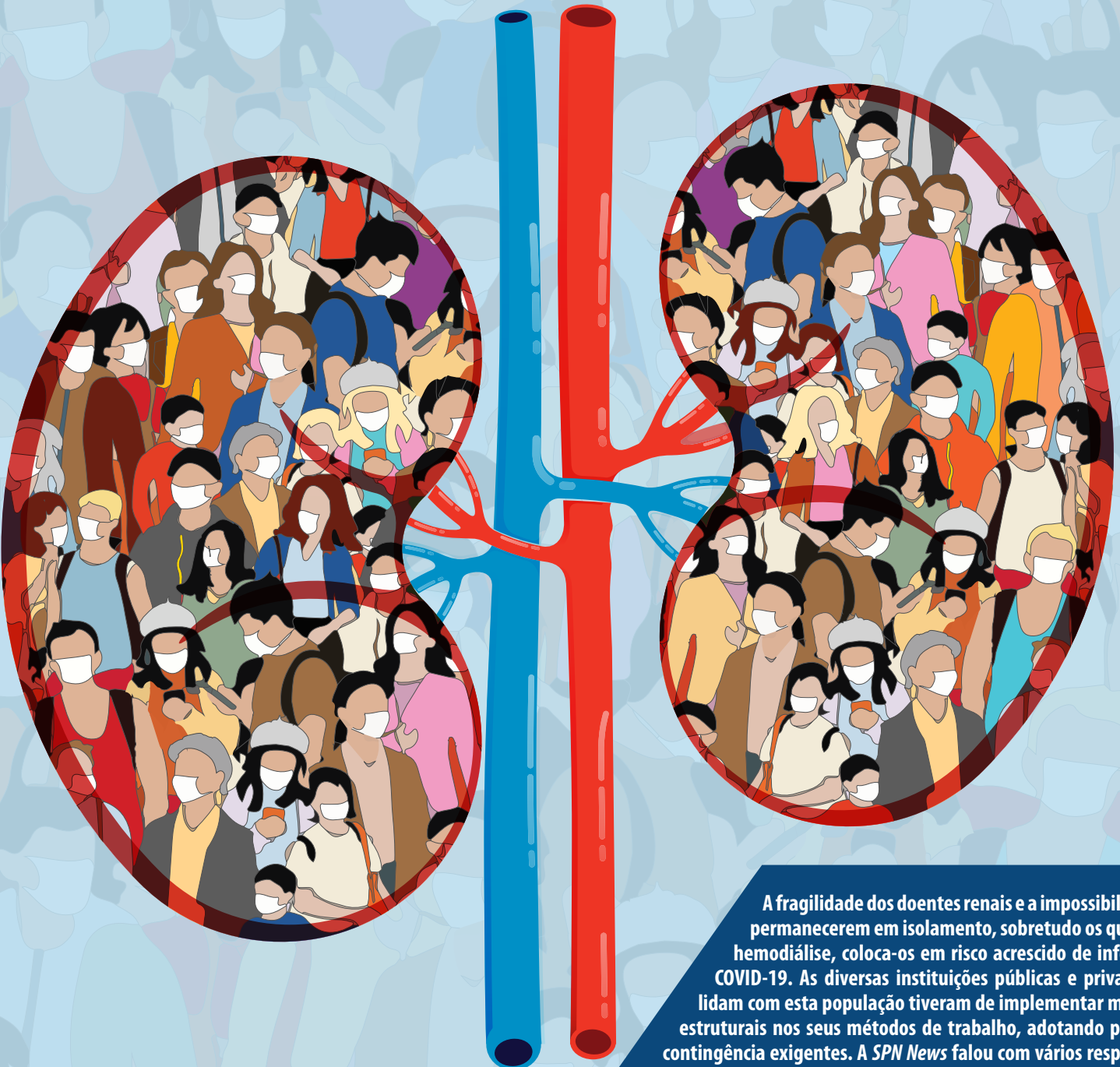


Visita à fábrica que a Vifor Pharma instalou em Alfragide e onde se produz o Veltassa® (patirómero) para quase todo o mundo. A companhia prevê fornecer entre 22 a 30 milhões de saquetas deste captador de potássio por ano **Pág.14 e 15**



REAÇÕES À PANDEMIA NAS ÁREAS DA DIÁLISE E DA TRANSPLANTAÇÃO



A fragilidade dos doentes renais e a impossibilidade de permanecerem em isolamento, sobretudo os que fazem hemodiálise, coloca-os em risco acrescido de infeção por COVID-19. As diversas instituições públicas e privadas que lidam com esta população tiveram de implementar mudanças estruturais nos seus métodos de trabalho, adotando planos de contingência exigentes. A SPN News falou com vários responsáveis das áreas da diálise e da transplantação com o objetivo de perceber o impacto da pandemia e as medidas que têm sido implementadas para o minorar **Pág.8 a 11**



PUBLICIDADE



// À ESPERA QUE ESTA ONDA AVASSALADORA SE ESBATA

É impossível escrever este editorial sem dar o relevo principal à infeção pelo SARS-CoV-2 e aos quadros de infeção COVID-19, que têm atingido os doentes urémicos portugueses e, de um modo particular, os nossos hemodialisados. Por todos os motivos que bem conhecemos, e que conseguimos transmitir nos diversos palcos onde exercemos as nossas influências, esta é, muito provavelmente, a população mais vulnerável nesta pandemia.

Graças ao trabalho da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), da Associação Nacional dos Centros de Diálise (ANADIAL), da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT) e da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), foi possível vacinar toda a população hemodialisada portuguesa em três dias do final de janeiro. Importa agradecer às autoridades sanitárias que foram sensíveis aos nossos argumentos e, muito especialmente, a todos os enfermeiros dos centros de hemodiálise, que concretizaram a vacinação de cerca de 17 000 pessoas com o máximo de eficiência e discrição.

Ficamos agora à espera da segunda dose, que, na ausência de resultados robustos em sentido contrário, na população hemodialisada, nos parece que deve ser dada entre a 3.ª e a 4.ª semana após a primeira dose. Sendo esta a população mais vulnerável, com uma deficiente resposta imunitária celular e humoral, não nos parece aconselhável o alargamento do intervalo entre doses de vacinação.

Pela primeira vez (e esperamos que não por muito mais anos), foi apresentado o registo dos doentes dialisados e transplantados com infeção por SARS-CoV-2 no primeiro semestre da pandemia (março a setembro). Neste número da *SPN News*, a presidente da SPT (Dr.ª Susana Sampaio), a presidente da CNAD (Prof.ª Anabela Rodrigues) e os

diretores clínicos nacionais dos principais prestadores de hemodiálise apresentam as diversas medidas implementadas no combate à pandemia COVID-19 e os resultados alcançados (pág.8-11).

DESTAQUES DA NOSSA ESPECIALIDADE

No nosso Encontro Renal 2020, tivemos o enorme prazer de contar com a participação da Prof.ª Rosa Moysés (entrevista na pág.12) numa fantástica conferência inaugural. A Assembleia Geral da SPN elegeu esta prestigiosíssima investigadora como o mais recente sócio honorário da nossa Sociedade. Motivo de orgulho é também o facto de termos um novo recorde de 16 nefrologistas portugueses inscritos no *European Specialty Exam in Nephrology 2021* (num total de 52 candidaturas europeias e 114 do Reino Unido). Já ultrapassámos mais de 12% de nefrologistas portugueses com esta certificação da UEMS, o que me parece notável.

Nesta edição da *SPN News*, está incluído o sumário do Registo Português de Diálise e Transplantação (pág.26), que continua a ter 100% de respostas a nível nacional, embora de dados agregados. São ainda apresentados os dados do Registo Nacional das Biópsias Renais (pág.27), para o qual todos os Serviços de Nefrologia contribuíram, constituindo uma plataforma de grande relevância para a realização de estudos epidemiológicos.

Ainda neste número, mostramos o resultado da visita da *SPN News* à nova fábrica da Vifor Pharma (pág.14), onde é feita a produção, em Portugal para todo o mundo, do novo captador de potássio patirómero (Veltassa®), que muitos de nós já estamos a utilizar, com grande sucesso, nos nossos doentes. Esta terapêutica abre-nos uma janela de oportunidade para otimizar o bloqueio do eixo renina-angiotensina-aldosterona, de forma muito eficaz e segura. Necessitamos de mais exemplos como este



// ANÍBAL FERREIRA

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

de investimento nacional com grande sucesso, na área da indústria farmacêutica. Sublinho ainda o apoio incondicional e elegante que a Vifor Pharma tem assumido como “Parceiro Platina” da SPN, contribuindo decisivamente para a nossa capacidade de proporcionar mais bolsas, prémios e projetos de investigação (este ano, voltam a ser dois, no valor de 15 000€ cada) aos nossos sócios, sobretudo aos mais jovens.

O Prof. Levi Guerra volta às páginas da *SPN News*, para nos falar do seu último livro de poemas intimistas, que muito apreciei (pág.6). Tenho o privilégio de o ter como amigo e de poder saborear a forma sábia e elegante como partilha a sua vida de 90 anos. Infelizmente, recentemente, perdemos mais um dos nossos queridos nefrologistas, o Dr. José Fernandes (pág.4). Quem com ele conviveu, sobretudo os colegas do norte, ficou seguramente marcado pelo seu carácter, a sua personalidade e a sua ironia fina.

Antecipamos um fantástico Encontro Renal 2021 e Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia, no próximo mês de outubro, em Vilamoura, sob a presidência do Prof. Rui Alves e a organização científica do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (pág.5). Estamos todos tremendamente ansiosos para, além da ciência, partilharmos a nossa amizade e alegria em presença física. //

FICHA TÉCNICA

Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia

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

Edição:



Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 • geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt • @issuu.com/esferadasideias01
Direção de projetos: Madalena Barbosa e Ricardo Pereira
Textos: Luís Garcia e Marta Carreiro
Design/paginação: Herberto Santos e Ricardo Pedro

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Depósito legal n.º 338826/12

Patrocinadores desta edição:

Baxter



Davita

VIFOR PHARMA



**Dia
Mundial
do Rim™**

**11 Março
2021**



// Viver bem com a doença renal

Celebrado a 11 de março, este ano, o Dia Mundial do Rim tem como mote “Viver bem com a doença renal”. Segundo a Dr.^a Ana Galvão, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e vogal da SPN, que coordena as iniciativas que assinalam este dia em Portugal, o objetivo passa por “aumentar a consciência sobre o tratamento substitutivo da função renal, mostrar que se deve envolver os doentes no seu próprio tratamento, encorajando-os a manter uma vida ativa e a ter um papel na sociedade, com a garantia de uma boa qualidade de vida”.

Como consequência da elevada prevalência da doença renal crónica (DRC) em Portugal, atualmente, cerca de 20 mil realizam tratamento substitutivo da função renal. Por isso, Ana Galvão considera “fundamental” a escolha do tema “Viver bem com a doença renal” para “transmitir confiança e esperança a estes doentes, levando a uma mudança de paradigma no âmbito da DRC”. Aliás, segundo o *website* oficial do World Kidney Day, o mote de 2021 vai ao encontro do objetivo primordial desta efeméride, que é alertar para a carga das doenças renais. “Ser diagnosticado com doença renal pode ser um grande

desafio, tanto para o doente quanto para as pessoas ao seu redor. O processo de diagnóstico e tratamento, particularmente em estádios avançados de doença renal, tem um impacto severo nas vidas dos doentes, reduzindo a sua capacidade de participar em atividades do quotidiano, como o trabalho, as viagens ou a socialização”, lê-se no portal <https://www.worldkidneyday.org>.

Enquanto país membro da comissão do Dia Mundial do Rim, Portugal promoverá ações de consciencialização que, devido à atual pandemia, “passarão, essencialmente, pela divulgação de mensagens de alerta e esclarecimento nas redes sociais da SPN e nos meios de comunicação social”, com o envolvimento de vários nefrologistas. Nas redes sociais, além de *posts* informativos, serão partilhados testemunhos em vídeo de doentes com DRC que têm uma vida ativa, “servindo de exemplo para toda a população que lida diariamente com esta comorbilidade”. Além disso, serão afixados cartazes de sensibilização nas zonas acessíveis aos utentes em hospitais e centros de diálise. “Independente-mente do tema central escolhido em cada ano, o Dia Mundial do Rim visa lembrar a sociedade da importância da saúde renal”, remata Ana Galvão. //

IN MEMORIAM // JOSÉ FERNANDES (12/10/1939 - 24/01/2021)

// Exemplo de humanismo e honestidade intelectual

Sem prévio aviso nem despedida, deixou-nos o Dr. José Fernandes! Guardaremos dele memória de humanismo e sabedoria, de honestidade intelectual e apurado sentido crítico, de humor (às vezes cáustico), de entusiasmo e de empreendedorismo.

José António Ferreira da Silva Fernandes nasceu no Porto. Filho de médico, licenciou-se na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) em 1965, com a classificação final de 18 valores. Em Junho de 1971, completou a formação pós-graduada no Jewish Hospital of St. Louis/Washington University Medical Center. Obteve os títulos de especialista em Medicina Interna em 1974 e de especialista em Nefrologia em 1976. No seu último ano em St. Louis foi *research fellow* da Divisão de Nefrologia do Jewish Hospital.

Regressou ao Porto e ao Hospital de São João (HSJ) em Junho de 1977. Após curta permanência no Serviço de Doenças Infecciosas, assumiu a função de assistente hospitalar de Nefrologia em Fevereiro de 1979. Um ano depois, passou um mês na Unidade de Transplantação do Serviço Renal do Guy's Hospital, em Londres, para preparar o Programa de Transplantação Renal do HSJ, cuja actividade iniciou em 1983, sob a sua coordenação, e ao qual ficou ligado até ao fim da carreira profissional.

Em parceria com a National Medical Care, José Fernandes instalou em Santa Maria da Feira uma unidade de hemodiálise para doentes em ambulatório, que iniciou actividade em 1983 e da qual foi director durante 16 anos. Visionariamente entusiasta da computação aplicada à Medicina, desenvolveu de raiz um programa informático para a clínica de hemodiálise, que foi pioneiro em Portugal. Entre 1986 e 1994, foi responsável pela assistência de Medicina Interna à Unidade de Cuidados Pós-operatórios de Cirurgia Programada do HSJ, em cuja instalação teve um papel decisivo.

Embora tenha sido docente convidado da disciplina de Clínica Médica da FMUP, José Fernandes nunca se sentiu particularmente atraído pelo ensino pré-graduado, nem pela docência universitária – a sua verdadeira motivação pedagógica era a orientação dos internos. Tornou-se figura de referência para várias gerações de nefrologistas formados no HSJ, como exemplo do que deve ser o exercício da Medicina. Era um compartilhador de conhecimento e, entre dois cigarros, explicava a fisiopatologia do rim como se estivesse recostado na ansa de Henle a relatar os movimentos fluídicos e os gradientes iónicos que decorriam à sua frente e atrás de si! Pouco mais do que residual foi o seu exercício de medicina privada em consultório, à qual faltava a exegese clínica e a partilha de conhecimentos que a medicina hospitalar lhe oferecia. Exerceu ainda funções diversas na Ordem dos Médicos.

José Fernandes aposentou-se em Março de 2007, segundo me confidenciou, “para ser avô a tempo inteiro” das duas netas e para se “refastelar no sofá a ver filmes e ouvir música”. Desde essa altura, fechou para a Medicina! //

Texto escrito pelo Prof. João Paulo Oliveira, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto



Prof. João Paulo Oliveira, Dr. José Fernandes e Dr. Neal Bricker (da esq. para a dta.), em Jerusalém, no decurso do 12.º Congresso Mundial de Nefrologia, em 1993

// O doente no centro dos desafios

Estão em curso os preparativos para o Encontro Renal 2021, que congregará o XXXV Congresso Português de Nefrologia, o XIII Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia e o XXXV Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT). Segundo o Prof. Rui Alves, presidente da Comissão Organizadora e diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o objetivo é retomar o formato presencial do encontro, que decorrerá de 13 a 16 de outubro, no Centro de Congressos de Vilamoura, mas “não se exclui a possibilidade de algumas pessoas, principalmente os *speakers* internacionais, acederem e participarem por via digital”.

