dos dois anos anteriores, a incidência de doentes a iniciar tratamento substitutivo da função renal (TSFR) ter decrescido 4,9%. No caso da hemodiálise (HD), a diminuição foi significativa – 5,6% –, apesar de a prevalência ter aumentado 1,4%.

Fernando Macário sublinhou também que «a diálise peritoneal, na qual se verificou o aumento de 6% na incidência e de 2,2% na prevalência, ao contrário do ano anterior, cresceu mais do que a HD, e foi a primeira opção de tratamento em 9,8% dos casos, correspondendo a 6,1% dos doentes prevalentes em diálise». Por outro lado, «observou-se uma maior atividade de transplantação renal a partir de doadores falecidos e de doadores vivos, mas foram menos os doentes transplantados sem passarem pela diálise: 17».

A diabetes manteve-se, em 2015, como a primeira causa de DRC terminal nos doentes



// Dr. Fernando Macário

que iniciaram TSFR e a incidência da DRC manteve-se superior no sexo masculino e muito elevada nos grupos etários mais avançados. Segundo Fernando Macário, «esta incidência foi de 680 doentes por milhão de população [pmp], entre os 65 e os 80 anos, e de 857 pmp acima dos 80». E acrescentou: «Por sua vez, a prevalência atingiu 3 235 pmp entre os 65 e os 80 anos e 4 498 pmp acima dos 80.» Outro número destacado pelo orador respeita à proporção de doentes seguidos em Nefrologia antes de iniciarem HD – 76% – uma subida em relação aos anos anteriores.

Fernando Macário aproveitou ainda para recordar alguma informação no âmbito da transplantação. «Em 2014, a unidade que efetuou mais transplantes renais foi a do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, mas a que realizou mais transplantes de dador vivo foi a do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.» Já em 2015, «o transplante renal foi o primeiro TSFR em 17 doentes, enquanto, em 2014, essa opção foi tomada em 24 doentes, havendo clara necessidade de aumentar a transplantação de dador vivo como primeira opção de tratamento».

Marisa Teixeira

// DIAGNÓSTICO DA ESCLEROSE SEGMENTAR E FOCAL LIDEROU BIÓPSIAS DE 2015



// Dr.ª Helena Sousa

Dr.ª Helena Sousa, coordenadora da Região Sul do Registo Nacional de Biópsias Renais da SPN, apresentou ontem os dados relativos a 2015. «Realizaram-se 922 biópsias, mais 200 do que em 2009, quando iniciámos este registo», destacou a também nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral. Neste processo, estiveram envolvidos 36 hospitais de Portugal continental e ilhas, o que «permitiu identificar praticamente todas as biópsias que são feitas no País».

Relativamente aos motivos pelos quais foi realizado este procedimento, não se verificaram grandes alterações comparativamente aos anos anteriores: a síndrome nefrótica foi a principal causa (194). Já no que diz respeito aos diagnósticos, houve mudanças no topo da tabela, que passou a ser liderada pela esclerose segmentar e focal (118), que era a terceira doença em 2014, seguida pela nefrite lúpica (92) e pela nefropatia IgA (90), que ocupava o primeiro lugar no ano anterior. A maior parte das biópsias foi realizada em indivíduos entre os 15 e os 65 anos (65%), mas

// DESTAQUES

922 biópsias renais realizadas em 2015

57% em indivíduos do sexo masculino

65% em pessoas entre os 15 e os 65 anos

118 diagnósticos de esclerose segmentar e focal

36 hospitais participantes no registo

foi na faixa etária superior a 65 anos que surgiu a outra novidade: um aumento dos casos de nefropatia diabética. Já as patologias mais frequentemente associadas foram imunológicas (212), metabólicas (174), infecciosas (77) e hematológicas (54).

Helena Sousa aproveitou ainda para reforçar a importância do Registo Nacional de Biópsias Renais para «uniformizar os diagnósticos histológicos» e «fomentar a utilização das novas classificações da Organização Mundial de Saúde e de Oxford para a nefropatia diabética e a nefropatia IgA, respetivamente».

Marisa Teixeira

// REALIDADE DA TERAPÊUTICA SUBSTITUTIVA DA FUNÇÃO RENAL NOS PALOP

A partilha de dificuldades e planos de futuro no que diz respeito à terapêutica substitutiva da função renal (TSFR) marcou as intervenções dos nefrologistas que apresentaram ontem os cenários de Angola, Cabo Verde e Moçambique nesta área.

Sandra Diogo

A troca de experiências e o intercâmbio cultural entre os nefrologistas dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP) e de Portugal foi a principal motivação desta sessão, moderada pelo Dr. Mário Campos, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e pelo Dr. Ilídio Rodrigues, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz.

A TSFR é relativamente recente em várias nações africanas. «Em Moçambique, a TSFR foi introduzida pela primeira vez em finais de 2008, com o objetivo de tratar doentes com insuficiência renal aguda, visto que a mortalidade associada a esta doença estava a aumentar a cada ano que passava. Nessa altura, a hemodiálise foi a modalidade escolhida e, atualmente, temos um programa de diálise crónica que, contudo, não responde às necessidades», revelou a Dr.ª Elsa Chissico, nefrologista no Hospital Central de Maputo.

Os maiores desafios referidos por esta especialista prendem-se com a falta de recursos que afeta a generalidade do país. «Os serviços concentram-se apenas na capital e o Hospital Central de Maputo é o único hospital público com estes meios. Logo, não é possível incluir no programa todos os doentes que necessitam de TSFR, não só pela insuficiência de máquinas, mas também pelos elevados custos associados.»

Elsa Chissico lamentou também que ainda não seja possível realizar transplantes renais em Moçambique e o facto de a diálise peritoneal ambulatoria só ter sido iniciada há cerca de dois anos. «Somos obrigados a colocar em hemodiálise o maior número possível de doentes, muitos dos quais estão, neste mo-



Prof. Aníbal Ferreira, Drs. Ilídio Rodrigues (moderador), Mário Campos (moderador), José Malanda, Elsa Chissico, Hélder Tavares (oradores) e Prof. Pedro Leão Neves

mento, a fazer duas sessões por semana», referiu.

DIFICULDADES EM ANGOLA E CABO VERDE

O Dr. José Malanda, chefe de serviço de Nefrologia no Centro de Hemodiálise da Clínica Multiperfil, em Luanda, começou a sua intervenção por apresentar algumas estatísticas sobre a TSFR em Angola, ressaltando as dificuldades que os médicos têm para aceder a essa informação. «É por isso que temos poucos dados sobre insuficiência renal aguda, sobre doença renal crónica (e só em doentes já em diálise) e absolutamente nada sobre glomerulopatias, porque temos poucas biópsias renais e são quase todas realizadas fora do país», sublinhou.

Este nefrologista reforçou ainda a necessidade de reestruturar a organização dos serviços médicos como forma de melhorar os cuidados prestados. «Neste momento, um dos principais desafios é que a responsabilidade está nas mãos dos médicos: nós é que decidimos as vagas de diálise, se o doente realiza ou não hemodiálise e onde. Por isso, é preciso primeiro aprovar um manual de boas práticas e, depois, criar um órgão que possa

fazer a gestão das vagas de diálise, regular e gerir todos os processos ligados às doenças renais, desde a doença renal crónica às glomerulopatias e ao transplante renal», afirmou José Malanda.

A realidade de Cabo Verde foi apresentada pelo Dr. Hélder Tavares, diretor do Serviço de Diálise do Hospital Dr. Agostinho Neto, na cidade da Praia. «Começámos a TRSF em 2010, inicialmente apenas para casos urgentes, até que, em 2014, passámos a descontinuar as evacuações e a tratar os casos crónicos no nosso país. Foi construído um centro de diálise, atualmente com 14 monitores, estando um no isolamento para os casos HBsAg+. O centro tem capacidade total para 27 monitores e está em expansão, com um número crescente de utentes.»

Hélder Tavares não deixou, no entanto, de salientar que os desafios enfrentados pelos clínicos e doentes em Cabo Verde são muito limitadores. «Os médicos estão sobrecarregados de trabalho e dispõem de recursos limitados, e os doentes têm dificuldade na aquisição dos medicamentos, no transporte e no acesso aos tratamentos, já que o único centro está na capital.»