Rui Alves dá conta dos nefrologistas do seu serviço que também integram a Comissão Organizadora do Encontro Renal 2021: Prof.ª Helena Sá (vice-presidente), Dr.ª Ana Galvão (secretária), Dr. Luís Freitas, Dr. Nuno Afonso, Dr.ª Helena Pinto, Dr.ª Rita Leal, Dr.ª Catarina Romãozinho, Dr. Luís Rodrigues e Dr. Pedro Maia. Também de Coimbra, o presidente honorário desta edição é o Dr. Jorge Pratas. “Ele é um sénior da Nefrologia portuguesa, que, pelas suas qualidades, merece esta distinção”, justifica o presidente do Encontro Renal 2021. No que diz respeito ao XXXV Congresso da APEDT, o seu presidente é Fernando Mata, enfermeiro-chefe do Serviço de Nefrologia do CHUC.

Relativamente ao programa científico, as diversas sessões inspirar-se-ão no lema do Encontro Renal 2021: o doente no centro dos atuais desafios da Nefrologia. “Vamos abordar alguns dos temas mais relevantes da Nefrologia, tendo sempre como principal foco o doente, quer em termos de diagnóstico quer de tratamento”, adianta Rui Alves.



Quanto ao que já está definido para cada dia, o presidente da Comissão Organizadora revela: “O primeiro dia será dedicado à terapêutica substitutiva da função renal e terá uma sessão sobre o impacto da COVID-19. No dia seguinte, debruçar-nos-emos sobre perspetivas que nos parecem interessantes e inovadoras ao nível do diagnóstico e do tratamento da doença renal, nomeadamente relacionadas com a inteligência artificial aplicada à Nefrologia. No terceiro e último dia, 16 de outubro, estará em destaque a rubrica Nefrologia de Ligação, para a qual médicos de outras áreas, como Medicina Geral e Familiar, Cardiologia e Endocrinologia, serão convidados a debater alguns temas que ligam os seus universos ao nosso. Este ano, a nefro-obstetrícia também estará presente.” //

// Destaque para o impacto da COVID-19

A decorrer de 24 a 26 de março, em formato virtual, o XV Congresso Português de Transplantação inclui palestras sobre os diversos órgãos, que serão asseguradas por oradores nacionais e internacionais, com destaque para o Brasil. A COVID-19 será, sem surpresa, abordada em várias sessões. “Quase todas as áreas do transplante estão a optar por incluir esse tema nas suas sessões. Além disso, teremos uma sessão plenária específica sobre COVID-19, na qual o Dr. Domingos Machado abordará os aspetos éticos e legais da transplantação em época de pandemia”, frisa a Dr.ª Susana Sampaio, presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT).

O impacto da infeção pelo SARS-CoV-2 em doentes imunossuprimidos e na escolha dos pares será também abordado no congresso. A SPT tenciona ainda apresentar os primeiros resultados de um estudo observacional que lançou, envolvendo todas as unidades de transplantação do país, para avaliar o modo como a COVID-19 afetou os doentes transplantados dos diferentes órgãos.

O congresso vai compreender duas sessões paralelas sobre transplantação renal. “Numa delas, discutiremos como aumentar o número de transplantes, o Centro Hospitalar e Universitário do Porto/Hospital de Santo António vai apresentar a sua experiência no transplante ABO incompatível e falaremos sobre a criação de um programa de hipersensibilizados em Portugal”, descreve Susana Sampaio. A outra sessão incidirá na componente mais cirúrgica e está a ser organizada pelo Prof. Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Já na sessão dedicada ao transplante renopancreático, serão discutidas controvérsias relacionadas com a hipocoagulação, bem como os desafios colocados pela doença cardiovascular e pela gravidez nestes doentes.

A SPT optou por um programa que ocupará apenas as partes da tarde, dada a sobrecarga de trabalho e de sessões formativas *online* a que os profissionais de saúde estão sujeitos atualmente. Ainda assim, será dada primazia à apresentação de comunicações orais. “Os colegas mais novos também têm sido sobrecarregados, não dispo de tempo para se dedicarem à investigação, como seria desejável, mas queremos dar-lhes oportunidade de apresentarem os seus trabalhos e formarem currículo”, conclui a presidente da SPT. //

XV CONGRESSO PORTUGUÊS DE TRANSPLANTAÇÃO

24, 25 E 26 MARÇO 2021

EVENTO VIRTUAL

SPT

Sociedade Portuguesa de Transplantação

Patrocinador Ouro:

astellas

Secretariado:

Norahs

www.norahsevents.pt | Email: eventos@norahsevents.pt | Tlm: +351 993 205 202



A Dr.ª Susana Sampaio comenta, em vídeo, alguns dos destaques do programa científico

// Novo livro de poesia de Levi Guerra



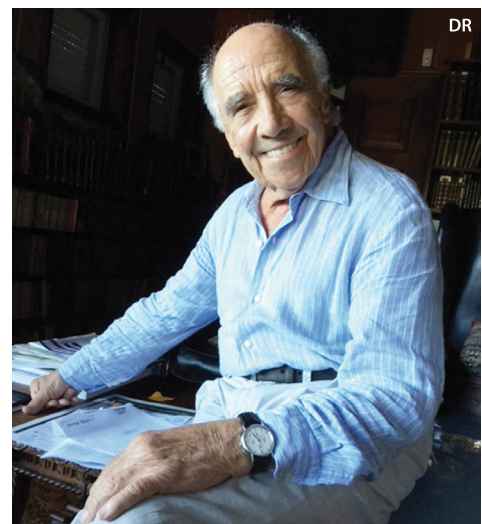
Novos rumos, novos sentires é o título do mais recente livro do Prof. Levi Guerra, nefrologista e diretor clínico da Clirenocare, em Monção, que compila uma série de poemas da sua autoria. “A ideia partiu da minha esposa, Margarida Negrais, que decidiu oferecer-me um livro no meu 90.º aniversário [celebrado em setembro de 2020], e assim nasceu esta obra, com poemas que fui escrevendo e que retratam as exalações da minha alma, o meu intimismo”, conta.

Devido às limitações impostas pela COVID-19, não houve nenhum evento de lançamento público. “A edição, a composição e a impressão do livro ficou ao nosso encargo. É uma edição especial, que disponibilizo gratuitamente a quem me solicitar [919 717 361 ou leviguerra1@hotmail.com]. Não foi difícil arranjar material para este livro, eu escrevo e leio poesia diariamente”, afirma o nefrologista. De facto, são diversas as suas referências e fontes de inspiração, desde a *Bíblia*, em especial o *Cântico dos Cânticos*, até escritores como T. S. Eliot, Luís de Camões, Fernando Pessoa, Miguel Torga e Pablo Neruda. “No teatro dramático, destaco a obra de Gil Vicente. Na prosa, para além da *Bíblia* e de textos pontifícios, não posso deixar de referir nomes como Eça de Queiroz, S. Tomás de Aquino e outros filósofos, Thomas

Merton, Gabriel Garcia Marquez, Thomas Mann, Karl Rahner, Alexandre Herculano e António Ferreira Gomes. Já ao nível da literatura histórica, sublinho as obras de Veríssimo Serrão, Damião Peres e Franco Nogueira.”

A faceta artística de Levi Guerra não se esgota na escrita; a pintura é também uma atividade muito presente na sua vida. Aliás, segundo revela, está quase a terminar a figuração da trilogia das Barcas de Gil Vicente (*Auto da Barca do Inferno*, *Purgatório* e *Glória*). “Pinto quase todos os dias, conciliando com a escrita e a leitura. Uma das pinturas que destaco, entre as mais recentes, é a figuração d’*Os Lusíadas*, em dez telas de 130x100cm, que já esteve exposta em nove cidades portuguesas.”

Em entrevista à *SPN News*, Levi Guerra, fundador e ex-diretor dos Serviços de Nefrologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/ Hospital de Santo António e do Centro Hospitalar Universitário de São João, que, em 2013, foi distinguido com o Prémio Nacional de Saúde, rematou com a seguinte mensagem: “Que ninguém deixe de se lançar na arte, pois todos podemos deixar a nossa impressão, para que fique registada, juntamente com os nossos ideais e a nossa admiração pelo belo.” //



// Joana Gameiro doutorou-se com estudo sobre LRA

Um estudo epidemiológico sobre a lesão renal aguda (LRA) em doentes sépticos críticos e em doentes submetidos a cirurgia abdominal *major* resultou na tese de doutoramento da Prof.ª Joana Gameiro, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM), defendida no Centro Académico de Medicina de Lisboa, a 28 de janeiro passado. Além de averiguar a incidência da LRA, o trabalho visou avaliar a associação entre comorbilidades específicas ou alterações laboratoriais e o impacto no diagnóstico e na mortalidade.

Ao todo, foram avaliadas retrospectivamente quatro populações: duas de doentes sépticos e duas de doentes submetidos a cirurgia abdominal *major*. Na primeira população, constituída por 456 doentes sépticos críticos, a incidência de LRA foi muito significativa (87%). “Alguns dos principais preditores de diagnóstico de LRA foram *scores* de gravidade mais elevados, necessidade de suporte aminérgico, albumina mais baixa e lactatos mais elevados à admissão. Também é importante salientar que os doentes obesos são cada vez mais prevalentes na população com maior risco de desenvolver LRA”, explica

Joana Gameiro. A nefrologista identificou que um rácio de neutrófilos, linfócitos e plaquetas elevado aquando da admissão em Unidade de Cuidados Intensivos é preditor de maior risco de mortalidade. Além disso, “doentes que não recuperaram totalmente a função renal após o episódio de LRA tiveram maior risco de declínio da função renal e de mortalidade a longo prazo, num *follow-up* médio de quatro anos”.

A segunda população estudada incluiu 190 doentes hospitalizados com COVID-19 entre março e maio de 2020, dos quais 55% desenvolveram LRA e, destes, 28% faleceram no internamento. A gravidade e a duração da LRA foram fatores preditores independentes de mortalidade. Na terceira população estudada, de 450 doentes submetidos a cirurgia abdominal, a incidência de LRA foi de 22%. Nesta população, um rácio de neutrófilos, linfócitos e plaquetas mais elevado nas primeiras 12 horas do pós-operatório constituiu fator de risco para desenvolvimento de LRA. Novamente, a mortalidade foi superior nos doentes com LRA e tanto a gravidade como a duração do episódio foram marcadores de mortalidade. Numa análise destes doentes, com um *follow-up* médio de cinco anos, a LRA foi um fator preditor de declínio da função renal e de maior mortalidade a longo prazo.

O quarto grupo analisado no projeto de doutoramento de Joana Gameiro foi o único sem doentes do CHULN/HSM, mas sim 165 indivíduos submetidos a cirurgia abdominal no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora. Nesta população, não se verificou correlação entre a diminuição do débito urinário intraoperatório e o desenvolvimento de LRA pós-operatória. “A mensagem principal que retiro do trabalho é a crescente incidência de LRA e o impacto significativo que esta patologia tem no prognóstico a longo prazo, pelo que é essencial aumentar a referenciação à consulta de Nefrologia após a alta hospitalar e melhorar o seguimento destes doentes”, conclui Joana Gameiro. //



Programa Avançado de Investigação Clínica em Nefrologia

PAIC

O novo desafio
em investigação
clínica



Desde o dia 9 de novembro de 2020, e até ao verão de 2021, que o primeiro Programa Avançado de Investigação Clínica (PAIC) em Nefrologia está aberto a inscrições. O Prof. Aníbal Ferreira e a Prof.ª Ana Macedo, coordenadores do curso, comentam as características diferenciadoras desta formação e os seus aspetos práticos.

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e a Keypoint lançaram o primeiro PAIC em Nefrologia. O curso, que se encontra disponível para inscrição através do *website* <http://academia.keypoint.pt/nefro> e decorre até ao final deste ano, “é totalmente digital e destina-se, sobretudo, a internos e recém-especialistas de Nefrologia; contudo, está aberto a todos os profissionais de saúde interessados em alargar os seus conhecimentos neste âmbito”, explica o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN.

O também nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral destaca a flexibilidade de assistência aos módulos disponibilizados *online* e da duração da formação, que pode ser realizada num período de quatro a seis meses, conforme a agenda e os compromissos de cada formando. As inscrições estão abertas até ao verão, para que todos os participantes possam terminar a formação até dezembro de 2021. Segundo Aníbal Ferreira, “existe um enorme interesse formativo e curricular à volta deste programa, porque poderá abrir portas à realização de mais e melhores trabalhos de investigação nos locais onde os participantes trabalham”.

Outro aspeto importante do PAIC em Nefrologia é que, graças a um apoio concedido pela Mundipharma à SPN, a inscrição é gratuita. “Temos a expectativa de um número muito elevado de participantes e de envolver alguns nefrologistas como formadores, para discutir a forma como se apresentam e publicam os resultados dos trabalhos de investigação. Obviamente que a formação da Prof.ª Ana Macedo, com o apoio da Keypoint, terá um fortíssimo enfoque na área da estatística e da avaliação, por exemplo, de estudos médicos sob o ponto de vista da análise dos métodos”, esclarece o presidente da SPN.

Segundo a Prof.ª Ana Macedo, diretora científica da Keypoint e professora auxiliar na Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve, o programa desta formação “explora a investigação clínica de A a Z”. Tendo como formadores médicos, especialistas em estatística e em engenharia de software, o PAIC em Nefrologia é constituído por quatro módulos (ver caixa), cada um com quatro sessões, sendo necessário terminar a sessão anterior para poder avançar para a seguinte. No final de cada sessão, existe um *quiz* ou um exercício de aplicação para aferir os conhecimentos adquiridos e, no final de cada módulo, um exercício de avaliação. O curso culmina com a elaboração de um protocolo para um estudo clínico no âmbito dos fatores associados à progressão da doença renal.

A coordenadora também esclarece que “a maioria das 280 horas desta formação corresponde a tempo de trabalho autónomo do aluno para realizar os diversos exercícios práticos de cada módulo”. O curso foi desenhado para uma duração de 16 semanas, mas tem um limite mínimo de 10 (“para que haja tempo de consolidar as aprendizagens”) e um limite máximo de 24 semanas.

Além dos materiais obrigatórios, como os vídeos das sessões dos quatro módulos, exercícios de aplicação e exercícios de avaliação, estão disponíveis recomendações bibliográficas, para auxiliar na realização dos exercícios práticos. “Também lançamos o desafio aos formandos para que realizem os exercícios de diversas formas, desde documentos em word até vídeos e *podcasts*, fazendo uso das novas formas de comunicação desta era digital que veio para ficar”, remata a diretora científica da Keypoint. //

// MÓDULOS

// 1: Investigação clínica em Nefrologia

- Estudos clínicos em Nefrologia: objetivos, *endpoints* e população;
- Desenho de estudos clínicos aplicados à área da Nefrologia;
- Exercício de aplicação: desenho do conceito de um estudo observacional sobre a diabetes no doente renal.

// 2: Aspetos práticos da investigação clínica em Nefrologia

- Aspetos operacionais aplicados a estudos clínicos em Nefrologia;
- Amostragem em estudos clínicos de Nefrologia;
- Estatística descritiva em estudos clínicos de Nefrologia;
- Exercício de aplicação: sinopse de um estudo observacional sobre os fatores de risco cardiovascular no doente renal.

// 3: Análise de dados em estudos clínicos de Nefrologia

- Comparar resultados em estudos clínicos de Nefrologia;
- Análises multivariadas em estudos clínicos de Nefrologia;
- Arquitetura estatística de estudos clínicos de Nefrologia;
- Exercício de aplicação: definição do plano de análise estatística para o estudo observacional sobre a diabetes no doente renal.

// 4: Comunicação de dados em estudos clínicos de Nefrologia

- Aspetos éticos, regulamentares e de farmacovigilância em estudos de Nefrologia;
- Boas práticas clínicas aplicadas a estudos clínicos de Nefrologia;
- Comunicação de resultados de estudos clínicos em Nefrologia;
- Exercício final: conceção de protocolo para um estudo clínico sobre os fatores associados à progressão da doença renal.

// Colaboração entre setores tem minorado impacto da COVID-19 nos doentes com DRC

O impacto da pandemia de COVID-19 na área da transplantação renal foi muito significativo, com uma redução de cerca de 30% da atividade até novembro de 2020, em comparação com o período homólogo do ano anterior. No que respeita à diálise, a colaboração entre profissionais e instituições dos setores público e privado permitiu apostar na antecipação dos piores cenários e implementar medidas atempadas. O resultado foi a minimização da morbilidade e da mortalidade relacionadas com o novo coronavírus na população com doença renal crónica (DRC), apesar do perfil de risco destes doentes. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer e os indicadores deste ano poderão ser piores do que os de 2020, como acreditam os nove especialistas entrevistados para este artigo.

Luís Garcia

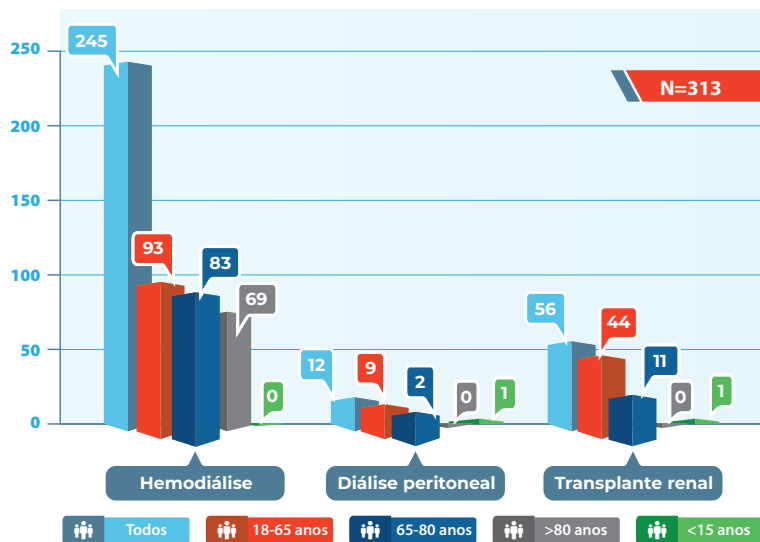
Neste momento, a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) apenas tem dados consolidados sobre o impacto da COVID-19 nos doentes em diálise e transplantados relativos ao primeiro semestre de 2020. De acordo com o Registo da Doença Renal Terminal, do total de aproximadamente 20 mil doentes em tratamento substitutivo da função renal, foram registados 313 casos de infeção pelo vírus SARS-CoV-2 nos seis primeiros meses do ano. “A maioria verificou-se nos doentes em hemodiálise (245), o que dá uma incidência de cerca de 2%. No grupo da diálise peritoneal registaram-se 12 casos (incidência de 1,6%) e no da transplantação renal 56 (incidência de 0,6%)”, refere a **Dr.ª Ana Galvão**, coordenadora deste registo da SPN.

À luz destes números, é possível inferir que os casos de COVID-19 na população com DRC corresponderam a apenas 0,6% do total de infeções ocorridas em Portugal até 30 de junho de 2020. Na ótica de Ana Galvão, este valor reflete a preocupação que os nefrologistas revelaram, desde o início da pandemia, para protegerem doentes que conjugam várias doenças e fatores de risco.

No primeiro semestre de 2020, 30% dos doentes com DRC infetados por SARS-CoV-2 permaneceram assintomáticos, 32,5% não necessitaram de internamento e 10,9% tiveram de ser internados em unidades de cuidados intensivos. A letalidade foi de 17,9%, representando 3,2% do total de óbitos por COVID-19 em Portugal.

//// DOENTES EM DIÁLISE OU TRANSPLANTADOS COM COVID-19 EM PORTUGAL

1 de janeiro a 30 de junho de 2020



As comorbidades mais comuns nos doentes com DRC infetados foram a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares.

De acordo com dados fornecidos pela Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), que representa mais de 90% das clínicas de hemodiálise no nosso país, em todo o ano de 2020, foram identificados 797 casos de infeção por COVID-19 nos doentes em tratamento de hemodiálise, correspondendo a uma incidência de 7,6%. A taxa de letalidade nestes doentes situa-se nos 11,2%. Em meados de janeiro de 2021, foram enviados novos inquéritos a todas as unidades hospitalares e convencionadas de hemodiálise, diálise peritoneal e transplantação, para que a SPN possa completar o registo de 2020, cujos dados serão revelados posteriormente. De qualquer forma, Ana Galvão admite que a incidência anual de COVID-19 seja “significativamente mais elevada” do que a verificada no primeiro semestre.

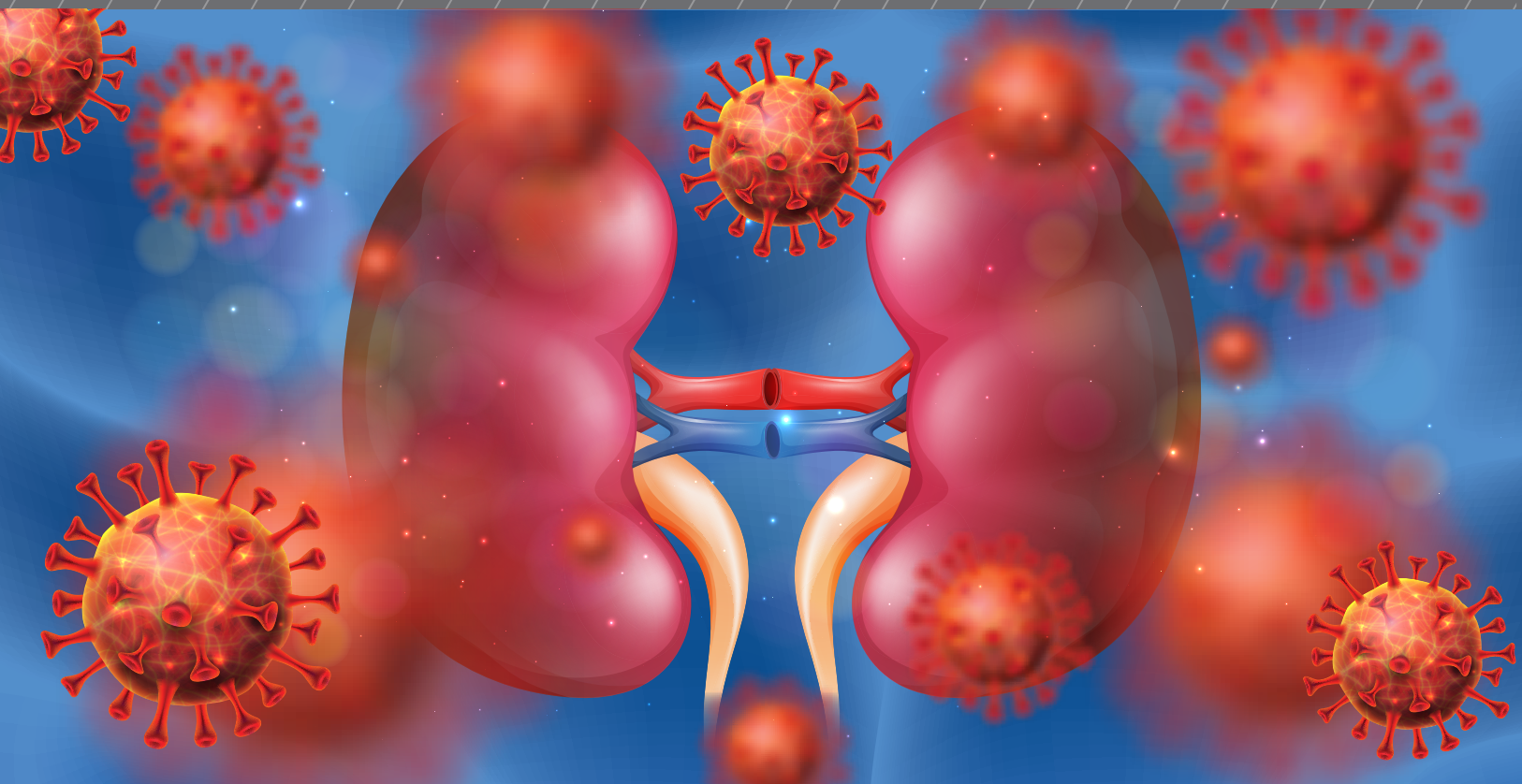
REPERCUSSÕES NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

Na atividade de transplante renal, o impacto da pandemia foi muito forte, à semelhança do que se verificou a nível internacional. Quando se registaram os primeiros casos de COVID-19 em Portugal, no mês de março, o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, com a concordância da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), decidiu suspender toda a atividade de transplantação não urgente ou emergente, incluindo os transplantes renais. “Na altura, não sabíamos como iria desenrolar-se a pandemia, quais as suas consequências e qual o impacto do vírus nos doentes transplantados, principalmente pela utilização de imunossupressão”, explica a **Dr.ª Susana Sampaio**, presidente da SPT.

Na primeira fase da pandemia, registou-se uma diminuição de 50 a 60% no número de transplantes renais realizados no nosso país, em comparação com o período homólogo do ano anterior. A partir de maio, com o declínio do número de casos de COVID-19, a atividade foi retomada, mas a um ritmo inferior ao que se verificava antes da pandemia. Até ao início de novembro, os dados apontam para uma redução de cerca de 30% no transplante renal, face ao período correspondente de 2019.

Admitindo que só uma análise mais cuidada poderá esclarecer melhor as causas para a lentidão da retoma da atividade de transplantação, a também nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, aponta o “esgotamento das equipas hospitalares e de cuidados intensivos”, resultando numa diminuição da capacidade para sinalizar potenciais dadores, como uma das possíveis causas. “Por outro lado, verificamos que, quando adoecem, as pessoas recorrem menos ao Serviço de Urgência e fazem-no numa situação clínica bastante agravada, já sem condições de darem entrada em Unidades de Cuidados Intensivos [UCI], onde podem ser potenciais dadores se entrarem em morte cerebral. Ou então nunca chegam a recorrer à Urgência e acabam por falecer no próprio domicílio”, acrescenta a presidente da SPT.

Antes da pandemia, “estava a verificar-se um grande aumento do número de transplantes realizados por ano, muito à custa da implementação do Pro-



grama de Dador em Paragem Cardiocirculatória, que, em algumas unidades, contribuía para quase 30% dos potenciais dadores”, lembra Susana Sampaio. No entanto, com a pandemia, esse tipo de colheita esteve suspenso durante alguns meses, dada a incerteza sobre o potencial risco de infeção por COVID-19 para o recetor. “Com o tempo, fomos percebendo que os testes são fiáveis, com um risco de falso negativo relativamente baixo, pelo que retomámos a atividade de colheita”, acrescenta.

Segundo a presidente da SPT, alguns pares recetor/dador vivo também preferiram adiar o transplante até à situação ficar mais estável. Neste âmbito, foi necessário adaptar os procedimentos, de modo a evitar que os doentes estivessem infetados no dia de realização do transplante. “Este processo implica a realização de um teste entre dez dias e duas semanas antes da cirurgia programada. Depois, os pares são alertados de que têm de permanecer em isolamento, sem contactos, para não correrem o risco de contrair o vírus nesse intervalo. Na véspera do internamento, realiza-se um novo teste para confirmar se o dador e o recetor continuam negativos”, explica Susana Sampaio. Estes novos procedimentos implicam maior disponibilidade da parte do dador e do recetor, que precisam de estar em teletrabalho, com baixa médica ou de férias durante cerca de duas semanas antes da cirurgia.

Olhando para o cenário atual nos hospitais, Susana Sampaio antevê um ano de 2021 ainda “bastante complicado”, sobretudo devido à grande pressão que a COVID-19 coloca sobre as UCI, que são essenciais no reconhecimento de potenciais dadores de órgãos. “Temos uma luz ao fundo do túnel que é a vacinação, mas vai demorar até obtermos uma imunidade geral. Por isso, penso que, este ano, ainda não atingiremos números semelhantes aos da pré-pandemia”, avança. As consequências só poderão ser cabalmente avaliadas no futuro, mas serão certamente negativas. “O aumento do tempo em lista de espera para transplante renal leva ao agravamento da doença cardiovascular e a redução da sobrevivência do doente em diálise”, frisa a presidente da SPT.

Apesar das dificuldades, Susana Sampaio reconhece os ganhos de experiência e conhecimento com esta pandemia. “Hoje, temos os planos de contingência montados, com procedimentos escritos. A adaptação das consultas de pré e pós-transplante envolveu a criação de circuitos de fornecimento de medicamentos a nível hospitalar, a marcação de análises e o

agendamento de consultas, com circuitos separados. Esta é uma aprendizagem adquirida que poderá facilitar os procedimentos em futuras situações com características semelhantes”, refere.

RESPOSTAS DOS PRESTADORES DE DIÁLISE

Já no âmbito da diálise, os operadores privados reconhecem que foram apanhados de surpresa pela força da pandemia, numa primeira fase, à semelhança da restante sociedade. A NephroCare, por exemplo, tinha uma estrutura montada para a prevenção de infeção, com um gabinete centralizado para o efeito e planos de contingência globais e locais, além de protocolos desenvolvidos para doenças como a gripe A ou o ébola. Mas estes protocolos revelaram-se insuficientes perante a dimensão da pandemia de COVID-19. “Estes planos pareciam dar-nos grande autoridade e maturidade, como grupo, mas rapidamente percebemos que éramos muito bons em teoria, mas relativamente fracos na prática, até porque nenhuma das outras realidades teve um impacto tão importante como esta”, admite o **Dr. Pedro Ponce**, diretor médico da NephroCare Portugal. //

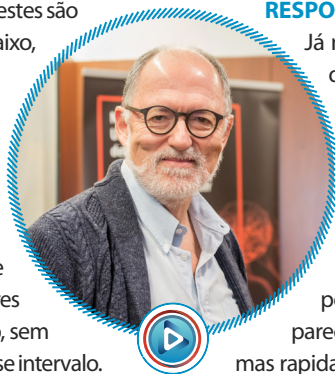
// NÚMEROS DA PANDEMIA

- // **313** doentes transplantados ou em diálise tiveram COVID-19 na primeira metade de 2020*
- // **17,9%** de mortalidade devida a esta infeção*
- // **32,5%** dos doentes com DRC infetados por SARS-CoV-2 não necessitaram de internamento*
- // **10,9%** foram internados em unidades de cuidados intensivos*
- // **797** casos de COVID-19 nos doentes que fazem hemodiálise nos centros representados pela ANADIAL em todo o ano de 2020**
- // **7,6%** de incidência da infeção nestes doentes e **11,2%** de letalidade**
- // **30%** de redução dos transplantes renais realizados***

*De janeiro a junho de 2020, segundo o Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**De janeiro a dezembro de 2020, apenas nos doentes que fazem hemodiálise nos centros de diálise representados pela ANADIAL, segundo dados desta associação

***De janeiro a novembro de 2020, por comparação com período homólogo de 2019



No entanto, os operadores privados de diálise foram muito rápidos na reação a esta crise, antecipando-se, quase sempre, às medidas das próprias autoridades de saúde. “Logo no início de janeiro de 2020, reativámos o nosso gabinete de crise, que estava ‘hibernado’. Ao longo desse mês, estivemos muito atentos ao que estava a acontecer na China e iniciámos imediatamente uma resposta”, explica o Enf.º João Fazendeiro Matos, diretor de Enfermagem e do Gabinete de Crise da NephroCare Portugal. “Preparámos documentação para quem está no terreno, iniciámos o processo de formação sobre como enfrentar a crise, antecipámos a necessidade de equipamentos de proteção individual [EPI], a separação de circuitos e a preparação de planos de contingência de cada unidade”, acrescenta.