// FORTALECIMENTO DOS LAÇOS LUSÓFONOS

Os oradores dos PALOP foram unânimes a considerar que o Encontro Renal pode ser um passo importante para estreitar laços entre países lusófonos. «Uma rede de relações é sempre muito positiva e, se o congresso ajudar a estabelecer algum intercâmbio, não apenas do ponto de vista do atendimento clínico dos doentes, mas também ao nível académico e de investigação científica, isso pode ajudar-nos muito», argumentou o Dr. José Malanda. Opinião partilhada pela Dr.ª Elsa Chissico e pelo Dr. Hélder Tavares, para quem «o conhecimento de outras realidades pode contribuir para encontrar soluções alternativas para os problemas dos respetivos países e permitir reconhecer áreas para futuras ações conjuntas de formação».



OPINIÃO

À PROCURA DE MELHORES MARCADORES DE DIAGNÓSTICO E PROGRESSÃO DA DRC

**Dr. Alberto Ortiz**

Diretor do Serviço de Nefrologia da Fundação Jimenez Diaz, professor de Medicina na Universidade Autónoma de Madrid e coordenador da Rede Espanhola de Investigação Renal (REDINREN) // Preletor da conferência «Marcadores de diagnóstico e progressão da DRC»

A doença renal crónica (DRC) é, atualmente, diagnosticada através da diminuição da taxa de filtração glomerular – TFG (<60 ml/min/1,73 m²) durante mais de três meses ou perante a evidência de lesão

renal. Neste último caso, o marcador mais utilizado é o rácio superior a 30 mg/g de creatinina/albumina na urina.

No entanto, continuam a levantar-se questões que dificultam a capacidade de diagnosticar a DRC. A TFG, por exemplo, é calculada através de dois valores: o nível de creatinina sérica e a massa muscular dos doentes. Uma vez que este último critério pode potenciar o risco de sobre ou subdiagnóstico da DRC em pessoas que não tenham um índice de massa muscular adequado para a sua idade e sexo, é preferível que seja usado o primeiro fator nestes doentes.

Simultaneamente, estes critérios deixam uma zona de indefinição, principalmente entre os doentes mais velhos, com TFG de 45-60 ml/min/1,73 m² (categoria G3a) e albuminúria, nos quais a progressão é pouco provável e para quem são necessários marcadores adicionais, de forma a conseguir-se uma estratificação do risco mais adequada.

Por exemplo, em estados iniciais da doença renal policística, o volume total do rim pode fornecer mais informação do que a TFG ou a albuminúria. Os rácios urinários de albumina/creatinina estimam que haja uma excreção

diária de creatinina através da urina de cerca de 1g, o que não acontece em grande parte dos doentes. Em doentes do sexo masculino mais jovens, com índices mais elevados de massa muscular, isso pode levar a que a gravidade das lesões seja subestimada. Além do mais, em alguns doentes, a progressão da doença acontece apesar de apresentarem baixos níveis de albuminúria.

Concluindo, tanto a albuminúria patológica como a diminuição da TFG são marcadores tardios da doença renal. Biópsias renais de crianças com a doença de Fabry mostraram que a glomeroesclerose segmentar e focal e a fusão dos pedicelos dos podócitos precedem a albuminúria. Ou seja, são necessários marcadores mais sensíveis e mais específicos: a análise de hormonas peptídicas na urina através de eletroforese capilar e espetrometria de massas (CE-MS, na sigla em inglês) e a avaliação dos níveis de klotho urinário, por exemplo, parecem promissores. //

A conferência do Dr. Alberto Ortiz foi moderada pelo Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto.

OPINIÃO

PERSPETIVA CRÓNICA DA NEFROPATIA LÚPICA

**Prof. António Gomes da Costa**

Diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria // Preletor da conferência «Tratamento da nefropatia lúpica»

Fui convidado pelo presidente do Encontro Renal 2016, Prof. Pedro Leão Neves, para falar sobre as novidades nos tratamentos da nefropatia lúpica. No entanto, ao preparar o tema, rapidamente constatei que

não teria muito para discutir, dada a inexistência de grandes desenvolvimentos no tratamento desta doença nos últimos anos.

Apesar das várias tentativas para desenvolver novas terapêuticas, de uma maneira geral, os ensaios clínicos em Nefrologia não são conclusivos em relação ao benefício de introduzir novos medicamentos. A seleção dos doentes e a organização dos protocolos são apenas dois dos inúmeros fatores que explicam esta dificuldade, mesmo em casos nos quais os médicos acreditam na eficácia e na segurança dos fármacos e, inclusive, os utilizam no tratamento dos doentes. Existem, portanto, muitos novos fármacos experimentais, mas nenhum provou a sua eficácia nos ensaios clínicos, o que levanta problemas na decisão e na utilização destes medicamentos.

Perante este cenário, a minha intervenção voltou-se para a abordagem atual da nefropatia lúpica, seja ela farmacológica ou não. As *guidelines* das várias sociedades científicas já não se baseiam só nas opções terapêuticas para o doente individual, mas discutem também as normas gerais dos princípios de

tratamento desta doença, que, até há pouco tempo, eram subvalorizadas: as componentes social e psicológica dos doentes.

Neste sentido, algumas mudanças foram finalmente instituídas: os tratamentos deixaram de ser pensados apenas com o objetivo da indução da cura e passou-se a considerar também as opções que podem evitar as recidivas – que ocorrem com alguma frequência nesta doença – e controlar o aparecimento dos efeitos colaterais dos fármacos imunossuppressores. Concluindo, na ausência de grandes novidades farmacológicas e opções terapêuticas, debati na minha conferência novas ideias e novos princípios para o tratamento crónico da nefropatia lúpica, para lá da resposta imediata da fase aguda. //

O Dr. António Cabrita, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, e o Prof. André Weigert, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, foram os moderadores desta conferência.



PUBLICIDADE



// PROGRESSÃO DA DRC EM DIFERENTES POPULAÇÕES

Moderada pelo Prof. Henrique Luz Rodrigues, nefrologista, farmacologista e presidente da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed), e pela Dr.^a Aura Ramos, nefrologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, a primeira sessão da tarde de ontem abordou formas de intervir na progressão da doença renal crónica (DRC) em crianças, adultos e nos doentes com diabetes.

Ana Luísa Pereira

A primeira intervenção ficou a cargo da Dr.^a Maria do Sameiro Faria, nefrologista, subespecialista em Nefrologia Pediátrica no Centro Materno Infantil do Norte/Centro Hospitalar do Porto. Segundo a oradora, esta «é uma condição pouco frequente na infância, em contraste com o observado na população adulta», o que se relaciona com o facto de a etiologia na criança ser «muito diferente, com um predomínio de doenças congénitas e hereditárias». No entanto, «as crianças são particularmente vulneráveis às complicações da DRC e, para além do aumento substancial de morbilidade na infância, que se prolonga para a vida adulta, o atraso do crescimento e desenvolvimento são comuns, afetando o seu bem estar».

Apesar da melhoria global da sobrevida verificada nas últimas décadas, a terapêutica substitutiva da função renal em crianças muito pequenas permanece complexa. Por esse motivo, «a multidisciplinaridade no tratamento é fundamental e os problemas específicos da faixa etária pediátrica devem ser considerados», recomendou Maria do Sameiro Faria. Atualmente, «o transplante renal afigura-se como a melhor alternativa de tratamento da DRC na criança», referiu esta especialista, sublinhando que, «para prevenir ou retardar a sua progressão, é essencial intervir sobre os fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial, a proteinúria (que são muito prevalentes), a dislipidemia, a anemia, a obesidade, as alterações do metabolismo mineral e a inflamação».

EVITAR A PROGRESSÃO DA DRC E CONTROLAR A DIABETES

Em seguida, o Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, abordou os fatores que «podem impedir a evolução da DRC no adulto e prolongar o tempo até ao início do tratamento substitutivo da função renal». O especialista iniciou a apresentação com alguns dados epidemiológicos, realçando a elevada prevalência da doença e o risco de morbimortalidade que lhe está associado. Também elencou as principais intervenções terapêuticas para proteção re-



Prof. Henrique Luz Rodrigues, Dr.^a Aura Ramos (moderadores), Dr.^a Maria Sameiro Faria, Prof. João Frazão e Prof. Aníbal Ferreira

nal, inclusive as mais recentemente identificadas, como a correção das alterações da homeostasia ácido-base e do metabolismo mineral.

As novidades nesta área passam pela «melhor compreensão dos mecanismos de progressão da doença e por intervir sobre eles», nomeadamente com fármacos dirigidos a fatores específicos. No horizonte, as novas estratégias de proteção renal passam por terapêuticas antifibróticas e anti-inflamatórias. Há alguns estudos neste âmbito, mas, na prática, ainda «não existe nenhum fármaco ou estratégia milagrosa, o que faz com que a abordagem multifatorial continue a ser a melhor resposta», referiu João Frazão. O maior desafio da DRC no adulto «é evitar a doença renal terminal», o que passa pela prevenção desse desfecho através de terapêutica eficaz. «A prevenção secundária é menos eficaz nos estádios mais avançados, mas, sendo a DRC uma patologia progressiva e com elevado risco de mortalidade, deve fazer parte da nossa abordagem melhorar o risco de progressão e de complicações cardiovasculares.»

A sessão encerrou com a intervenção do Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, que falou sobre as novidades do tratamento da DRC nos diabéticos. Em foco estiveram novos fármacos, ainda em fase de ensaios em diversos centros de investigação portugueses. Entre eles, encontram-se os estudos FIGARO e FIDELIO, que avaliam a eficácia e a segurança da finerenona na redução da morbimortalidade cardiovascular e na progressão da DRC. Já o estudo SONAR debruça-se sobre os efeitos da terapêutica com atrasenan, um antagonista seletivo do recetor da endotelina A.

Este preletor apresentou alguns resultados preliminares de segurança destas potenciais

novas terapêuticas, que poderão ser usadas em combinação com as abordagens já disponíveis. «Estas estratégias poderão permitir controlar melhor a diabetes nos doentes com DRC, aumentar a esperança de vida e diminuir a mortalidade. Estamos a falar de vários tipos de fármacos, sobre os quais temos a expectativa de que estejam disponíveis a médio prazo», adiantou Aníbal Ferreira. //

// EM RESUMO



Na criança

- ✓ Considerar problemas específicos da faixa etária;
- ✓ Essencial atuar sobre os fatores de risco modificáveis;
- ✓ Abordagem multidisciplinar é a ideal;
- ✓ Na DRC terminal, o transplante renal é o melhor tratamento.



No adulto

- ✓ Importante atuar sobre os fatores de proteção renal;
- ✓ É necessário compreender melhor os mecanismos de progressão da DRC;
- ✓ Estão em desenvolvimento fármacos dirigidos a fatores específicos de progressão;
- ✓ Abordagem multifatorial é perentória.



No doente com diabetes

- ✓ Necessidade de controlar melhor a diabetes nos doentes com DRC;
- ✓ Novos e promissores fármacos encontram-se em fase de ensaios clínicos;
- ✓ Expectativa de controlar melhor a diabetes, aumentar a esperança de vida e diminuir a mortalidade.

«NA NEFROLOGIA, PORTUGAL PARTIU ATRASADO, MAS REGISTOU UMA RECUPERAÇÃO ESTRONDOSA»

O Dr. José Diogo Barata, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, aceitou o desafio de falar sobre o passado, o presente e o futuro da Nefrologia portuguesa na conferência inaugural deste Encontro Renal, que decorreu ontem. Em entrevista, o também presidente do Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos comentou, entre outros assuntos, a evolução desta especialidade e a formação de qualidade que a distingue, revivendo algumas memórias e relatando acontecimentos que fazem parte da história da Nefrologia.

Marisa Teixeira



Que marcos salienta nos primórdios da Nefrologia enquanto especialidade em Portugal?

É uma tarefa complicada, pois há poucos registos do passado. Para preparar esta conferência, recorri às memórias de alguns amigos e a documentos com relatos dessa época, nos anos de 1960. Um nome que faço questão de salientar é o de Filipe Vaz. Em 1958, realizou a primeira hemodiálise [HD] de urgência a uma doente grávida e criou um centro de transfusões que disponibilizou a quem necessitasse, praticamente sem custos... Mais tarde, em 1973, criou a primeira unidade de diálise privada, que ajudou muitos doentes, até porque, em Lisboa, só existia um pequeno centro no Hospital Curry Cabral, que não conseguia dar resposta a muitos doentes, e os que tinham recursos iam para Espanha em busca de tratamento. Além deste, muitos outros especialistas merecem ser referidos, como os Profs. Levi Guerra, Eva Xavier, Martins Prata, Serafim Guimarães, Cerqueira Magro, Rafael Adolfo Coelho e Adelino Marques.

Pode dizer-se que o grande boom desta especialidade no nosso País ocorreu depois do 25 de abril de 1974?

Sem dúvida. Daí adveio a reorganização da saúde, com a reestruturação hospitalar e a criação do Serviço Nacional de Saúde. O resto da história já muitos conhecem, com o aparecimento dos primeiros internatos em Nefrologia. Eu e o Dr. Pedro Correia, em Lisboa, o Dr. Henrique Vieira Gomes, em Coimbra, e os Drs. Vasco Miranda e Castro Henriques, no Porto, fomos os primeiros a realizar o internato com o modelo atual de cinco anos de formação.

Portanto, fui um dos primeiros internos da época moderna da Nefrologia portuguesa. A transplantação e o surgimento de centros de diálise privados foram outros aspetos decisivos na história da Nefrologia portuguesa. Em comparação com os restantes países europeus, Portugal partiu nitidamente atrasado, mas registou uma recuperação estrondosa.

O que contribuiu para esse progresso?

Há um aspeto que ainda não se compreende muito bem – por que razão há tantos doentes renais crónicos? Em Portugal, a prevalência é muito elevada e as faixas etárias dos nossos doentes são as mais avançadas, comparando com os restantes países europeus, porque não temos limitações de idade para o início de HD, ao contrário das sociedades anglo-saxónicas, por exemplo. Por outro lado, em contracorrente com a restante comunidade europeia, os jovens médicos continuam a mostrar interesse por esta especialidade.

Os internos de Nefrologia portugueses continuam motivados?

O internato em Nefrologia no nosso País é fantástico e bastante completo. Em outros países, como na Dinamarca, não são contempladas a transplantação ou a realização de bi-

ópsias. Na Alemanha, a Nefrologia nem existe autonomamente, está integrada na Medicina Interna... Entretanto, por cá, temos cerca de 24 novos internos por ano; talvez o seu interesse se explique com o pleno emprego que ainda existe nesta área. No entanto, a margem de crescimento não é muita e, eventualmente, estaria na altura de diminuir o número de vagas, mas há muitas pressões. Na minha opinião, deveriam ser abertas vagas apenas nas especialidades com mais carências, que são muitas, e julgo que, na última abordagem à distribuição de vagas, já houve alguma preocupação nesse sentido.

O que perspectiva para o futuro da Nefrologia?

É complicado imaginar o que aí vem, pois pode surgir uma descoberta revolucionária que mude o panorama por completo. O cenário ideal seria substituir os rins, por intermédio da transplantação, sem a existência do problema da escassez de órgãos. Talvez o xenotransplante seja um caminho, com a criação de rins viáveis e funcionais no corpo de um animal ou mesmo *in vitro*... Isso seria extraordinário, mas vamos ter de esperar para ver o que nos reserva o futuro desta especialidade. /

// SABIA QUE...

... o primeiro caso documentado de xenotransplantação no século XX ocorreu em 1902, quando se utilizou um rim de porco num doente que sofria de insuficiência renal terminal? Todavia, apesar de constituir uma eventual solução para o problema de escassez de órgãos para transplante, a xenotransplantação não passou ainda do domínio experimental, pois encontra limitações técnicas, científicas e éticas.



// AVANÇOS NA ÁREA DAS GLOMERULOPATIAS



Dr. Gil Gomes da Silva, Dr. Alfredo Loureiro (moderador), Prof. Rui Alves (moderador), Dr. Jorge Pratas e Prof. Joaquim Calado

A discussão sobre as patologias que afetam o glomérulo renal teve lugar ontem, numa sessão moderada pelo Dr. Alfredo Loureiro, diretor do Serviço de Nefrologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, e pelo Prof. Rui Alves, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Ana Luísa Pereira

Os novos marcadores na nefropatia de imunoglobulina A (IgA) foram o primeiro tema em análise, pelo Dr. Gil Gomes da Silva, diretor do Serviço de Nefrologia do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). Esta doença, de origem autoimune, tem etiologia ainda desconhecida, revelando-se complexa e multifatorial, pelo que ainda não foram identificados os antigénios responsáveis pelo desencadeamento da resposta imunitária. Segundo o orador, «esta é a doença glomerular primária mais prevalente em todo o mundo».