Na Diaverum, a constituição de um plano de contingência para o novo coronavírus, cuja primeira versão data de 31 de janeiro de 2020, foi uma prioridade. Esta empresa criou uma equipa de crise, bem como um sistema eletrónico para registar todos os casos. Aliás, esta base de dados serviu de suporte ao primeiro trabalho científico sobre a experiência com a COVID-19 nos 22 países onde a Diaverum opera, que já foi publicado no *Clinical Kidney Journal*.

A adoção de um plano de contingência para cada centro de diálise foi um desafio. “Em todas as clínicas, foi necessário analisar a capacidade máxima, definir novos circuitos, cancelar serviços não essenciais, aumentar as áreas de espera, rever os transportes, a distância entre as pessoas e a disponibilidade de recursos humanos. Foram adotadas normas muito rigorosas de controlo e proteção da infeção, bem como procedimentos de triagem”, explica o **Dr. Fernando Macário**, *chief medical officer* da Diaverum Global.

Segundo o responsável, “a comunicação interna e externa foi centralizada e gerida de acordo com a situação, de forma transparente e realista”. Desta política de comunicação fez também parte a disponibilização pública do plano de contingência da companhia, como contributo para outras instituições. Além disso, todos os doentes não testados pelo Serviço Nacional de Saúde tiveram oportunidade de fazer testes de antigénio disponibilizados pela Diaverum.

Antecipar foi também a palavra de ordem na DaVita, que publicou as primeiras medidas do seu plano de contingência a 30 de janeiro de 2020. “Em fevereiro, lançámos mais algumas medidas e, no dia 2 de março, quando foram diagnosticados os dois primeiros casos de COVID-19 em Portugal, lançámos um plano de contingência já alargado e muito bem estruturado”, refere o **Prof. João Frazão**, diretor médico nacional da DaVita.

Uma das prioridades desta empresa foi a formação dos profissionais e dos doentes, com grande aposta na “motivação para um comportamento social responsável”. “Naturalmente, houve necessidade de criar circuitos distintos e capacidade para tratar em isolamento os doentes suspeitos, aqueles com necessidade de quarentena e os que eram positivos para o SARS-CoV-2, protegendo os restantes doentes e profissionais”, explica João Frazão.

O outro principal eixo de intervenção da DaVita é a triagem ativa dos doentes. “As clínicas contactavam os doentes antes que se dirigissem ao centro de diálise, para saber se tinham sintomas ou alguma interação de risco. E também passou a ser feita uma triagem ativa à entrada de cada centro: ninguém entra sem que seja medida a temperatura e sem responder a um questionário de sinais, sintomas e de identificação de contactos com pessoas positivas ao SARS-CoV-2. Inicialmente, houve quem questionasse a necessidade destas medidas, mas verificámos que é mesmo necessário repetir as perguntas

diariamente, porque tivemos várias situações em que um doente se esquecia, por exemplo, de que a esposa estava positiva – e a situação era detetada na triagem”, explica a **Enf.ª Fátima Silva**, diretora de Serviços Clínicos da DaVita.

FALTA DE EPI E RISCO NO TRANSPORTE DE DOENTES

De acordo com os responsáveis das três principais redes de diálise em Portugal, um dos aspetos mais críticos da resposta à pandemia foi a falta de equipamentos de proteção individual (EPI) na fase inicial. “Ou não havia EPI no mercado ou os seus preços eram completamente especulativos. As máscaras ainda não eram utilizadas de forma generalizada quando começámos a distribuí-las aos doentes e a dar indicações e treino para o seu uso correto durante todo o percurso, desde que saíam de casa para o tratamento de hemodiálise até que regresavam. Tivemos de andar literalmente a contar máscaras, porque sabíamos que eram fundamentais para continuarmos a trabalhar”, recorda João Frazão.

Segundo Fernando Macário, a Diaverum chegou a fretar um avião para ir diretamente buscar materiais de proteção à China, que depois distribuiu pelas suas clínicas na Europa.

Outra dificuldade comum foi o risco de contágio dos doentes nos transportes. Por muito cuidado que cada clínica pudesse ter na gestão dos seus utentes, o risco era elevado quando se juntavam com doentes de diferentes instituições na mesma carrinha. A criação da norma da Direção-Geral da Saúde que regulou o transporte, limitando o número de doentes por veículo, mitigou o risco. Ainda assim, os prestadores de diálise consideram que o ideal seria criar as condições para o transporte individualizado.

Apesar de a gestão do transporte de doentes não fazer parte das competências dos centros de diálise, os prestadores procuraram fazer o que estava ao seu alcance para otimizar recursos e minimizar riscos. E chegou a haver articulação entre diferentes prestadores, como exemplifica Pedro Ponce: “A unidade de diálise que eu dirijo diretamente [NephroCare Lumiar, em Lisboa] está a menos de um quilómetro de uma unidade da concorrência. Por isso, muitos doentes são transportados por empresas independentes que os levam, juntos, para uma e para a outra clínica. Na fase inicial da pandemia, eu e a colega que dirige essa unidade mantivemos uma grande colaboração, avisando-nos mutuamente sempre que havia um caso positivo que pudesse estar em contacto com doentes da outra clínica.”

A colaboração entre diferentes empresas e destas com as autoridades de saúde é, de resto, o aspeto mais consensual entre os responsáveis pelas redes de diálise contactados pela *SPN News*. A Diaverum, por exemplo, transformou a sua clínica de Linda-a-Velha, entretanto desativada, num espaço inteiramente dedicado a doentes positivos ao SAR-CoV-2.

“O propósito foi assegurar o tratamento dialítico a todos os doentes infetados, independentemente da empresa à qual pertencesse a sua clínica de origem. Este centro recebeu já mais de 300 doentes, a maioria de clínicas da Diaverum, mas também da NephroCare e da DaVita, bem como pessoas que iniciaram hemodiálise nos hospitais, tendo diagnóstico de COVID-19 e não estando clinicamente curadas, que fizeram diálise no centro de Linda-a-Velha até à cura clínica”, explica o **Prof. José António Lopes**, diretor médico das clínicas Diaverum de Linda-a-Velha e Loures. Neste segundo centro, foi criado um turno de diálise reservado a doentes que tivessem sido expostos a um contacto de risco e que ali podiam cumprir um período de quarentena.



DEDICAÇÃO “INEXCEDÍVEL” DOS PROFISSIONAIS

Em 2020, a conjugação das diversas medidas implementadas resultou num cenário menos negativo do que seria de esperar. Na DaVita, após um período inicial, em março, com um surto numa das clínicas da região do Porto, as medidas implementadas permitiram manter o número de casos de COVID-19 a um nível bastante baixo e evitar o contágio secundário de doentes nas clínicas, com bem mais de 90% das infeções a serem contraídas na comunidade. Na NephroCare e na Diaverum também foi possível manter um controlo relativo, com as clínicas portuguesas entre as que menos casos registaram, a nível internacional.

Para esta realidade muito contribuiu o esforço dos recursos humanos, apesar de grande parte dos profissionais de saúde das clínicas também trabalhar em hospitais, onde se tem sentido em pleno o peso da pandemia. Forçados a ultrapassar o receio pela sua própria saúde e pela dos seus familiares, médicos, enfermeiros e técnicos não “abandonaram o barco” e ainda se disponibilizaram para trabalhar mais, em condições particularmente adversas. “Houve enfermeiros a fazer turnos em clínicas fora do seu distrito, sem uma remuneração adicional muito interessante”, exemplifica Pedro Ponce. É natural, portanto, que os responsáveis não poupem em adjetivos elogiosos para descrever a dedicação dos profissionais neste período, desde “inexcedível” a “incansável”, salientando a sua “dedicação à causa da pessoa doente e à causa pública”.

Dos períodos mais difíceis também é possível tirar lições.

O **Enf.º João Fazendeiro Matos** identifica essencialmente duas: a relevância da formação dos profissionais e dos doentes, por um lado, e a importância da comunicação transversal a toda a organização. “Apesar das circunstâncias, conseguimos comunicar mais e melhor entre clínicas neste período de pandemia, partilhando dificuldades e boas práticas, o que tem sido uma grande ajuda”, refere o enfermeiro.

Fernando Macário reforça o papel que a transformação digital está a ter na comunicação e na organização das instituições. “O contacto humano é extraordinariamente importante e esperamos ansiosamente que possa ser retomado, mas as plataformas digitais de comunicação permitem-nos fazer quase tudo à distância”, refere. Na ótica do nefrologista, esta crise sanitária também tornou ainda mais claro que as prioridades da rede de prestação de diálise são efetivamente os seus doentes e funcionários, pelo que “tudo deve ser feito para proteger a sua saúde”.

João Frazão salienta a importância do trabalho em rede aliado ao espírito de colaboração e solidariedade vivido nesta pandemia. Este responsável antevê também que algumas das medidas de controlo de infeção adotadas neste período se manterão no futuro, dado que “podem proteger os doentes de situações tão comuns como a gripe sazonal”.

NECESSIDADE DE CONVERGÊNCIA NA MUDANÇA

Por sua vez, a presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD), **Prof.ª Anabela Rodrigues**, destaca o “grande sentido de responsabilidade” e a prontidão de resposta das instituições na área da diálise, que demonstram a complementaridade entre os setores público e convencional. “A eficácia do processo de vacinação dos doentes em diálise foi sinal disso mesmo e traduz também a boa mediação da CNAD junto das entidades decisoras. A convergência de todos os prestadores de diálise no objetivo de proteção dos doentes e dos profissionais viabilizou o facto notável de todos terem recebido a primeira dose da vacina em poucos dias”, refere.

Por outro lado, a também nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António considera que a pandemia tornou evidente “a precariedade de algumas condições estruturais das unidades hospitalares de diálise”, nomeadamente a escassez de recursos humanos. Anabela Rodrigues aponta ainda para a importância de a norma da Direção-Geral da Saúde manter como prioritárias, durante a pandemia, as cirurgias de colocação de acessos para diálise.

A presidente da CNAD também considera ser oportuno integrar, ainda na fase de pandemia, mas também posteriormente, medidas de governação clínica e económica, com vista à melhoria da qualidade do setor. “É importante rever o modelo de pagamento, nomeadamente à luz do encargo e do esforço prestados pelo setor convencional na pandemia. E também ter em conta a necessidade de equacionar modelos custo-eficientes de transporte individual de doentes”, defende. Outra medida importante é a revisão da portaria que regula o licenciamento de unidades de diálise, as quais “deverão ser criadas na base da necessidade e da diferenciação, sem morosidade, devendo priorizar-se o licenciamento de unidades que ofereçam tratamentos domiciliários e integrados”.

Na opinião de Anabela Rodrigues, a crise sanitária tornou também mais evidentes as vantagens da diálise domiciliária, que, seja hemodiálise ou diálise peritoneal, mitiga o risco clínico em situação pandémica e deve ser equacionada, até como medida de gestão de recursos humanos e financeiros. Para a presidente da CNAD, um preço compreensivo ajustado em função da percentagem de prestação de hemodiálise e diálise peritoneal domiciliárias seria “uma proposta oportuna”.

“É necessária a concertação de esforços com vista a tratamentos mais individualizados, seguros e sustentáveis, com ganhos para o doente, os profissionais e a sociedade”, remata. //



DR



// ALGUMAS RESPOSTAS DOS PRESTADORES DE DIÁLISE À PANDEMIA

- ✓ Criação ou reforço de gabinetes de crise;
- ✓ Aquisição de equipamentos de proteção individual em fornecedores alternativos;
- ✓ Disponibilização de máscaras aos doentes;
- ✓ Definição de planos de contingência globais e para cada clínica, com acesso público, em alguns casos;
- ✓ Adoção generalizada de medidas de desinfecção e higienização;
- ✓ Formação de profissionais e doentes sobre cuidados preventivos da infeção por SARS-CoV-2;
- ✓ Avaliação diária dos recursos humanos disponíveis e gestão do absentismo laboral;
- ✓ Triagem pró-ativa (telefónica e presencial) dos doentes com sintomas de COVID-19 ou com contactos de risco;
- ✓ Testagem gratuita dos doentes não testados pelo Serviço Nacional de Saúde;
- ✓ Criação de espaços para isolamento dos doentes positivos ou com suspeita de infeção;
- ✓ Redução do número de pessoas nas clínicas;
- ✓ Alargamento dos horários de funcionamento;
- ✓ Cancelamento de serviços não essenciais;
- ✓ Centralização e planeamento da comunicação;
- ✓ Colaboração contínua com as autoridades de saúde;
- ✓ Troca de informação com outras unidades de diálise, inclusive de empresas concorrentes;
- ✓ Reforço dos meios tecnológicos para facilitar a comunicação entre profissionais.



Assista aos vídeos com algumas declarações-chave dos nove entrevistados deste artigo assinalados com o ícone

“Os doentes com DMO associada a DRC têm um elevado risco de morte, por isso, não devem ser menosprezados”



DR

A Prof.ª Rosa Moysés, nefrologista no Hospital das Clínicas e investigadora no Laboratório de Investigação Médica LIM 16 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no Brasil, foi nomeada sócia honorária da Sociedade Portuguesa de Nefrologia no Encontro Renal 2020, em reconhecimento da sua colaboração com a Nefrologia nacional. Em entrevista à *SPN News*, a nefrologista fala sobre o que há de comum e diferente entre Portugal e Brasil no âmbito da doença mineral óssea (DMO) associada à doença renal crónica (DRC), os seus trabalhos de investigação com colaborações internacionais e comenta o impacto da pandemia de COVID-19 nas unidades de Nefrologia do seu país.

Marta Carreiro

// O que significou para si ser nomeada sócia honorária da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN)?

É uma imensa honra! Conheço alguns nefrologistas portugueses, uns mais proximamente, outros pelo seu trabalho científico, e por isso sei que a SPN é uma sociedade constituída por pessoas com muita capacidade. A Nefrologia portuguesa é de muita qualidade, tanto ao nível da investigação científica como da prestação de cuidados aos doentes, portanto, é uma honra para qualquer nefrologista do mundo receber esta distinção. Estou muito consciente da responsabilidade que a nomeação acarreta e coloco-me humildemente ao dispor dos meus colegas portugueses para qualquer ajuda que necessitem, seja para colaboração em algum trabalho de investigação, seja para ajuda na assistência aos doentes.

// Como começou a sua ligação à Nefrologia portuguesa?

A minha mentora, Prof.ª Vanda Jorgetti, que hoje em dia é minha colega de trabalho, fez a sua formação em França, no Hospital Necker, onde teve contacto com o Prof. Aníbal Ferreira, pelo que considero que a nossa ligação começou aí. Conheço o Prof. Aníbal há muitos anos, desde o tempo em que estava a fazer a pós-graduação com a Prof.ª Vanda, e sempre houve uma grande afetividade e respeito pelo trabalho de ambos os lados. Já a Prof.ª Teresa Adragão conheci por coincidência das nossas linhas de investigação, que são semelhantes – ela trabalha muito com a calcificação vascular, uma área de que também gosto, então, sempre houve proximidade e mútuo respeito, mas ainda não tivemos oportunidade de trabalhar em conjunto.

// Já participou em algum trabalho de investigação que envolvesse os dois países?