A grande questão é que, «na maioria dos casos, os doentes são assintomáticos e o diagnóstico ocorre ao acaso», o que leva a que «a deteção aconteça numa fase em que já houve progressão considerável». A biópsia renal continua a ser fundamental para o diagnóstico, mas, nos estádios mais precoces, os dados não permitem determinar, de forma segura, a evolução da doença.

Até há pouco tempo, a informação existente apontava para múltiplas hipóteses de patogenia, mas «os avanços recentes na compreensão das bases moleculares vão, com certeza, permitir um diagnóstico mais precoce, uma melhor monitorização da evolução clínica e da resposta à terapêutica ou, até mesmo, a individualização dos esquemas de tratamento», explicou o especialista.

A glomerulonefrite membranosa (GNM) foi outra patologia discutida nesta sessão, abordada pelo Dr. Jorge Pratas, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que considera este «um dos temas clássicos da Nefrologia». Este especialista sublinhou

«O tratamento da glomerulonefrite membranosa primitiva continua longe de ser eficaz e os avanços não se repercutiram em melhores terapêuticas»

Dr. Jorge Pratas

que as características clínicas e as formas de apresentação da doença «se mantêm atuais desde 1957, ano em que foi definida pela primeira vez, sem que nada de novo alterasse de forma significativa a prática clínica». A investigação «é uma longa história, com alguns avanços, mas também com enormes frustrações», e as principais novidades surgiram recentemente, a partir de «um melhor conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos».

Jorge Pratas destacou a identificação, em 2009, do antigénio *major* recetor da fosfolipase A2 (PLA2R, na sigla em inglês) na superfície dos podócitos como um passo que,

«finalmente, ajuda a perceber a patogénese da GNM na raça humana, mas também parece fornecer um instrumento prático no diagnóstico e acompanhamento da atividade da doença».

Contudo, Jorge Pratas reconheceu que «o tratamento da GNM primitiva continua longe de ser eficaz e os avanços não se repercutiram em melhores terapêuticas», acrescentando que «a descoberta do mecanismo que dispara a resposta autoimune, a identificação dos casos que justificam tratamentos mais agressivos e a definição de uma imunossupressão mais específica e eficaz são os grandes desafios que ainda se colocam após 50 anos de investigação».

GLOMERULOPATIA SEGMENTAR E FOCAL

A última intervenção, a cargo do Prof. Joaquim Calado, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, focou-se num dos mais recentes biomarcadores abordados na literatura nefrológica e na sua utilização na glomeruloesclerose segmentar e focal (GSF). O fator circulante de permeabilidade vascular (suPAR, na sigla em inglês), sobre o qual foram escritos os primeiros artigos científicos na década de 1970, tem levantado alguma controvérsia, com autores a defenderem diferentes posições no que respeita à sua utilidade e fiabilidade no diagnóstico da GSF.

Segundo Joaquim Calado, para ser considerado um biomarcador útil, o suPAR necessita de demonstrar plausibilidade biológica, ou seja, «se está localizado algures na etiopatogenia da GSF, para o que parece existir alguma evidência, embora precise de ser mais detalhada». São também necessários dados epidemiológicos, que demonstrem a existência de «uma associação forte e consistente» entre este biomarcador e o *outcome* clínico, e ensaios clínicos evidenciando que uma intervenção farmacológica que vise a redução do suPAR conduz à modificação do *outcome*.

O nefrologista defendeu ainda que, no caso particular da GSF considerada idiopática, deve ser tida em conta a correlação temporal dos níveis de suPAR com os períodos de remissão ou atividade da doença. Por outro lado, «a caracterização fenotipicamente precisa e homogénea não basta; é necessário excluir outras causas, como a resposta à plasmaferese e a recidiva ao transplante», referiu Joaquim Calado. /

// MARCOS NA HISTÓRIA DA GLOMERULONEFRITE MEMBRANOSA

/ 1959 – Descrição do modelo experimental de Heymann

/ 2002 – Identificação do primeiro antigénio podocitário humano – NEP (endopeptidase neutra)

/ 2009 – Identificação do antigénio *major* PLA2R presente na superfície dos podócitos e responsável pela maioria das glomerulonefrites membranosa primitivas na raça humana



// TÉCNICAS ESTATÍSTICAS – INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS

Dedicado a internos de Nefrologia e de outras especialidades, para os quais é importante investir na investigação, vai ter lugar hoje, na sala 2, entre as 10h30 e as 12h00, o *workshop* «Análise de sobrevivência». Um tema que se justifica porque, na opinião da Dr.^a Ana Marreiros, professora auxiliar convidada do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve e uma das coordenadoras desta ação de formação, «o tratamento estatístico a nível de publicações resume-se quase exclusivamente a referências e nem sempre é bem utilizado».

«É cada vez mais relevante haver um conhecimento de técnicas estatísticas, pois estas poderão ajudar os médicos quer na análise crítica de artigos que estão a ler para formação própria, quer como instrumento de trabalho na publicação de artigos», corrobora a Dr.^a Ana Paula Silva, nefrologista no Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro e também coordenadora da formação.

No *workshop*, serão apresentados os métodos de análise de sobrevivência (estimador Kaplan-Meier e regressão de Cox), com *software* específico e com base em exemplos de dados reais adequados ao tema. «A importância destas técnicas estatísticas prende-se com o facto de permitirem fazer uma análise dos fatores de



// Dr.^a Ana Marreiros

risco para a progressão da doença renal, assim como da morbilidade e da mortalidade cardiovascular», explica Ana Paula Silva.

O objetivo do *workshop* passa também por ajudar os clínicos a potenciarem o espírito crítico na interpretação dos resultados de um artigo científico. «Queremos que as pessoas do mundo clínico e biomédico estejam aptas e conscientes da importância das técnicas estatísticas aplicadas à Medicina. Ou seja, que, no fim do curso, digam: “Embora esta não seja a nossa linguagem, vamos adotá-la porque é



// Dr.^a Ana Paula Silva

extremamente útil para a nossa investigação científica”, reforça Ana Marreiros.

«Somos defensores de que a carreira clínica também implica uma carreira de investigação. O facto de sermos bons técnicos do ponto de vista clínico tem implícita a obrigatoriedade de transmitirmos o nosso conhecimento aos outros. Dado que a investigação clínica é uma área em que devemos investir cada vez mais, estes *workshops* inseridos em encontros na área médica podem ser uma mais-valia», conclui Ana Paula Silva. // Sandra Diogo

// OTIMIZAR A GESTÃO DOS ACESSOS VASCULARES



// Dr.^a Joana Vidinha

Os acessos vasculares (AV) são o objeto de discussão do simpósio que decorre entre as 16h00 e as 17h30, na sala 2, dirigido a todos os que trabalham em hemodiálise. A sessão conta com a contribuição de profissionais experientes, constituindo um espaço de debate e, simultaneamente, uma montra de divulgação de trabalhos desenvolvidos em diferentes centros, ao longo do último ano.

A Dr.^a Joana Vidinha, nefrologista no Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro,

fará uma nota introdutória acerca do tema, o qual considera «do maior interesse científico em qualquer encontro de Nefrologia, uma vez que, apesar de todo o desenvolvimento na área, a inexistência de um AV eficaz compromete todos os resultados, condicionando o prognóstico e a vida do doente».

Nesse contexto, o simpósio aborda, «de forma teórico-prática e objetiva, os procedimentos que visam a preservação do capital vascular do doente». Uma forma de obter melhorias nesta área é «divulgar o trabalho de diferentes equipas para uma aprendizagem mútua», refere Joana Vidinha. Neste âmbito, a especialista salienta que «a formação deve ser específica e em tempo suficiente para a aquisição de autonomia por parte do nefrologista», o que constitui «uma mais-valia insubstituível».

Já o Dr. Fernando Neves, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria e um dos moderadores neste simpósio, espera que este tema sensibilize fortemente para os problemas associados aos AV. Segundo este especialista, ao nível da hemodiálise, «registam-se assimetrias regionais em Portugal que devem ser uniformizadas» e chama a atenção para «a urgência com que as problemáticas devem ser resolvidas», dando como exemplo o facto de

a região do Algarve não dispor de um centro de diferenciação nesta área, sendo necessário que os doentes se desloquem a Lisboa para serem tratados.

Na opinião de Fernando Neves, o AV é o mais importante dos problemas a resolver, relativamente à doença renal crónica, e precisa de ser resolvido eficazmente, com urgência. «O “quem é quem” no assunto sabe como ultrapassar esta urgência, mas há anos que nada evolui e largos milhares de pessoas não têm médico de família que as referencie às consultas hospitalares», frisa.

Fernando Neves sugere «avançar na direção da telemedicina para orientar os doentes a partir dos centros de saúde» e realizar consultas de Nefrologia em hospitais distritais ou agrupamentos de centros de saúde, sem que exista necessariamente um serviço desta especialidade nesses locais. Não obstante, considera que «a larga maioria das pessoas que trabalham em diálise têm uma excelente preparação», sendo que «a maior clivagem encontra-se na gestão do AV ao nível hospitalar, na fase pré-diálise», e o primeiro passo para otimizar essa gestão passa pela «instituição de consultas conjuntas de AV, com a presença de médicos de Nefrologia e Cirurgia». //

Ana Luísa Pereira



// DESAFIOS DA DIÁLISE PERITONEAL



Dr.ª Ana Marta Gomes, Dr. António Cabrita (moderador), Dr.ª Maria João Carvalho e Dr. Teixeira e Costa (moderador)

A otimização da prescrição da diálise peritoneal (DP) está em discussão na primeira parte do simpósio que decorre entre as 8h30 e as 10h00, na sala 1, moderada pelo Dr. António Cabrita, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), e pelo Dr. Teixeira e Costa, nefrologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada. Segundo a primeira oradora, Dr.ª Maria João Carvalho, nefrologista no CHP/HSA, «embora a DP apresente resultados indiscutivelmente sobreponíveis à hemodiálise na sobrevivência do doente e na eficácia do tratamento, continua a manter uma baixa incidência e uma

prevalência inferior à da hemodiálise no panorama do tratamento substitutivo da doença renal crónica estágio 5d».

Segundo esta oradora, «a DP tem como vantagens o facto de permitir a realização de diálise domiciliária com sistemas simples, a autonomia e, segundo alguns estudos, maior qualidade de vida, quando comparada com a hemodiálise, características que a posicionam como atrativa e potencialmente benéfica após o transplante renal». Por isso, Maria João Carvalho abordará estratégias particulares para estes doentes, como os esquemas de manutenção, redução e suspensão da imunossupressão ou a decisão sobre a nefrectomia do enxerto.

Por seu turno, a Dr.ª Ana Marta Gomes, nefrologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, vai falar sobre o papel da DP no doente cardiorrenal. «Estudos recentes mostram que a utilização desta técnica se associa a uma melhoria da sintomatologia e uma diminuição do número de hospitalizações por insuficiência cardíaca descompensada, sem que as complicações inerentes, sobretudo infecciosas, sejam particularmente comuns.»

Considerando que a sobrecarga de volume é a principal consequência de uma terapêutica não eficaz, a DP poderá ter um papel importante ao promover a remoção deste excesso de água e sal do organismo. «Ao utilizarmos uma permuta longa noturna com solução de icodextrina, vamos obter uma ultrafiltração contínua e suave, que permitirá otimizar a volemia através da remoção eficaz de água e sódio», explica.

Em análise estarão também aqueles que, na opinião de Ana Marta Gomes, são os grandes desafios nesta área: a integração, no processo da DP, de uma unidade de tratamento da insuficiência cardíaca e a seleção dos doentes que poderão beneficiar desta modalidade, já que estes «têm de estar aptos a efetuar as permutas de diálise, com todos os cuidados intrínsecos a esta técnica». / Sandra Diogo

PUB

PUBLICIDADE

// QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES EM DP



// Dr.^a Gloria del Peso

Na segunda parte do simpósio dedicada à diálise peritoneal (DP), está em discussão o impacto desta modalidade terapêutica na sexualidade dos doentes, assim como nas suas atividades profissionais e de lazer. Este bloco é moderado pelo Dr. João Carlos Fernandes, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, e pelo Dr. Rui Castro, diretor da Unidade de Diálise Peritoneal do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro.

A Dr.^a Gloria del Peso, nefrologista na Unidade de Diálise Peritoneal do Departamento de Nefrologia do Hospital Universitário La Paz, em



// Dr.^a Patrícia Branco

Madrid, vai falar sobre o conjunto de mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na maioria dos doentes em estádios finais da doença renal e que os impede de ter uma atividade sexual satisfatória. «A disfunção erétil, por exemplo, afeta 70% dos homens em diálise e este valor não parece ser influenciado pelo tipo de tratamento seguido (hemodiálise ou diálise peritoneal), mas diminui consideravelmente após o transplante renal», esclarece a nefrologista.

Uma vez que a qualidade de vida também se relaciona com a atividade sexual, Gloria del Peso apresentará os benefícios das alterações ao estilo de vida, da psicoterapia, da correção

de eventuais efeitos secundários da medicação, mas também das novas soluções farmacológicas. «Os inibidores de fosfodiesterase-5 estão a apresentar bons resultados nestes doentes.»

A Dr.^a Patrícia Branco, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, vai frisar o contributo da DP para a qualidade de vida. «Esta opção pode ajudar a melhorar os resultados a longo prazo das terapêuticas substitutivas da função renal e ter um impacto positivo na qualidade de vida dos doentes», explica a médica, reforçando que «o tipo de tratamento seguido também parece ter uma influência preponderante nos critérios de qualidade de vida relacionados com o trabalho e a vida social».

Neste contexto, a oradora pretende mostrar como uma escolha informada tem impacto positivo na qualidade de vida das pessoas que optaram pela DP. «A abordagem da DRC baseia-se em parâmetros clínicos, mas também na adequação da diálise ao doente, quer na reabilitação para a atividade profissional, quer na sua capacidade de ser feliz e de estabelecer relações sociais e familiares mais sãs. Existem doentes que podem tirar vantagem desta técnica de diálise com repercussão consistente e positiva na sua qualidade de vida», remata. // Sandra Diogo

OPINIÃO

LIÇÕES DO PEIXE-ZEBRA NO ESTUDO DAS DOENÇAS RENAIS



Prof.^a Leonor Cancela

Investigadora no Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve // Preletora da conferência «Calcificação vascular – from the fish to the man», que decorre entre as 12h00 e as 13h00, na sala 1

A calcificação vascular está associada ao desenvolvimento de patologias várias, incluindo doença arterial coronária e periférica ou deficiência renal grave. Os eventos fisiológicos que culminam num processo de calcificação ocorrem no tecido ósseo e nos dentes, o que pode parecer surpreendente, tendo em conta as elevadas concentrações fi-

siológicas extracelulares de cálcio e fosfato, os dois componentes principais da fase mineral.

Para contrabalançar esta ocorrência, as células sintetizam moléculas capazes de inibir os processos de calcificação ectópica. A proteína Gla da matriz (MGP, na sigla em inglês), membro da família das proteínas dependentes da vitamina K, é um dos inibidores fisiológicos da mineralização mais eficientes e a sua mutação leva a calcificações vasculares extensas. A MGP é sintetizada pelas células do músculo liso vascular e, para funcionar, requer a presença de níveis adequados de vitamina K no organismo.

Doentes com falências renais graves dependentes de hemodiálise recebem, de forma rotineira, anticoagulantes, em particular a varfarina, que inibem a função da MGP, por bloquearem a reciclagem local de vitamina K. Neste contexto, a propensão para desenvolver calcificações vasculares encontra-se aumentada e a administração de vitamina K parece conseguir recuperar, em parte, a função da MGP e diminuir os efeitos negativos da varfarina. Estão em curso vários ensaios clínicos em populações de risco de calcifica-

ção vascular com suplementação de vitamina K, de modo a perceber se esta traz benefícios aos doentes com falência renal grave.

Os modelos animais têm sido muito usados para compreender os mecanismos moleculares responsáveis por estes processos de calcificação vascular e identificar formas de os reverter. Entre eles, destaca-se o peixe-zebra, que tem emergido cada vez mais como um modelo válido para estudos biomédicos, em particular relacionados com o desenvolvimento dos rins e de doenças renais crónicas. Quer a nível embrionário quer no adulto, a estrutura do rim do peixe-zebra, constituído por nefrónios funcionais, é muito semelhante à dos mamíferos, tendo ainda a particularidade de ser capaz de se regenerar. A isso, acrescenta-se a facilidade de manter este peixe em cativeiro e de obter animais transgénicos e mutantes. //

Esta conferência será moderada pela Prof.^a Teresa Adragão, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, e pelo Prof. João Frazão, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto.