Eu, propriamente, não, mas o meu laboratório sim. Neste momento, está em curso um projeto que conta com a participação da Prof.ª Vanda Jorgetti e da Prof.ª Luciene dos Reis, no Brasil, e do Prof. Aníbal Ferreira, em Portugal. Trata-se de uma extensa revisão de todos os estudos publicados sobre a biópsia óssea, que visa obter uma padronização dos critérios de normalidade. Tenho acompanhado bem de perto este trabalho, que servirá para termos critérios e mostrar que não existem diferenças muito grandes entre as populações de Portugal e do Brasil. Espero que, no futuro, seja possível fazermos mais trabalhos em conjunto.

// A nível internacional, em que projetos está envolvida neste momento?

Aqui no Brasil, tal como em Portugal, temos uma grande cultura de realização de biópsias ósseas, o que nos auxilia no momento de diagnóstico e instituição do tratamento. Contudo, até há pouco tempo, as técnicas de análise das biópsias limitavam-se à utilização do microscópio; hoje em dia, temos técnicas mais refinadas, através das quais conseguimos estudar o comportamento de certas proteínas e a expressão génica de algumas células. Neste sentido, um dos trabalhos que considero mais relevante destacar é o que estou a desenvolver em colaboração com o Prof. Thomas Nickolas, da Columbia University, e a Dr.ª Sharon Moe, da Indiana University, nos EUA. Vamos estudar o microRNA [ácido ribonucleico] das biópsias ósseas e o soro dos doentes.

Também destaco outro projeto de colaboração com a Prof.ª Aline Martin e o Prof. Valentin David, da Universidade de Northwestern, em Chicago, EUA, no qual pretendemos analisar a expressão génica por sequenciamento de RNA. Além disso, estamos quase a começar um estudo sobre a relação entre



Vídeo com alguns momentos da entrevista à Prof.ª Rosa Moysés, que aborda a importância da compreensão da morfologia e da função dos osteócitos nos doentes com DMO associada a DRC, bem como o impacto da COVID-19 no seu Serviço de Nefrologia

// Na conferência inaugural do Encontro Renal 2020, afirmou que ainda existe trabalho a fazer ao nível do diagnóstico e tratamento da DMO. Ao que se refere?

Na literatura médica de há 20 anos, encontram-se relatos de alterações ósseas grotescas nos doentes com DRC, como fraturas múltiplas ou alterações faciais, que limitavam a qualidade de vida e aumentavam o risco de morte. Hoje em dia, isso já não acontece, mas, se perguntarmos aos doentes que fazem diálise se estão satisfeitos por tomarem dez comprimidos de quelante de fósforo ao dia, fazerem uma dieta muito restrita ou não poderem receber tratamento para a osteoporose, vamos ver que talvez tenhamos resolvido um problema maior, mas que ainda prevalecem parâmetros que podemos aprimorar. À medida que adquirimos mais conhecimento, por exemplo sobre a morfologia e a função dos osteócitos, tornamo-nos capazes de providenciar um tratamento melhor e mais individualizado, proporcionando a cada doente uma melhor qualidade de vida. Penso que esse será o trabalho para os próximos dez anos.

Em termos de diagnóstico, alguns exames de imagem, como a tomografia de alta resolução, mesmo não tendo a definição desejada, permitem uma avaliação quase ideal e já conseguimos distinguir os compartimentos cortical e trabecular da estrutura óssea, por exemplo. Contudo, as biópsias ósseas dão-nos informação que as técnicas de imagem ainda não são capazes de dar, como o nível de mineralização. Além disso, existe outra linha de pesquisa, a microindentação, que consiste em fazermos um pequeno furo e vemos com que força a agulha penetra no osso, dando-nos uma dimensão da sua resistência. Creio que estas formas menos ou totalmente não invasivas dominarão o futuro do diagnóstico da DMO. //

// IMPACTO DA COVID-19 NA NEFROLOGIA DO BRASIL

De acordo com a Prof.ª Rosa Moysés, o impacto da COVID-19 fez-se sentir, tanto ao nível assistencial como de investigação, em todos os Serviços de Nefrologia do Brasil, especialmente nos hospitais que foram designados como centros de referência para assistência aos doentes infetados por SARS-CoV-2. “No mês de março, o nosso hospital foi adaptado para ser uma referência no atendimento aos doentes com COVID-19. Por isso, todos os serviços foram fechados e os doentes que tínhamos ainda internados com outras doenças foram direcionados para outros hospitais. Estas medidas permaneceram até ao mês de novembro”, descreve.

Sobre o impacto da pandemia no Serviço de Nefrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde trabalha, a especialista destaca: “Neste momento, estamos a fazer uma ou duas cirurgias por mês; antes fazíamos uma cirurgia por semana e atendíamos cerca de 40 doentes.” Rosa Moysés alerta ainda que, “tal como os doentes oncológicos, também os doentes com DRC, em especial os que têm DMO associada, correm um elevado risco de morte, por isso, não devem ser menosprezados” no atual contexto pandémico.

a osteoporose e a DRC. Hoje em dia, deparamo-nos com um desafio: o facto de a população portadora de doença renal ser cada vez mais idosa devido ao aumento da esperança média de vida dos doentes. Então, acabam por surgir outras doenças associadas ao envelhecimento que se cruzam com comorbilidades já existentes e podem resultar num pior prognóstico dos doentes, como é o caso da doença mineral óssea [DMO] associada à DRC.

// Como compara o panorama da DRC no Brasil e em Portugal, tendo em conta aspetos como incidência, prevalência, cobertura e qualidade dos cuidados de saúde, etc.?

Eu diria que existe uma grande diferença: Portugal é um país menor do que o Brasil e, portanto, tem um número de doentes portadores de doença renal também mais reduzido. Torna-se mais fácil fazer um acompanhamento epidemiológico e de saúde básica em países que têm uma população menor. Além disso, o Brasil é um país repleto de desigualdades. Por exemplo, em São Paulo, uma cidade cheia de recursos e com uma população de cerca de 20 milhões de habitantes, há pessoas que têm pleno acesso aos cuidados de saúde primários, ou seja, a avaliações de rotina, diagnóstico de hipertensão, diabetes, controlo de obesidade, etc., e com isso nós conseguimos controlar o aparecimento da DRC; mas uma grande parte da população tem maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. As desigualdades tornam-se mais evidentes em zonas como a Amazônia ou o centro oeste do Brasil, onde não existem dados de incidência e prevalência das doenças, apenas estimativas, o que faz com que, quando os doentes são diagnosticados com DRC, já estão à beira da diálise, numa condição deplorável.

// Ao nível da DMO, como descreve a situação no Brasil?

A dificuldade em diagnosticar toda a população com DRC leva a que também a DMO se agrave nestes doentes, motivo pelo qual o hiperparatiroidismo secundário é ainda uma realidade preocupante no nosso país, ao contrário do que acontece em Portugal, onde considero que a situação se encontra mais controlada. Soma-se a isso a dificuldade de acesso a medicamentos. Em São Paulo temos acesso aos tratamentos do hiperparatiroidismo secundário, mas outros estados não têm, apesar de estarem na lista de medicamentos que deveriam ser distribuídos pelo Governo. Assim, enquanto em Portugal os nefrologistas já começam a focar a sua atenção em tratar a osteoporose, aqui no Brasil ainda estamos preocupados em atuar ao nível do hiperparatiroidismo secundário.

PUB.



Monitorização Remota dos doentes em Diálise Peritoneal Automática

Na era da Covid19 ainda é mais importante estar próximo mas com segurança. Conecte-se remotamente com o seu doente de DPA através do ShareSource.



// Patirómero: produção de Portugal para o mundo

Inaugurada em 2018, a fábrica da Vifor Pharma, em Alfragide, produz o Veltassa® (patirómero) para todo o mundo, com exceção do Japão. A atividade ainda está na fase crescente (os primeiros lotes comerciais foram produzidos no segundo trimestre de 2020), mas prevê-se que, das instalações em território nacional, saiam entre 22 a 30 milhões de saquetas deste captador do potássio por ano.

Luís Garcia

No imaginário da maioria das pessoas, uma fábrica é um local onde laboram muitos trabalhadores, em grande azáfama, no meio de barulho e movimentos frenéticos das máquinas. O cenário que a equipa da *SPN News* constatou na visita à fábrica da Vifor Pharma (2), em Alfragide, é totalmente distinto. Ali, tudo é ordem, rigor e atenção ao detalhe. O papel dos funcionários passa, sobretudo, pelo controlo dos equipamentos de ponta que asseguram que cada tarefa é cumprida com precisão.

Com uma área coberta de 3266 m², a nova fábrica está totalmente dedicada à produção do Veltassa® (patirómero) e conta, atualmente, com seis funcionários, estando previsto o aumento progressivo até cerca de 20, quando a unidade estiver a trabalhar em “velocidade de cruzeiro”. Segundo a Dr.ª Paula Barriga, diretora-geral da Vifor Pharma, “o maior desafio foi dimensionar a fábrica para produzir lotes de produto de uma grandeza pouco usual: 2,5 toneladas”. “Para movimentação deste nível de cargas, todos os processos de transferência foram automatizados”, explica.

Apesar de, após a saída da fábrica, o fármaco poder ser conservado à temperatura ambiente, o mesmo não se passa durante o processo de preparação. Para garantir a conservação nas melhores condições, a unidade

inclui um armazém com 480 m², que está dividido em duas partes. Na mais pequena, a uma temperatura de 15 a 25 graus, são guardados os materiais menos sensíveis, como a goma que é utilizada para fazer a mistura com o princípio ativo, as cartonagens para as embalagens e folhetos, bem como o complexo de alumínio usado nas saquetas. A sala maior é dedicada ao armazém de frio, que ocupa toda a altura do edifício e é mantido a uma temperatura entre 2 e 8 graus. Com capacidade para guardar 700 paletes, este armazém está automatizado e possui um sistema de redundância para garantir que, caso parte dos circuitos falhe, os restantes continuam a funcionar, mantendo a temperatura desejada.

UM PROCESSO CONTÍNUO

É no armazém que são guardadas as barricas com a matéria-prima do medicamento, em pó (3), que chega a Alfragide a partir da sede da Vifor Pharma, na Suíça. Na sala de transferência (4), o conteúdo das barricas azuis passa para *bins*. Na sala de mistura (5), os *bins* são descarregados no misturador, no qual se junta a matéria-prima (o princípio ativo do fármaco) com a goma (3%). Através de um sistema de vácuo, o produto passa depois para a sala de enchimento e embalagem primária (6), onde é dobrado o complexo de alumínio para as saquetas, que são ali cortadas e parcialmente seladas a quente. O produto passa então para as saquetas e toda a informação escrita, incluindo o folheto do medicamento, é impressa nesta sala, que está equipada com câmaras que conseguem ler e interpretar as letras, de modo a detetar erros (7).



Depois de cheias, as saquetas são contadas e seguem para a sala de embalagem secundária e terciária (1 e 8). Aqui, é feita a dispensa de um folheto por cada embalagem, que comporta 30 saquetas. Efetuada a verificação automática dos códigos da cartonagem e a pesagem, um robô separa as caixas nas quais o sistema deteta qualquer falha das que estão prontas a seguir para a distribuição.

A partir do momento em que o produto é misturado, o processo é um contínuo, o que implica que nenhuma parte das várias componentes da cadeia de produção falhe. Este é um dos principais desafios da fábrica, tendo em conta que é composta por uma grande diversidade de equipamentos de alta precisão. Desde que a matéria-prima é misturada até que as caixas de Veltassa® estão prontas a sair das instalações decorrem entre quatro a sete dias, mas o objetivo é reduzir este tempo para perto de metade.

A elevada exigência das diversas regulamentações a que a fábrica tem de atender é um quebra-cabeças com o qual é preciso saber lidar. Os regulamentos são apertados, com *timings* próprios, e não são iguais entre entidades reguladoras – por exemplo, as normas da European Medicines Agency (EMA) e da Food and Drug Administration (FDA) são distintas. Toda a atividade tem de ser rigorosamente registada e reportada, quer a nível interno, quer ao regulador. Se a empresa perceber que é mais eficiente operacionalizar uma mudança tão simples como o tamanho das saquetas, não o pode fazer sem submeter essa proposta a um complexo e demorado processo de aprovação pelas entidades reguladoras e autoridades de saúde.

RIGOROSO CONTROLO DE QUALIDADE

No segundo piso da fábrica está instalado um moderno laboratório de controlo de qualidade (9). Ali, tudo é analisado ao pormenor, desde a matéria-prima ao produto final, passando pelas letras impressas nas embalagens. “Além de se fazerem análises dos medicamentos clássicos fabricados na Vifor Pharma, também está instalado neste espaço um centro de estabilidades que nos permite realizar ensaios de estabilidade de medicamentos em todas as condições climáticas. Temos ainda um centro de excelência para Veltassa®, onde serão analisados todos os lotes produzidos em diferentes fábricas da Europa, bem como o produto final, dando também suporte a todos os desenvolvimentos do fármaco”, explica Paula Barriga.

A responsável congratula-se pela escolha de Portugal para a instalação desta unidade fabril, não apenas por ser um reconhecimento da qualidade do trabalho da Vifor Pharma em território nacional, mas também pelas vantagens que traz para o país. “Tendo em conta que, na sua categoria terapêutica, o Veltassa® (patirómero) é o primeiro fármaco inovador em 50 anos, Portugal associa-se assim ao fabrico de produtos de alto valor acrescentado e tecnologicamente complexos. A esta mais-valia soma-se a criação de postos de trabalho que, na sua grande maioria, são de profissionais qualificados”, remata a diretora-geral. //

// OS PRIMEIROS PASSOS

- // **2016:** o *board* diretivo da Vifor Pharma aprova o projeto de instalação da nova unidade industrial em Alfragide;
- // **24 de abril de 2018:** a construção da fábrica e a instalação de máquinas é terminada, seguindo-se o laborioso trabalho de licenciamento industrial e junto das autoridades de saúde;
- // **19 de junho de 2018:** a fábrica é inaugurada oficialmente, com a presença do então ministro da Saúde, Prof. Adalberto Campos Fernandes;
- // **Terceiro trimestre de 2019:** inicia-se a realização de lotes do medicamento Veltassa® para validação do processo, uma fase fundamental para a aprovação pelas autoridades nacionais e internacionais;
- // **Segundo trimestre de 2020:** começa a produção dos primeiros lotes comerciais de Veltassa® para o mercado europeu.



// Monitorização remota dos doentes em diálise peritoneal



A monitorização remota dos doentes que fazem diálise peritoneal automatizada (DPA) foi discutida no simpósio promovido pela Baxter a 29 de outubro, no âmbito do Encontro Renal 2020. Com base na experiência de dois centros hospitalares, analisaram-se as principais vantagens e barreiras da DPA, bem como as suas oportunidades no atual contexto pandémico.

Marta Carreiro

Prof.ª Anabela Rodrigues, Dr.ª Anabela Malho Guedes e Dr.ª Sofia Pestana (da esq. para a dta.)



O simpósio teve como principal foco a partilha da experiência decorrente da utilização da Sharesource, a plataforma de conectividade do sistema DPA HomeChoice Claria, da Baxter, que permite a monitorização remota dos doentes, através de dados móveis. A Prof.ª Anabela Rodrigues, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA), começou por falar sobre as barreiras, expectativas e oportunidades relacionadas com a Sharesource.

“A resistência à mudança, a escassez de recursos hospitalares e o *burnout* das equipas são pontos que influenciam a implementação da monitorização remota dos doentes, tornando-a mais célere ou demorada.” De acordo com a também presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise, “o contexto hospitalar do CHUP/HSA, por exemplo, é muito exigente e este projeto surgiu numa fase de elevados requisitos em termos de proteção de dados, o que levou a que o processo fosse um pouco mais demorado”.

Destacando “a vontade de promover a inovação, a acessibilidade, a proximidade, a eficiência, a segurança e a satisfação dos doentes, Anabela Rodrigues afirmou que a monitorização remota dos doentes em DP “é um progresso necessário e há muito esperado”. No atual contexto de pandemia COVID-19, em que é essencial evitar a deslocação dos doentes aos hospitais ao máximo possível, “a possibilidade de prescrever e alterar estratégias terapêuticas à distância, assim como seguir a evolução do doente remotamente, está a ser extremamente importante.”