// EVITAR A ANEMIA NOS DOENTES EM HEMODIÁLISE

O perigo e o tratamento da anemia nos doentes tratados por hemodiálise vão estar em foco na sessão que decorre hoje, na sala 1, entre as 10h30 e as 12h00. Em discussão estarão os benefícios das atuais terapêuticas de regulação da eritropoiese e do ferro e as estratégias alternativas para o tratamento da anemia.

Sandra Diogo



Drs. Pedro Maia (moderador), Pedro Pessegueiro, Ernesto Rocha (moderador) e Prof. José António Lopes

A sessão será composta por duas partes. Na inicial, moderada pelo Dr. Carlos Oliveira, nefrologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, e pelo Dr. Pedro Maia, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o primeiro tema a ser debatido será a regulação da eritropoiese. A Dr.ª Tabita Magalhães Maia, hematologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, vai mostrar as características de uma eritropoiese normal e as alterações que esta sofre nos indivíduos com doença renal crónica (DRC). «No adulto, a eritropoetina (EPO) é sintetizada principalmente no rim, pelos fibroblastos peritubulares intersticiais. Mas, num doente renal crónico, as células produtoras de EPO transformam-se em miofibroblastos, com consequente perda da capacidade de síntese da EPO, o que leva a uma deficiente resposta à hipoxia e ao aparecimento de anemia», adianta a hematologista.

Outros fatores secundários à DRC que contribuem para a redução da eritropoiese também serão analisados. «Os níveis elevados das citocinas IL [interleucina] 6, IL 1 – pelo aumento da sua produção e/ou pela redução da sua clearance – diminuem a eritropoiese através da estimulação da produção da hepcidina. Esta última bloqueia a absorção de ferro a nível intestinal e a sua libertação do sistema reticuloendotelial, reduzindo os níveis de ferro disponíveis para a eritropoiese», exemplifica a oradora.

O Prof. José António Lopes, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, irá falar sobre a regulação do ferro – «um tema pertinente, uma vez que a desregulação do metabolismo do ferro nos doentes renais crónicos em hemodiálise contribui para

a elevada incidência de doença cardiovascular e de infeções». Segundo o especialista, a suplementação de doentes renais crónicos em hemodiálise deverá ser efetuada de forma cautelosa, sendo necessários «mais estudos prospetivos aleatorizados e controlados que avaliem a terapêutica ótima da anemia, particularmente no que diz respeito à administração de ferro». José António Lopes considera ainda que a melhoria do *status* inflamatório poderá também contribuir para a otimização da homeostasia do ferro nestes doentes.

NOVAS TERAPÊUTICAS EM ESTUDO

Na segunda parte da sessão, moderada pela Dr.ª Margarida Gonçalves, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, e pelo Dr. Ernesto Rocha, diretor do Serviço de Nefrologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, serão levantadas várias questões sobre as novas estratégias para o tratamento da anemia. Sobre a terapêutica marcial, o Dr. Pedro Pessegueiro, nefrologista no Hospital do Espírito Santo de Évora, é perentório: «Assistiu-se à passagem da era da hemossiderose secundária às transfusões sanguíneas, para a era da prescrição liberal de epoetina que, por vicissitudes várias, levou compensatoriamente à liberalização da prescrição de ferro, sob o espectro crescente da toxicidade pelo mesmo.»

Embora reconheça que a suplementação marcial continua a ser essencial no tratamento da anemia dos doentes em hemodiálise, este nefrologista vai mostrar «evidências de que o excesso de administração de ferro endovenoso, sobretudo em doentes com deficiência funcional deste mineral, parece incrementar o risco de infeção e

mortalidade». Assim, Pedro Pessegueiro vai analisar, de forma crítica, diferentes abordagens, no sentido de mudar o paradigma atual do tratamento marcial nos doentes em hemodiálise.

Na sua intervenção, a Dr.ª Ana Paiva, nefrologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, debaterá o papel da terapêutica com fatores estimulantes da eritropoiese (FEE) na regulação da produção de glóbulos vermelhos, destacando dois grupos de agentes que estão em investigação: os que têm como alvo o recetor da EPO e os estabilizadores dos fatores indutores de hipoxia (HIF). «Os primeiros podem ser péptidos semelhantes à EPO, proteínas ligadas à EPO ou anticorpos agonistas para o recetor da EPO. Já os HIF são responsáveis pela resposta fisiológica à hipoxia sistémica, alterando a expressão genética em vários tipos de células, aumentando a produção de EPO no fígado e rim, melhorando o *uptake* e a utilização de ferro, e alterando a maturação e a proliferação de progenitores hematopoiéticos na medula óssea», esclarece a nefrologista. /



// Dr.ª Tabita Magalhães Maia



// Dr.ª Ana Paiva

// NOVIDADES NO TRATAMENTO DA HEPATITE C EM DOENTES COM IRC

«Erradicar a hepatite C da insuficiência renal crónica» é o tema do almoço-simpósio promovido hoje pela AbbVie, entre as 13h00 e as 14h30. Em foco estará a nova associação terapêutica de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir (Viekirax®) e dasabuvir (Exviera®), que, pelo facto de nenhum dos seus componentes ser excretado por via renal, destaca-se entre os novos fármacos para a hepatite C como a resposta mais adequada para os doentes com insuficiência renal crónica (IRC).

Marisa Teixeira

Atualmente, entre o universo de doentes com IRC, apenas se conhece a prevalência da infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) nos que fazem hemodiálise, diálise peritoneal ou foram alvo de transplante. Em 2014, 435 doentes com IRC e em processo dialítico tinham também hepatite C, o que representava uma percentagem de 3,7%. Relativamente aos outros estádios de IRC, não existem dados concretos. «Não há uma política generalizada e sistemática de rastreio do VHC nos doentes a quem é diagnosticada insuficiência renal, estando esta prática apenas protocolada no estádio pré-diálise e pré-transplante», começa por notar a Dr.ª Paula Ferreira, gastroenterologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e oradora neste simpósio.

À luz do conhecimento atual, que aponta a infeção pelo VHC como fator de risco tanto para o aparecimento da IRC como para o agravamento da sua história natural, esta especialista não hesita em afirmar: «Creio ser importante diagnosticar o mais precocemente possível os casos de hepatite crónica neste grupo de doentes. A sensibilização dos clínicos envolvidos no diagnóstico e no seguimento da IRC é essencial neste processo. Além disso, é importante conhecer a prevalência da hepatite C nos estádios iniciais da IRC.» Neste âmbito, os nefrologistas assumem um papel central «no diagnóstico o mais precoce possível dos doentes que não tenham ainda feito serologia para o VHC e, caso esta demonstre uma hepatite crónica, na sua referência para uma unidade de tratamento específico».

Estas mensagens ganham mais força com a possibilidade de cura da hepatite C hoje conferida pelos fármacos que surgiram nos últimos anos. «Pela primeira vez, estamos a conseguir tratar grande parte dos doentes com hepatite C e IRC. A associação terapêutica de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir com dasabuvir é uma novidade que criou expectativas extremamente positivas para os doentes em diálise, pois, até agora, a maioria das terapêuticas para o vírus da hepatite C [VHC] era exclusiva para doentes com uma função renal não muito comprometida», frisa o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e moderador deste simpósio.



// Dr.ª Paula Ferreira

«Apenas a associação de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir e dasabuvir deve ser utilizada no tratamento da hepatite C nos doentes com IRC, pois as restantes terapêuticas contêm sofosbuvir, que é eliminado por via renal»

MAIS-VALIAS DO VIEKIRAX®/EXVIERA® NO DOENTE COM IRC

Segundo Aníbal Ferreira, as principais vantagens da associação terapêutica de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir (Viekirax®) com dasabuvir (Exviera®) «são a eficácia e a segurança superiores demonstradas em doentes com hepatite C e IRC». «Com esta alternativa, é possível tratar estes doentes com medicação oral e os resultados são semelhantes aos que os antivirais diretos conferem à população que não sofre de insuficiência renal», afirma.