Segundo Anabela Rodrigues, a monitorização remota poderá representar ganhos de eficiência na prestação de serviços de saúde aos doentes em DP. “No futuro, e fora de um contexto de crise, dever-se-á enquadrar o ato médico de acompanhamento remoto, alocando-lhe um horário próprio. Além disso, temos de pensar na forma como as oportunidades de contacto à distância se enquadram num bom regime de gestão do doente, contribuindo para a otimização de recursos”, concluiu a nefrologista.

Por sua vez, a Dr.ª Anabela Malho Guedes, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Algarve/Hospital de Faro, que trabalha com a Sharesource desde junho de 2017, expressou, desde logo, alguma angústia pelo que não consegue fazer nas teleconsultas, apesar de reconhecer as mais-valias da monitorização remota dos doentes em DP. “Por vezes, questões importantes não são abordadas na teleconsulta, ou por esquecimento ou por desvio de conversa por parte do doente, o que pode impedir uma atuação atempada em certos aspetos. Contudo, com a possibilidade de conciliar a teleconsulta com a monitorização remota dos doentes que fazem DPA, é mais fácil percebermos o que se passa e conseguiremos ajustar o tratamento à distância”, explicou.

A nefrologista salientou também o desafio de gerir uma unidade de DP remotamente. “A plataforma Sharesource apresenta um painel com símbolos de diferentes cores que representam diversos avisos, mas é importante que consigamos interpretar os alarmes e perceber se temos de intervir no tratamento do doente, se devemos contactá-lo para perceber o que aconteceu.” Anabela Malho Guedes destacou ainda a ajuda da equipa de Enfermagem: “Em 95% das vezes, são os enfermeiros que fazem a primeira leitura dos dados disponíveis na plataforma, alertando-nos para os casos mais preocupantes e permitindo que os sigamos de forma mais intensa”, rematou. //

// BYPASS À DRENAGEM INICIAL

No simpósio, a Dr.ª Sofia Pestana, *sales & marketing lead renal care* na Baxter Portugal, apresentou a mais recente aquisição da plataforma Sharesource: “O objetivo que temos sempre em mente é maximizar o conforto do doente, por isso, introduzimos uma nova funcionalidade, o *bypass* à drenagem inicial, ou seja, a possibilidade de os doentes poderem saltar ou avançar a drenagem inicial, caso seja razão de desconforto.” Segundo a responsável, tal tornou-se possível graças à monitorização remota. “O surgimento da Sharesource, em 2017, veio permitir o controlo e o acompanhamento do tratamento do doente em DPA com maior frequência, minimizando o risco de volume intraperitoneal aumentado proveniente do *bypass* à drenagem inicial, uma vez que os médicos podem estar mais vigilantes aos valores.”



Excertos do vídeo da sessão: a Prof.ª Anabela Rodrigues comenta os benefícios da monitorização remota dos doentes em DPA no atual contexto de pandemia; a Dr.ª Anabela Malho Guedes partilha a experiência da sua unidade com a telemedicina e o seguimento dos doentes à distância

// Bolsas e prémios atribuídos no Encontro Renal 2020

MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS (apoio Amgen):

Diálise peritoneal: *"Shaving do cuff externo nas infeções do orifício de saída: experiência de 2 centros"* – Dr.ª Rita Vicente (Hospital do Espírito Santo de Évora), et al.

Hemodiálise: *"The clinical impact of calcification of vascular access for hemodialysis"* – Dr.ª Sara Querido (NephroCare, Lisboa), et al.

Nefrologia básica: *"Defining criteria for CKD stage 3 patients nephrology referral: an analysis focused on CKD progression and mortality risk"* – Dr. Luís Falcão (Hospital Beatriz Ângelo, Loures), et al.

Nefrologia clínica: *"Estudo da nefropatia de IgA em Portugal – estudo multicêntrico (ENIGAM)"* – Dr.ª Ana Marta Gomes (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Grupo de Estudo da Nefropatia de IgA e Nefropatia Membranosa em Portugal), et al.

Transplantação:

"Mineral metabolism changes in renal transplanted patients" – Dr.ª Ana Carina Ferreira (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral – NOVA Medical School), et al.

BOLSAS SPN:

Dr.ª Filipa Silva (Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António), para estágio no Hospital do Rim, em São Paulo, na área do transplante renal.

Dr.ª Inês Duarte (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria), para estágio na Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell, em Barcelona, na área da avaliação ecográfica do acesso vascular para hemodiálise.

Dr.ª Joana Cristóvão Marques (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral), para estágio no Imperial College Hospital (Hammersmith Campus), em Londres, na área de nefro-obstetria e glomerulonefrites imunomediadas.

Dr.ª Mariana de Sousa (Hospital Garcia de Orta, Almada), para estágio no San Bortolo Hospital, em Vicenza, Itália, na área da lesão renal aguda.

Dr.ª Marina Reis (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho), para estágio no Hospital Clinic de Barcelona, na área da transplantação renal.

Dr.ª Natália Silva (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro), para estágio no Hospital La Paz, em Madrid, na área da diálise peritoneal.

Dr.ª Patrícia Valério (Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo), para estágio no University Health Network - Toronto General Hospital, na área dos cuidados paliativos em Nefrologia.

Dr.ª Rita Veríssimo (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz), para estágio no University Health Network - Toronto General Hospital, na área dos cuidados paliativos em Nefrologia.

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA:

"Analysis of Peroxidase Expression in IgA Nephropathy: Association with Renal Fibrosis and Disease Progression" – Prof. João Paulo Oliveira (Instituto de Biologia Molecular e Celular/Centro Hospitalar Universitário de São João), et al.

PRÉMIO SPN:

"Impaired fasting glucose and chronic kidney disease, albuminuria, or worsening kidney function: a secondary analysis of the SPRINT" – Prof. Miguel Bigotte Vieira (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria), et al.

PRÉMIOS

Vifor Pharma:

Tratamento da hiperfosfatemia: *"New bone-derived hormones, mineral metabolism, cardiovascular disease and patient survival in end-stage renal patients"* – Dr.ª Ana Carina Ferreira (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral – NOVA Medical School), et al.

Tratamento da anemia em doentes com DRC: *"Será que a correção da anemia ferropénica tem impacto positivo na função renal?"* – Dr.ª Marisa Roldão (Centro Hospitalar do Médio Tejo), et al.

PRÉMIO DaVita:

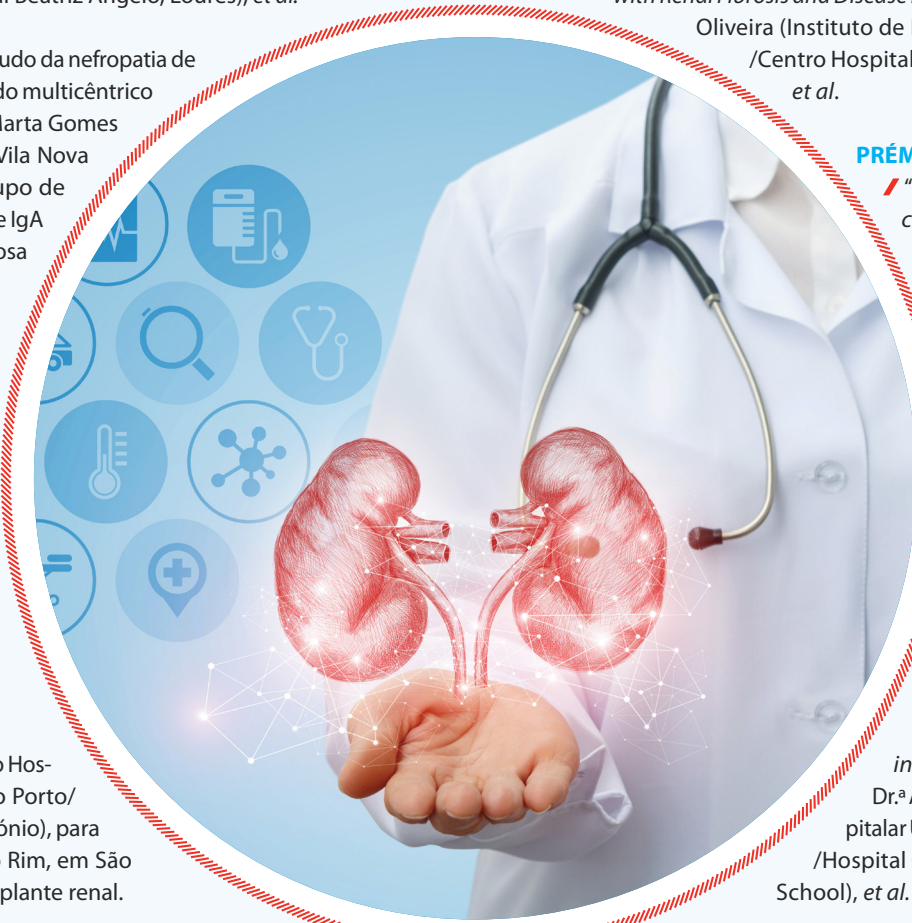
"Bone fracture risk factors in prevalent hemodialysis patients" – Prof.ª Patrícia João Matias (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz – NOVA Medical School), et al.

PRÉMIO RAUL MARTINS (apoio Baxter):

"Peritoneal protein loss, leakage or clearance in peritoneal dialysis, where do we stand?" – Dr.ª Anabela Malho Guedes (Centro Hospitalar Universitário do Algarve/Hospital de Faro), et al.

PRÉMIO TERESA AZEVEDO (apoio Roche):

"Gla-rich protein (GRP) as an early and novel marker associated with CKD and cardiovascular risk in diabetic patients with CKD" – Dr.ª Ana Paula Silva (Centro Hospitalar Universitário do Algarve/Hospital de Faro), et al. //



// Dinamismo da revista científica da SPN

No terceiro dia do Encontro Renal 2020, a **Dr.ª Ana Azevedo, editora executiva do Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension (PJNH)**, a revista científica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), apresentou os resultados da atividade da publicação no ano de 2019. Segundo a nefrologista no Hospital de Vila Franca de Xira, a média de artigos publicados foi inferior à do ano de 2018. “Contudo, comparando com o início, quando o PJNH era totalmente publicado em inglês, o ano de 2019 continua a ser mais favorável, com uma média de artigos publicados entre os 13 e os 14 por edição.”

Outro aspeto destacado pela editora executiva é o “aumento substancial” do número de artigos de opinião, pelo qual agradeceu à **Dr.ª Maria Guedes Marques**, editora da secção “*Perspectives*” e nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Em 2019, à semelhança dos anos anteriores, o número de artigos de revisão publicados no PJNH “manteve-se relevante, em grande parte, graças ao

trabalho da **Dr.ª Ana Carina Ferreira**, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHULC/HCC) e uma das editoras desta secção.

Ana Azevedo também sublinhou os resultados das rubricas implementadas mais recentemente, como o “*Tubular Quiz*”, nas quais foi possível publicar, pelo menos, um artigo em quase todas as edições ao longo do ano, “graças ao contributo do Prof. Joaquim Calado”, nefrologista no CHULC/HCC. O ano de 2019 assinalou, também, a estreia da rubrica “*Hot topics in Medicine*”. A editora executiva destacou o papel dos membros mais recentes do corpo editorial do PJNH, alguns já supramencionados, aos quais se junta a **Dr.ª Ana Marta Gomes**, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, que integra a equipa de edição da rubrica “*Tubular Quiz*”.

Perspetivando o futuro, Ana Azevedo reiterou o grande objetivo da revista científica da SPN: atrair, cada vez mais, a publicação de artigos de nefrologistas e internos de Nefrologia portugueses. “Queremos cativar ainda mais o interesse dos internos, que são quem assegura a maioria dos artigos originais publicados, mas também dos especialistas séniores, para que participem nos artigos de revisão ou opinião, por exemplo, sempre com o intuito de potenciar a atividade formativa.” A editora executiva espera, ainda, que em 2021 seja possível implementar uma nova rubrica no PJNH dedicada ao sedimento urinário, algo que considera “fundamental para a prática diária da Nefrologia”. / **Marta Carreiro**



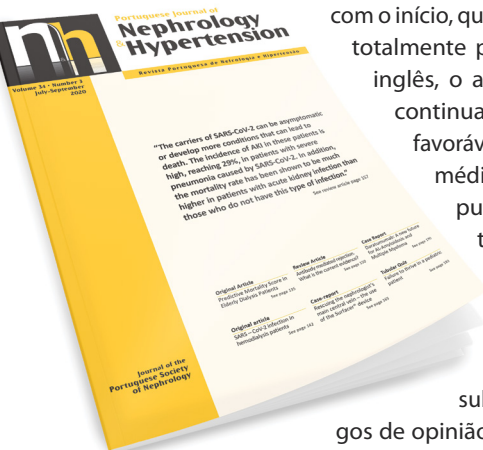
// Vencedor da primeira edição do prémio ANADIAL/SPN

Com o trabalho “*Annual deterioration of renal function in hypertensive patients with and without diabetes*”, o Prof. Jorge Polónia, internista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano e docente de Farmacologia na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foi o vencedor da primeira edição do prémio ANADIAL/SPN (Associação Nacional dos Centos de Diálise/Sociedade Portuguesa de Nefrologia), referente ao ano de 2019. Materializando-se na atribuição de 10 mil euros, atualmente, “este é o prémio mais relevante na área da Nefrologia”, como sublinha o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN.

Na sessão de atribuição integrada no Encontro Renal 2020, o Dr. Pedro Ponce, presidente do júri e diretor médico da NephroCare Portugal, anunciou também duas menções honrosas – Prof. Edgar Almeida (diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures), pelo trabalho “*Incidence, prevalence and crude survival of patients starting dialysis in Portugal (2010-2016)*”, e Prof. Miguel Bigotte Vieira (nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral), pelo trabalho “*Prescrição de anti-inflamatórios não esteroides a doentes com diabetes mellitus em Portugal*”.

Também presente na sessão, o vencedor da primeira edição deste prémio que visa distinguir projetos de investigação na área da Nefrologia, afirmou que “o objetivo do trabalho foi avaliar uma vasta coorte de doentes hipertensos, com ou sem diabetes tipo 2, seguidos em consulta hospitalar de hipertensão, para perceber qual o seu risco cardiovascular e o seu grau de deterioração da função renal ao longo de cinco anos”. Além disso, o projeto vencedor também avaliou “a relação do declínio da função renal com o controlo da pressão arterial (casual e de 24 horas) e da glicemia, bem como com a excreção de albuminúria”.

Jorge Polónia revelou a principal conclusão do seu estudo: “Anualmente, ocorre nos doentes hipertensos, sejam ou não diabéticos, uma progressiva deterioração da função renal, que é tendencialmente maior nos doentes com hipertensão arterial e diabetes tipo 2.” Segundo o especialista, “em tratamento crónico, este conhecimento pode ter implicações na escolha preferencial de determinado tipo de medicamentos cuja eliminação seja menos dependente da função renal”. Outra conclusão do trabalho é que, além do fator idade, “a deterioração da função renal parece particularmente dependente de valores absolutos da pressão arterial noturna, excreção urinária de albumina e valores elevados da glicemia”. / **Marta Carreiro**



ENCONTRO RENAL



SESSÃO DE ATRIBUIÇÃO DO PRÉMIO (da esq. para a dta.): Prof. Aníbal Ferreira (presidente da SPN), Dr. Pedro Ponce (presidente do júri), Prof. Fernando Nolasco (presidente da Comissão Científica da SPN) e Prof. Jorge Polónia (vencedor)



Estamos a crescer

Porque expandir o acesso a cuidados de qualidade, personalizados e seguros é a coisa certa a fazer.