Embora existam já alguns fármacos aprovados para o tratamento da hepatite C nos doentes com IRC nos estádios 4 e 5, na opinião de Paula Ferreira, «apenas a associação de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir e dasabuvir deve ser utilizada, pois as restantes terapêuticas contêm sofosbuvir, que é eliminado por via renal». Ora, os fármacos cuja eliminação



// Prof. Aníbal Ferreira

seja feita pela via renal «têm um crescente risco de acumulação no organismo e, consequentemente, de efeitos tóxicos, tornando-se impeditiva a sua utilização nos estádios mais avançados de IRC», alerta a gastroenterologista.

Em termos de eficácia, a associação terapêutica de ombitasvir-paritaprevir-ritonavir com dasabuvir «oferece uma alta probabilidade de cura da hepatite C, que se situa nos 100% para os doentes não cirróticos de genótipos 1b e 4, nos 95% para os doentes cirróticos de genótipos 1a e nos 99% para os doentes cirróticos de genótipos 1b». O estudo RUBY-1 (*Safety of ombitasvir/paritaprevir/ritonavir plus dasabuvir for treating hcv gt1 infection in patients with severe renal impairment or end-stage renal disease*), dirigido mais particularmente aos doentes em hemodiálise e infetados com o genótipo 1 do VHC, mostrou uma eficácia de 95% na análise mITT (intenção de tratamento modificada, na sigla em inglês).

Em suma, para além da possibilidade de ser utilizado em qualquer estádio da IRC, nomeadamente nos mais graves, com taxas de filtração glomerular inferiores a 30 ml/min, «Viekirax®/Exviera® oferece uma alta probabilidade de cura (entre 95 e 100%) aos doentes infetados com os genótipos 1 e 4 do VHC». Além disso, «a presença de mutações de resistência não tem impacto significativo na eficácia desta terapêutica, quando utilizada em doentes com estas mutações, nomeadamente para a proteína NS5A», conclui Paula Ferreira. //



PUBLICIDADE



// INDICADORES CLÍNICOS EM HEMODIÁLISE ALVO DE CONTROVÉRSIA

Moderado pelo Prof. Edgar Almeida, diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e pelo Dr. João Aniceto, diretor clínico da NephroCare de Évora, o simpósio «Controvérsias em Nefrologia», que decorrerá hoje, na sala 1, entre as 14h30 e as 16h00, trará a debate se os atuais indicadores clínicos em hemodiálise (HD) continuam pertinentes ou se devem ser substituídos.

A defender a pertinência destes indicadores estará o Dr. Pedro Ponce, diretor da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital CUF Infante Santo, em Lisboa. «Os resultados positivos que obtivemos com os presentes indicadores na rede de unidades de diálise que coordeno [Fresenius Medical Care] demonstram a sua fiabilidade. Além disso, as novas propostas de indicadores, por aliantes que possam parecer, não têm prova científica feita. Logo, mudar para quê?», argumenta o nefrologista.

Para reforçar a sua posição, Pedro Ponce apresentará alguns gráficos com dados sobre os indicadores clínicos oficiais requeridos pela Direção-Geral da Saúde, como a dose de diálise, o tratamento da anemia, o número de



// Dr. Pedro Ponce

hospitalizações e mortalidade, entre outros, e de indicadores económicos, como os custos com a prescrição de diálise, a prescrição de medicamentos, etc., demonstrando a sua melhoria desde que toda a rede que coordena se focou nestes objetivos.

Para argumentar que os atuais indicadores clínicos em HD estão mal, tomará a palavra o Dr. José Vinhas, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo. «Na população em diálise, por exemplo, os KPI [indicadores-chave de desempenho, na sigla em inglês] são, geralmente, valores de hemoglobina, fósforo, cálcio, paratormona, ferro, albumina, duração da sessão de diálise ou medições indiretas do



// Dr. José Vinhas

estado de hidratação. Estes indicadores necessitam urgentemente de ser substituídos, uma vez que geram desperdícios substanciais e não acrescentam qualquer valor.»

Para José Vinhas, «os resultados devem ser medidos em termos de *outcomes* clínicos que sejam relevantes para os doentes, isto é, devem refletir situações que causem sintomas ou morte». E é nesse contexto que este nefrologista defenderá o uso preferencial de «indicadores de qualidade de vida relacionada com a saúde, de mortalidade ou de morbilidade, como a síndrome coronária aguda, a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral, as intervenções sobre acessos vasculares, as infeções, etc.». / Sandra Diogo

OPINIÃO

CUIDADOS PALIATIVOS SÃO UMA DECISÃO ENTRE MÉDICO E DOENTE



// Prof.ª Edwina Brown

Nefrologista no Centro de Transplante Renal do Hammer-smith Hospital, em Londres // Preletora da conferência «Cuidados paliativos em Nefrologia», que decorre hoje, na sala 1, entre as 16h00 e as 17h00

Os doentes com patologias renais em estado avançado têm uma esperança de vida reduzida, padecem de múltiplos sintomas e de comorbilidades, pelo que os nefrologistas precisam de desenvolver competências paliativas que lhes permitam prever o prognóstico, aliviar a sintomatologia e estar conscientes dos benefícios (ou não)

dos tratamentos. É importante que os médicos reconheçam os limites das técnicas intensivas, pois a sua utilização pode originar um prolongamento desnecessário do sofrimento para o doente e seus familiares.

Nesse contexto, deve ser abordado o planeamento antecipado dos tratamentos. Este é um processo de decisão conjunto entre o médico, o doente e os familiares sobre a estratégia futura a adotar. Neste âmbito, discute-se a forma como veem os cuidados de saúde e tenta-se determinar até que ponto querem continuar os tratamentos. Ou seja, se a diálise deve ou não ser iniciada ou, no caso de o tratamento já estar a decorrer, se o mesmo deve ser interrompido quando a qualidade de vida está seriamente comprometida ou quando a morte é inevitável.

Importa referir que a decisão de parar a diálise respeita quatro critérios éticos fundamentais: autonomia, benefícios, malefícios e justiça. Ao decidir com o doente quais as circunstâncias em que equaciona interromper o tratamento, o médico está a respeitar a sua autonomia. A diálise numa pessoa muito doente pode ser prejudicial e causar sofrimento, logo, a sua interrupção evita esses malefícios

e respeita os benefícios. Por fim, os recursos médicos são limitados, por isso, ao parar a diálise num doente que não tem qualidade de vida ou está numa situação de morte inevitável, esses recursos são libertados para outras pessoas que deles possam beneficiar.

Concluindo, os cuidados paliativos não são apenas para os doentes em fase terminal, mas antes constituem uma mudança no âmbito dos cuidados prestados, para que estes se direcionem ao bem-estar físico e psicológico do doente, permitindo-lhe viver de modo tão ativo e confortável quanto possível. Por isso, ser capaz de discutir o prognóstico com os doentes e familiares, para que estes percebam as limitações dos tratamentos e possam planear o futuro, deve fazer parte dos cuidados básicos prestados por qualquer equipa de Nefrologia. /

Esta conferência será moderada pela Prof.ª Helena Sá, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e pela Dr.ª Fátima Teixeira, coordenadora da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do Agrupamento de Centros de Saúde Sotavento, no Algarve.



// NECESSIDADE DE AUMENTAR A DOAÇÃO EM VIDA

Os transplantes renais de dador vivo representam ainda uma pequena percentagem dos transplantes realizados em Portugal, mas diversos estudos revelam que constituem a melhor opção para os doentes. Amanhã, entre 8h30 e as 10h00, na sala 1, especialistas desta área vão discutir estratégias para aumentar estes números.

Sandra Diogo



// Dr. Domingos Machado



// Dr.ª Rosário Stone

Abrir esta sessão, moderada pelo Prof. Joaquim Calado, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, e pela Dr.ª Margarida Bruges, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (CHLO/HSC), o Dr. Domingos Machado, coordenador da Unidade de Transplantação Renal do CHLO/HSC, fará um ponto de situação sobre a transplantação de dador vivo em território nacional. «Em Portugal, menos de 15% dos enxertos renais provêm de dadores vivos», adianta o nefrologista, que vai alertar para a importância de campanhas informativas sobre as condições de transplante de dador vivo no nosso País.

Para Domingos Machado, «esta divulgação é fundamental, de modo a permitir que sejam as pessoas a oferecerem-se para serem avaliadas como dadoras e não os doentes a solicitar que alguém lhes “ofereça” um rim». Conseguir-se a transplantação renal antecipada é uma prioridade, não só porque é «o método que assegura maiores ganhos de saúde para quem tem insuficiência renal avançada, mas também porque conduz a significativas poupanças económicas ao País», defende.

A intervenção seguinte debruçar-se-á sobre a orientação das doenças com base genética

e levantará algumas questões pertinentes, já que, no caso das nefropatias hereditárias, responsáveis por 10 a 15% dos casos de doença renal crónica, se colocam questões particulares ao nível da transplantação com dador vivo. «Do lado do dador, há que avaliar o risco de partilhar alterações genéticas e de vir a desenvolver doença renal crónica; do lado do recetor, o risco de recorrência da doença no enxerto», explica a Dr.ª Rosário Stone, coordenadora da Unidade de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), que é centro de referência para a transplantação renal pediátrica.

Na sua apresentação, esta especialista vai especificar as nefropatias hereditárias para as quais a transplantação com dador vivo familiar será ou não indicada. «Ainda que, de um modo geral, nas doenças de transmissão autossómica recessiva, a transplantação renal de dador vivo não esteja contraindicada, o risco genético deve ser avaliado de forma individual. Nas doenças de transmissão autossómica dominante, a doação só deverá efetuar-se depois da exclusão da doença no dador.»

INCOMPATIBILIDADES E INCERTEZAS

Para desmitificar alguns receios associados à doação em vida, a Dr.ª Alice Santana, nefrologista no CHLN/HSM, explicará, numa intervenção dedicada à seleção, ao prognóstico e às incertezas relativas ao potencial dador, que a morbimortalidade perioperatória associada à doação renal é reduzida e está, em geral, associada ao ato cirúrgico. «Complicações *major* estão descritas em cerca de 2% dos casos, assim como uma taxa de mortalidade de 3,1 por 10 000 doações. Relativamente à morbidade a longo prazo, os estudos são mais controversos: resultados recentes sugerem que a doação pode acarretar um risco acrescido de hipertensão arterial [HTA], HTA gestacional,

// TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL

54 transplantes de dador vivo em 2014

62 transplantes de dador vivo em 2015

3 transplantes ABO incompatíveis realizados com sucesso e sem rejeição (na Europa, até à data, foram cerca de **1 000**)

7 transplantes renais cruzados, **5** dos quais em 2015 (um deles envolveu três pares e dois hospitalares – o de Santo António e o de Santa Cruz)

17 pares ativos neste momento

pré-eclâmpsia e insuficiência renal crónica, entre outros», refere Alice Santana.

«Ampliação do *pool*: incompatibilidades ABO, cruzada» será o último tema da sessão, a cargo do Dr. Leonídio Dias, nefrologista na Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Este especialista falará sobre os recursos atuais para o sucesso destes transplantes e sobre a importância da referenciação dos pares incompatíveis às unidades de transplante, de modo a aumentar o número de dadores vivos através de transplantes não convencionais. (com incompatibilidades ABO ou HLA).

A solução passa pela identificação dos pares incompatíveis para tentar trocar os rins entre pares, ou seja, o chamado transplante cruzado. No caso do transplante ABO incompatível, é preciso retirar os anticorpos pré-formados com plasmáfereze que, associada à imunomodulação, permite o transplante a partir do momento em que tenhamos um título de isoglutaminas inferior ou igual a 1/8.

A possível combinação dos programas de transplante renal cruzado e ABO incompatível com técnicas de dessensibilização facilitará, sem dúvida, o acesso ao transplante de dador vivo a doentes dicéteis de transplantar», conclui Leonídio Dias. /



// Dr.ª Alice Santana



// Dr. Leonídio Dias

// ASSEGURAR A SOBREVIVÊNCIA DOS ENXERTOS



// Prof. Fernando Nolasco



// Dr.ª Catarina Romãozinho



// Dr.ª Inês Castro Ferreira

A presença de anticorpos contra o órgão doado e o elevado risco de infeções, problemas cardiovasculares e neoplasias nos doentes submetidos a transplante são as principais questões a abordar na sessão que decorrerá amanhã, na sala 1, entre as 10h30 e as 12h00.

Sandra Diogo

Nos últimos dez anos, a existência de anticorpos antidador adquiriu um papel extremamente relevante na evolução do transplante renal a curto e longo prazos, sabendo-se, aliás, que constitui uma das causas mais importantes de falência do enxerto. Este será o primeiro tema da sessão «Transplante renal: desafios no pós-transplante», que vai ser moderada pelo Dr. António Castro Henriques, responsável pela Unidade de Transplante do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, e pelo Dr. José Guerra, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

Na sua apresentação, o Prof. Fernando Nolasco, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, vai apresentar «dados casuísticos sobre a abordagem diagnóstica num grupo de doentes a quem foi identificada a existência de anticorpos contra o dador, em alguns casos pré-existente ao enxerto e em outros apenas posterior».

MINIMIZAR OS RISCOS

Uma vez que as infeções são uma causa importante de morbimortalidade nos doentes transplantados, o Dr. Carlos Oliveira, nefrologista na Unidade de Transplantação do Hospital Garcia de Orta, em Almada, vai apresentar estratégias para controlar esse risco, como, por exemplo, os testes de *screening*, a imunização e a medicação profilática. Simultaneamente, o especialista pretende explorar alguma controvérsia que envolve a utilização de imunossuppressores. «Esta medicação reduz as defesas do organismo contra as infeções, o que altera, por vezes, o modo de apresentação das doenças, dificulta o diagnóstico e provoca interações entre fármacos que têm

de ser previstas e monitorizadas, levando não só a um ajuste das doses, como também a um alerta para complicações e à possível interrupção da prescrição.»

A Dr.ª Catarina Romãozinho, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, abordará a questão do risco cardiovascular entre os doentes transplantados. «A doença cardiovascular é muito prevalente após o transplante, com presença e interação de múltiplos fatores de risco cardiovascular, tradicionais e não tradicionais, dos quais destaco a disfunção crónica do enxerto renal», refere a especialista. E acrescenta: «A gestão do risco cardiovascular poderá estar dificultada, no período pós-transplante, pelo facto de não existirem estudos randomizados nesta população de alto risco, com necessidade de extrapolação dos resultados obtidos para a população em geral.»

Além disso, «atualmente, é maior o risco de perda do enxerto ao fim do primeiro ano de transplante devido a um evento cardiovascular do que, por exemplo, a um fenómeno de rejeição aguda». Por isso, Catarina Romãozinho defenderá a importância de «adequar os regimes de imunossupressão que existem presentemente e que, por si

sós, agravam muitos fatores de risco pré-existent ou que culminam no seu aparecimento após o transplante».

A última intervenção será sobre a gestão do risco neoplásico e pertencerá à Dr.ª Inês Castro Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto. «Os receptores de transplante renal apresentam um risco duas a três vezes superior de desenvolvimento de neoplasias, nomeadamente cutâneas (que não o melanoma), seguidas das neoplasias associadas a vírus oncogénicos, como a doença linfoproliferativa do pós-transplante, o sarcoma de Kaposi e os carcinomas anogenitais.»

Entre os vários fatores de risco implicados, tais como a exposição solar, o tabagismo, a história prévia de neoplasia e a história familiar, a especialista pretende destacar um: a imunossupressão. «Além da influência da sua duração, diversos esquemas de indução e diferentes fármacos utilizados na terapêutica de manutenção comprometem a imunovigilância contra vírus oncogénicos e células neoplásicas, promovendo, em alguns casos, a lesão direta de ADN, bem como a ativação de citocinas pró-oncogénicas», conclui Inês Castro Ferreira. /

// PRINCIPAIS CAUSAS DE PERDA DO ALOENXERTO RENAL

- ✓ **Complicações cardiovasculares** – Indivíduos sujeitos a um transplante renal têm um risco dez vezes superior de vir a desenvolver um evento cardiovascular;
- ✓ **Infeções** – Muitas infeções ocorrem de modo previsível no tempo e podem ser evitadas ou diagnosticadas precocemente;
- ✓ **Neoplasias** – O doente transplantado tem um risco oncológico duas a três vezes acrescido, por isso, deve cumprir medidas preventivas, como a proteção solar ou a abstinência tabágica, sem descurar o autoexame e os hábitos de vida saudáveis.



PUBLICIDADE