- Cuidados clínicos inovadores
- Planos de tratamento integrados
- Equipas de prestação de cuidados especializadas
- Serviços de gestão de saúde



Descubra mais sobre a nossa localização e opções de tratamento.

Visite [DaVita.com/PT](https://www.DaVita.com/PT)

// Controlo do potássio na otimização do tratamento com inibidores do SRAA

ENCONTRO RENAL



O simpósio foi moderado pelo Prof. Aníbal Ferreira e contou com as preleções da Dr.ª Ana Rita Martins, da Prof.ª Cândida Fonseca e do Dr. Emilio Sánchez (da esq. para a dta.)



A inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) é central no tratamento da insuficiência cardíaca (IC) e da doença renal crónica (DRC). No entanto, a hipercalemia impede, com frequência, a otimização desta terapêutica. Ao permitir o controlo dos níveis de potássio, o patirómero veio alterar este panorama, como ficou patente no simpósio-satélite organizado pela Vifor Pharma no Encontro Renal 2020, no dia 27 de outubro.

Luís Garcia

Depois das palavras introdutórias do moderador, a Dr.ª Ana Rita Martins, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, explicou as causas e implicações prognósticas da hipercalemia na DRC e apresentou a evidência que faz da elevada concentração de potássio no sangue um marcador de risco. “Valores elevados de potássio têm uma associação direta com um maior risco de mortalidade por todas as causas¹”, sublinhou a primeira oradora do simpósio.

Os estudos mostram também que a hipercalemia está associada a mortalidade cardiovascular (CV) e global em todos os estádios da DRC². Este aspeto é particularmente relevante, tendo em conta que “os doentes com DRC são mais suscetíveis à hipercalemia crónica³”. Outro aspeto destacado por Ana Rita Martins foi o papel da terapêutica modificadora do prognóstico, em particular dos inibidores do SRAA (RAASI, na sigla em inglês), nos doentes com DRC – que, frequentemente, têm outras comorbilidades e risco CV acrescido. Segundo a nefrologista, está bem demonstrado que “o tratamento da hipertensão arterial [HTA] com RAASI reduz o risco de mortalidade global e de causa CV⁴”. Por outro lado, o tratamento com estes fármacos demonstrou ser eficaz a reduzir a albuminúria e o risco de piores *outcomes* renais⁵.

De acordo com a oradora, “a redução ou a descontinuação de inibidores do SRAA associaram-se ao aumento do risco de mortalidade, nomeadamente na presença de DRC em estádios 3 ou 4, IC ou diabetes⁶”. Num estudo publicado em 2020, a descontinuação da terapêutica, na sequência da redução do débito filtrado glomerular, resultou em piores *outcomes* cardiovasculares em doentes com função renal comprometida⁷. Em conclusão, Ana Rita Martins referiu que “os doentes que mais beneficiam com os inibidores do SRAA são também aqueles que estão em maior risco de hipercalemia⁸”. Este facto resulta num dilema: o médico deve prescrever RAASI e aceitar a hipercalemia como consequência ou descontinuar/reduzir a dose terapêutica, perdendo os benefícios clínicos do tratamento?

COMBATER O SUBTRATAMENTO COM RAASI

Segundo a Prof.ª Cândida Fonseca, cardiologista e coordenadora da Unidade de Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier, “não há dúvidas de que os RAASI são uma terapêutica essencial na doença cardíaca e na DRC”. No entanto, “estão associados a maior risco de hipercalemia⁹⁻¹¹, uma condição crónica que, a longo prazo, associa-se a aumento da mortalidade¹²”.

Por receio da hipercalemia, “muitas vezes, os clínicos mantêm doses de RAASI abaixo das recomendadas ou até param estas terapêuticas¹²”. Contudo, as orientações clínicas recomendam as doses máximas de RAASI, por serem mais eficazes¹³⁻¹⁵, melhorarem os *outcomes* dos doentes e minimizarem os custos com a doença”, referiu Cândida Fonseca.

Até há pouco tempo, as opções para tratar a hipercalemia “não eram satisfatórias”, reconhece a cardiologista. No entanto, recentemente, surgiram novos captadores de potássio “que já foram investigados num grande número de doentes”. É o caso do patirómero, que “demonstrou reduzir os níveis de potássio no sangue e manter a normocaliemia a longo prazo, permitindo maximizar as doses dos RAASI, com um perfil de segurança bastante favorável¹⁶”.

POTENCIALIDADES DO PATIRÓMERO

O terceiro orador do simpósio, Dr. Emilio Sánchez, diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário de Cabueñas, em Gijón (Espanha), salientou o facto de a IC e a DRC serem duas patologias frequentes e interrelacionadas: “partilham fatores de risco, uma condiciona a outra e, quando aparecem, tornam o panorama futuro do doente mais sombrio”. Dado que “a inibição do SRAA desempenha um papel fundamental no tratamento da IC e da DRC” e que a hipercalemia é frequente e grave nestes doentes, “é necessário administrar fármacos como os novos captadores de potássio, que podem ajudar a manter o tratamento com RAASI”.

A este propósito, o especialista apresentou diversos estudos que demonstram a eficácia do patirómero. No estudo OPAL-HK, por exemplo, o fármaco permitiu um melhor controlo dos níveis de potássio e uma redução dos níveis de aldosterona e da proteinúria, bem como um maior controlo da pressão arterial, ao possibilitar que os doentes continuassem o tratamento com RAASI¹⁷. Já no estudo AMBER, que incluiu uma população com DRC e HTA resistente, “mais doentes puderam tomar a espironolactona, um fármaco claramente



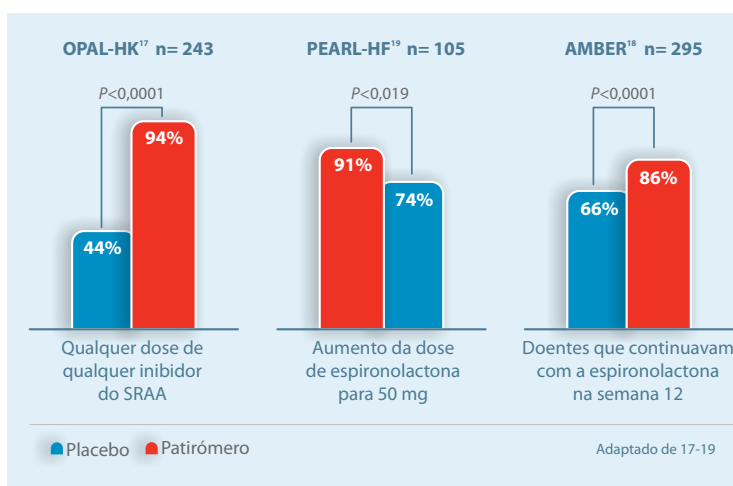
Breves trechos do simpósio com as mensagens principais dos palestrantes assinalados com ícone

indicado nestes casos”, graças à redução da hipercaliemia proporcionada pelo patirómero¹⁸. No mesmo sentido já apontara o estudo PEARL-HF¹⁹.

Emilio Sánchez partilhou ainda a sua experiência da prática clínica com o patirómero, de acordo com a qual os níveis de potássio desceram quase 30% no primeiro mês após o início deste fármaco, estabilizando a partir daí. Também se verificou uma descida dos níveis séricos de fósforo em cerca de 15% no primeiro mês, seguida de estabilização. Relativamente ao perfil de segurança deste captador do potássio, o nefrologista referiu que a sua série de doentes apresentou uma hipomagnesemia leve, “mas que seguramente já vinha de trás”, não se verificando qualquer efeito adverso ou complicação com este tratamento.

A propósito, o moderador do simpósio e presidente da SPN, Prof. Aníbal Ferreira, sublinhou que, nos cerca de 20 doentes tratados com patirómero no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, onde trabalha, não se observou uma hipomagnesemia muito significativa. Assim, o nefrologista classificou os resultados nos doentes do seu centro como “excelentes” e salientou as mais-valias dos novos captadores do potássio, que “permitem aumentar significativamente a inibição do SRAA, resultando em redução da perda de função renal.”

//// EFEITO DO PATIRÓMERO NA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO COM INIBIDORES DO SRAA



Referências: 1. Kovesdy CP. Rev Endocr Metab Disord. 2017;18(1):41-7. 2. Kovesdy CP, et al. Eur Heart J. 2018;39:1535-42. 3. Luo J, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(1):90-100. 4. Van Vark LC, et al. Eur Heart J. 2012;16:2088-97. 5. Basi S, Lewis JB. Am J Kidney Dis. 2006; 47(6):927-46. 6. Epstein M, et al. Am J Manag Care. 2015;21(11 Suppl):S212-20. 7. Qiao Y, et al. JAMA Intern Med. 2020;180:718-26. 8. Palmer BF. N Engl J Med. 2004;351(6):585-92. 9. Dunn JD, et al. Am J Manag Care. 2015;21:S307-S315. 10. Einhorn LM, et al. Arch Intern Med. 2009;169:1156-62. 11. Kovesdy CP. Am J Med. 2015;128:1281-87. 12. Kornajda M, et al. Eur J Heart Fail. 2016;18:514-22. 13. Ponikowski P, et al. Eur J Heart Fail. 2016;18:891-975. 14. Rosano GMC, et al. Eur Heart J. 2018;4180-8. 15. Seferovic PM, et al. Eur J Heart Fail. 2019. Doi:10.1002/ehjhf.1531. (Epub ahead of print). 16. Pitt B, et al. ESC Heart Fail. 2018;5(4):592-602. 17. Weir M, et al. N Engl J Med. 2015;372:211-21. 18. Agarwal R, et al. Lancet. 2019;394(10208):1540-50. 19. Pitt B, et al. Eur Heart J. 2011;32(7):820-8.

// Ferro intravenoso no tratamento da anemia renal



Os desafios colocados pela coexistência de doença renal crónica (DRC) e insuficiência cardíaca (IC) estiveram em destaque na conferência do **Prof. David Wheeler, nefrologista no Royal Free London NHS Foundation Trust, no Reino Unido**. Nesta sessão que decorreu no penúltimo dia do Encontro Renal 2020, 29 de outubro, o especialista lembrou que “a DRC é comum nos doentes com IC e prediz pior prognóstico¹”. Acresce que a deficiência de ferro é frequente nestes doentes, afetando cerca de metade. Por isso, “a administração de ferro é uma estratégia importante para melhorar os *outcomes* cardiorenais”.

O nefrologista fez menção ao estudo PIVOTAL², no qual elevadas doses de ferro intravenoso (IV), administradas de forma proativa a doentes dialisados, demonstraram ser superiores em eficácia às doses baixas, administradas de modo reativo. Com o ferro IV em alta dose, os doentes necessitaram de recorrer a menos agentes estimulantes da eritropoiese e obtiveram melhores resultados no *endpoint* primário, composto por

morte, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e internamento por IC². Já no estudo FIND-CKD³, o ferro IV em alta dose foi mais eficaz do que o de baixa dose e do que o ferro oral a aumentar e manter os níveis de hemoglobina, de ferritina e de saturação da transferrina em doentes com DRC não dialisados³.

David Wheeler referiu ainda as principais recomendações da *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*⁴ relativas à administração de ferro, bem como as alterações expectáveis numa futura revisão, dado que estas orientações datam de 2012. “As *guidelines* recomendam a administração de ferro para tratar a deficiência férrica e a dependência de agentes estimuladores da eritropoiese – por via IV nos doentes em hemodiálise e por via oral ou IV nos doentes que não estão em diálise⁴. Neste caso, destaco a vantagem carboximaltose férrica IV demonstrada no estudo FIND-CKD³”, disse o especialista.

O nefrologista referiu também que, no futuro, o alvo de ferritina preconizado nas *guidelines* poderá ser revisto, dado que, no estudo PIVOTAL, os doentes tratados com alta dose de ferro IV atingiram níveis superiores a 700µg/l, com benefícios clínicos². Em jeito de conclusão, o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN e moderador da sessão, afirmou que “a tendência tem sido para aumentar a terapêutica com complexos de ferro IV também na fase pré-diálise”. E acrescentou: “Nos nossos serviços, é cada vez mais utilizada a carboximaltose férrica, que é bem tolerada e permite administrar altas doses apenas uma vez por ano ou de nove em nove meses^{2,3}.”

Referências: 1. Hillege HL, et al. Circulation. 2006;113(5):671-8. 2. MacDougall IC, et al. N Engl J Med. 2019;380(5):447-58. 3. MacDougall IC, et al. Nephrol Dial Transplant. 2014;29(11):2075-84. 4. KDIGO Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. Kidney International. 2012;2.



Assista à apresentação dos principais resultados do estudo FIND-CKD pelo Prof. David Wheeler

// Estado da arte e novidades no âmbito da síndrome cardiorenal



Dr.ª Anabela Malho Guedes, Dr. Gonçalo Proença (moderadores), Prof. Julio Núñez, Dr. Miguel González Rico e Prof.ª Cândida Fonseca (da esq. para a dta.)

A importância e a necessidade de unidades cardiorenais, as vantagens da diálise peritoneal em doentes com insuficiência cardíaca congestiva e o papel dos antagonistas dos recetores dos mineralocorticoides na remodelagem reversa em doentes com síndrome cardiorenal foram os assuntos discutidos numa das sessões mais assistidas do Encontro Renal 2020. Para os doentes com doença renal crónica e diabetes tipo 2, foram apresentados os resultados promissores da finerenona no estudo FIDELIO-DKD: redução da progressão para doença renal terminal, da taxa de filtração glomerular estimada, da morte cardiovascular, dos episódios de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral não fatais e da hospitalização por insuficiência cardíaca.

Marta Carreiro

Como destacou o Prof. Julio Núñez, cardiologista na Unidade Cardiorenal do Hospital Clínico Universitario de Valência, em Espanha, “a síndrome cardiorenal é uma realidade frequente e em constante crescimento”. Responsável por explicar a importância das unidades cardiorenais ao nível hospitalar, o primeiro orador da sessão começou por apresentar os números que justificam a sua afirmação prévia. “De acordo com os mais recentes registos internacionais, 40 a 50% dos doentes com insuficiência cardíaca [IC] estável têm também doença renal crónica [DRC]. Os números tornam-se mais preocupantes nos doentes com IC aguda descompensada – por exemplo, no hospital onde trabalho, cerca de 60% dos doentes com IC aguda apresentam uma taxa de filtração glomerular abaixo dos 60 mL/min/1,73m².”

Segundo Julio Núñez e os vários estudos por si mencionados, a disfunção renal é preditora de um pior prognóstico para os doentes com IC. Aliás, “depois de um episódio de IC aguda descompensada em doentes com uma taxa de filtração glomerular correspondente aos estádios IV e V de DRC, os níveis de mortalidade situam-se à volta de 40 a 50% ao fim de um ano”, sustentou o orador. Além disso, “é bem sabido que a congestão venosa renal se apresenta como o principal fator de agravamento da função renal nos doentes com IC”. Tendo em conta estes dados, e reconhecendo-se que a gestão dos doentes com síndrome cardiorenal “é muito incerta”, Julio Núñez afirmou que “a Cardiologia e a Nefrologia devem aprender e atuar de forma conjunta, através da criação de unidades cardiorenais”.

Como referiu o cardiologista, “os objetivos prioritários de uma unidade cardiorenal passam por providenciar os melhores cuidados aos doentes através da melhoria do conhecimento das doenças, apostando no aumento da investigação”. A existência destas unidades torna-se ainda mais premente tendo em conta que “a maioria dos doentes com síndrome cardiorenal é excluída dos grandes ensaios clínicos e, em muitos casos, até as próprias *guidelines* clínicas contraindicam os tratamentos cujos efeitos benéficos sobre a IC são conhecidos, como os inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona [ISRAA] e os antagonistas dos recetores mineralocorticoides [ARM], entre outros”.

No âmbito do tratamento, Julio Núñez destacou um ensaio clínico desenvolvido na sua unidade e publicado em 2020, que incluiu apenas doentes com síndrome cardiorenal admitidos por IC e/ou disfunção renal. “Testámos duas estratégias de terapêutica com diuréticos, uma convencional e outra guiada por um biomarcador de congestão. A segunda opção revelou um efeito benéfico consistente graças à criação de uma barreira da função renal de 72 horas”, frisou o cardiologista.

VANTAGENS DA DP NOS DOENTES COM IC CONGESTIVA

Em seguida, o Dr. Miguel González Rico, nefrologista na Unidades de Diálise Peritoneal e na Unidade Cardiorenal do Hospital Clínico Universitario de Valência, refletiu sobre o espaço que a diálise peritoneal (DP) pode ocupar no tratamento dos doentes com síndrome cardiorenal, nomeadamente os que se apresentam com IC congestiva. Segundo o preletor, “a congestão é a causa de cerca de 90% dos sintomas pelos quais os doentes com IC são hospitalizados, e é essa congestão que produz o agravamento da função renal”. Por isso, aquando da avaliação de um doente com síndrome cardiorenal, é importante perceber se existe congestão e avaliar a retenção de água e sódio. “Quando encontramos um doente com IC congestiva, que já não responde aos diuréticos, mesmo na dose otimizada, e que tem um certo grau de disfunção renal, é nesta altura que o nefrologista entra em ação. Estamos habituados a tratar a congestão, pois as terapêuticas de substituição renal encarregam-se da eliminação de sódio”, assegurou o nefrologista.

Miguel González Rico destacou o papel da ultrafiltração peritoneal, sustentando-se numa revisão de 21 estudos que comprovam que “este método dialítico poderá ser o mais indicado para os doentes congestivos, pois são evidentes a perda de peso, a melhoria da classe funcional de IC, a inexistência de agravamento da taxa de filtração glomerular e a melhoria da função cardíaca”. Quanto às vantagens da DP nos doentes com IC congestiva, que são mais evidentes nos casos de hipotensão, o nefrologista sublinhou “a evicção da utilização de equipamentos de alto custo, o facto de a sua velocidade lenta e a sua continuidade permitirem estabilidade hemodinâmica”.

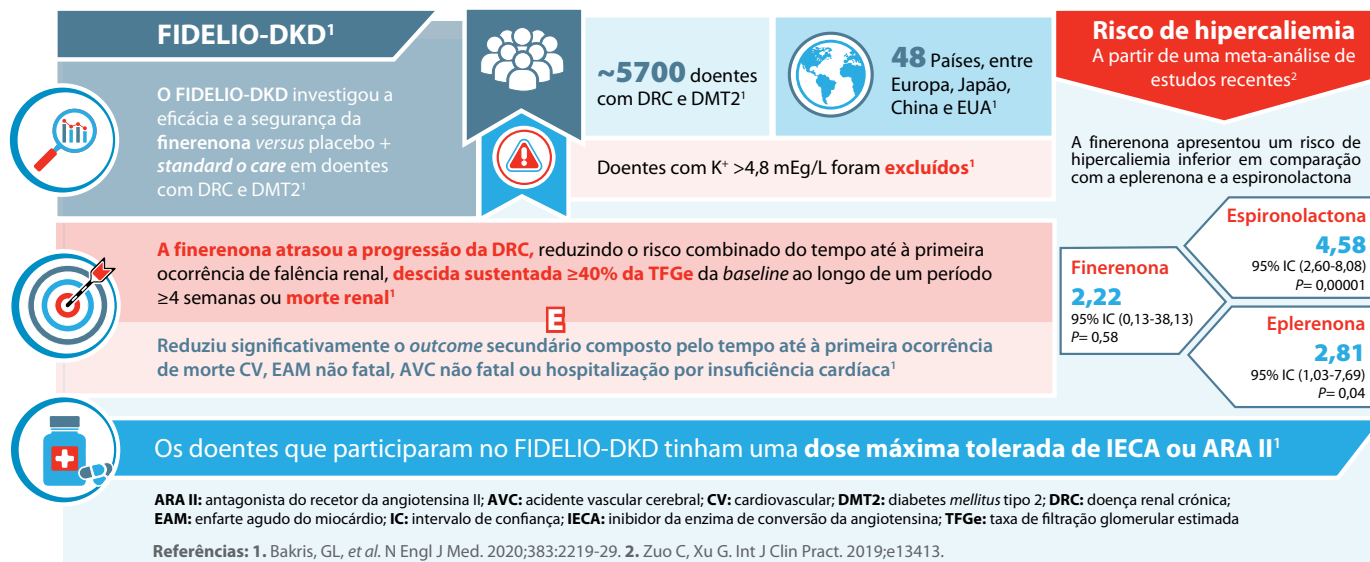


Vídeos com excertos da sessão: o Prof. Julio Núñez explica o funcionamento da Unidade Cardiorenal do Hospital Clínico Universitario de Valência; o Dr. Miguel González Rico aborda as vantagens da ultrafiltração peritoneal no tratamento dos doentes com IC congestiva; a Prof.ª Cândida Fonseca reflete sobre a importância dos antagonistas dos recetores dos mineralocorticoides enquanto terapêutica que desencadeia a remodelagem reversa assinalados com o ícone

// AVANÇOS TERAPÊUTICOS

Na sessão dedicada à síndrome cardiorenal, a Prof.^a Cândida Fonseca apresentou uma novidade terapêutica, aludindo ao estudo FIDELIO-DKD, que avaliou o perfil de eficácia e segurança da finerenona em doentes com DRC e diabetes tipo 2. Trata-se de um novo antagonista do recetores mineralocorticoides (ARM), que é mais seletivo face aos anteriores. Entre os principais resultados da finerenona neste estudo, a cardiologista destaca a “redução da progressão para doença renal terminal, da taxa de filtração glomerular estimada, da morte cardiovascular, dos episódios de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral não fatais e da hospitalização por insuficiência cardíaca”. Segundo Cândida Fonseca, o estudo FIDELIO-DKD também demonstrou que “a finerenona é menos propensa a desenvolver hipercaliemia, comparativamente a outros ARM, como a espironolactona e a eplerenona”.

A finerenona atrasou a progressão da DRC em doentes com DMT2



mica e mais preservação da função renal residual”. Além disso, a DP “pode permitir o controlo de ascites, o recomeço de tratamentos previamente suspensos, como os iSRAA e os ARM, e também parece ser útil na eliminação de fatores cardiodepressivos pró-inflamatórios”. Como desvantagens, Miguel González Rico destaca o facto de este tratamento substitutivo da função renal não ser adequado para casos de descompensação aguda severa e os riscos relacionados com o cateter, como as peritonites e a fuga de líquido.

REMODELAGEM REVERSA COM ANTAGONISTAS DOS RECETORES DOS MINERALOCORTICOIDES

Por sua vez, a Prof.^a Cândida Fonseca, coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier, explicou por que razões a remodelagem reversa poderá melhorar o prognóstico dos doentes com síndrome cardiorenal. “A remodelagem patológica é, talvez, o mecanismo mais importante na progressão/perpetuação da insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida [IC-Fer], tal como na progressão da doença de outros órgãos.”

No que se refere ao coração, “o grau de melhoria das dimensões do ventrículo esquerdo, do volume telediastólico e telessistólico (remodelagem reversa) e da fração de ejeção com as várias terapêuticas testadas relaciona-se, de forma muito forte, com os *outcomes* clínicos dos doentes com IC-Fer e com a redução do NT-proBNP [fragmento N-terminal do peptídeo natriurético tipo B], que é um marcador de prognóstico nestes doentes”;

explicou Cândida Fonseca. Segundo a cardiologista, vários estudos de longa duração demonstram que “a inibição do SRAA e dos recetores dos mineralocorticoides, mecanismos nefastos para a doença cardiovascular e cardiorenal, antagonizam a remodelagem cardíaca, reduzindo o risco de morte e hospitalização, nomeadamente nos doentes com IC-Fer”. Entre os fármacos modificadores da doença, Cândida Fonseca afirma que “os antagonistas dos recetores mineralocorticoides [ARM] são preponderantes na diminuição da mortalidade e da hospitalização dos doentes com IC-Fer, melhorando, ainda, a sua capacidade funcional segundo a classe da NYHA [New York Heart Association]”. Neste contexto, a cardiologista destacou três estudos, o RALES, com a espironolactona, o EPHEMUS e o EMPHASIS, com a eplerenona, que demonstraram uma diminuição da mortalidade dos doentes com IC-Fer e promoveram a remodelagem reversa. “Estes fármacos potenciam o surgimento de hipercaliemia, mas com os novos captadores de potássio esse problema pode ser resolvido com relativa facilidade.”

Cândida Fonseca apresentou ainda os principais resultados de uma meta-análise que pretendeu avaliar a eficácia dos ARM combinados com inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou antagonistas dos recetores da angiotensina II (ARAII) nos doentes com nefropatia diabética. “Concluiu-se que estes fármacos reduzem a proteinúria, ainda que aumentem ligeiramente a taxa de filtração glomerular estimada, o que não é um sinal de mau prognóstico, mas sim de normalização da pressão intraglomerular”.

PUB.

A Nefropatia Diabética é a principal causa de DRC 5, sendo responsável por cerca de 50% dos casos nos países desenvolvidos. *

A Bayer está comprometida na Investigação e Desenvolvimento de novas moléculas para o tratamento da Doença Renal.



// Otimizar a inibição do SRAA através do controlo da hipercalemia



Moderada pelo Prof. Rui Alves e pela Prof.ª Cândida Fonseca, a reunião contou com dois convidados internacionais: o Prof. Bertram Pitt e a Prof.ª Ileana Piña (da esq. para a dta.)

A inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) é uma medida central no tratamento da insuficiência cardíaca (IC) e de muitos casos de doença renal crónica (DRC), nomeadamente associada a diabetes ou a hipertensão arterial (HTA) resistente. Porém, com frequência, o aparecimento de hipercalemia leva à interrupção ou redução de dose dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAASi, na sigla em inglês)¹, resultando num pior prognóstico dos doentes². No evento digital *"The future starts today: RAASi optimization through K⁺ control"*, organizado pela Vifor Pharma a 13 de novembro passado, foi sublinhado que, ao promover a normocaliemia, o patirómero permite a terapêutica com RAASi em doses elevadas, de acordo com o recomendado nas *guidelines*.

Luís Garcia

Como primeiro orador, o Prof. Bertram Pitt, cardiologista e professor emérito na University of Michigan School of Medicine, nos EUA, centrou a sua intervenção na necessidade de controlar os níveis elevados de potássio no sangue, que levou ao desenvolvimento do patirómero. "A hipercalemia mantém-se como um grande impedimento para a utilização e a continuação do tratamento com RAASi, sobretudo com antagonistas dos recetores dos mineralocorticoides [ARM]³", afirmou.

De acordo com este especialista, a disponibilização do patirómero e do ZS-9 abriu uma janela de oportunidade para manter o tratamento com RAASi. Embora ambos os fármacos se tenham revelado eficazes na diminuição do potássio⁴, Bertram Pitt chamou a atenção para algumas diferenças importantes. "O patirómero troca o potássio por cálcio, enquanto o ZS-9 troca o potássio por sódio, que está associado a agravamento do edema em doentes com DRC e IC⁴", referiu.

O cardiologista norte-americano fez menção aos principais resultados do ensaio clínico PEARL-HF³, no qual esteve envolvido. Neste estudo, os doentes com IC crónica medicados com espirolactona que tomaram patirómero apresentaram níveis de potássio normais aos 28 dias de tratamento, ao contrário dos que receberam placebo. No caso da população com taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 60 mL/min/1,73 m², verificou-se uma menor percentagem de doentes no grupo do patirómero (6,7%) a desenvolver hipercalemia, em comparação com o grupo placebo (38,5%).

Em seguida, a Prof.ª Ileana Piña, cardiologista e docente na Central Michigan University e na Wayne State University, em Detroit (EUA), lembrou que os RAASi reduzem a morbidade e a mortalidade em doentes com DRC ou com IC. "No entanto, com frequência, estes doentes não recebem a dose ótima desta terapêutica devido ao risco acrescido de hipercalemia¹, o que resulta em pior prognóstico²", sublinhou.

Segundo a especialista, é recomendado manter um seguimento rigoroso dos níveis de potássio nos doentes com IC, DRC e/ou que estão sob tratamento com RAASi. Ileana Piña defendeu ainda a importância de manter a dose adequada dos RAASi em doentes com estas condições.

"As *guidelines* conjuntas da European Society of Cardiology com a Heart Failure Association, publicadas em 2019, já reconhecem que os novos captadores de potássio podem ser considerados na gestão da hipercalemia dos doentes com IC para permitir a titulação máxima dos RAASi⁶", referiu a cardiologista.

CONTROLAR A CALIEMIA COM PATIRÓMERO

Também oradora na reunião *"The future starts today: RAASi optimization through K⁺ control"*, a Prof.ª Dulce Brito, cardiologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, afirmou que o patirómero assume-se como "uma opção terapêutica inovadora, que permite controlar a caliemia e atingir as doses terapêuticas desejadas nos doentes com IC e fração de ejeção reduzida, o que se associa a melhor prognóstico³".

A especialista fez referência a alguns dos estudos que demonstraram a eficácia do patirómero, como o AMETHYST-DN⁷, no qual este fármaco conduziu a "uma diminuição significativa dos valores de potássio sérico após quatro semanas de tratamento, que se mantiveram ao longo das 52 semanas do estudo". Do mesmo modo, no estudo OPAL⁸, que incluiu doentes com DRC, muitos deles também com IC, "o patirómero associou-se a uma menor taxa de recorrências de hipercalemia, o que permitiu manter uma proporção muito maior de doentes em terapêutica com RAASi, comparativamente a placebo". Também no estudo AMBER⁹, em doentes com DRC avançada e HTA resistente, o captador do potássio reduziu os níveis séricos de potássio e possibilitou "uma titulação adequada de ARM".

Por sua vez, o Prof. Aníbal Ferreira, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, recorreu às orientações clínicas da Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)¹⁰



DR



para defender que “os inibidores da enzima da conversão da angiotensina [IECA] e os antagonistas dos recetores da angiotensina II [ARA II] devem não só ser iniciados e mantidos em doentes com diabetes, HTA e albuminúria, mesmo na presença de uma baixa TFG (<30 mL/min/1,73m²), mas também titulados até à dose aprovada mais alta que for tolerada pelo doente”.

Segundo o também presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, a hipercalemia associada a estas duas classes de RAASi deve começar por ser gerida através da “eliminação das vias de entrada, nomeadamente dietéticas”, ao invés de interromper a terapêutica ou reduzir a sua dose. O outro pilar do controlo da hipercalemia deve ser, no entender do palestrante, o recurso aos novos captadores de potássio, como o patirómero, “que permite otimizar o bloqueio do eixo renina-angiotensina-aldosterona”.

FOMENTAR A ADESÃO E COMBATER A INÉRCIA

Em seguida, a **Dr.ª Erica Viegas**, coordenadora dos Serviços Farmacêuticos do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de São Francisco Xavier (CHLO/HSFX), apresentou as principais características farmacológicas do patirómero. Entre as suas vantagens estão os factos de atuar ao nível do cólon, de não ser absorvido sistemicamente e de ser livre de sódio, o que resulta num perfil de segurança e tolerabilidade mais favorável¹¹.

A palestrante deixou três mensagens-chave relativas à utilização do patirómero. A primeira foi o repto para que sejam reportadas todas as suspeitas de reação adversa, dado tratar-se de um medicamento sujeito a monitorização adicional. A segunda foi a recomendação de que o patirómero seja administrado com três horas de intervalo em relação a outros medicamentos que o doente esteja a tomar. A terceira mensagem consistiu na importância da adesão à terapêutica. “Só podemos considerar que os medicamentos são eficazes se os doentes os tomarem. Neste caso concreto, isso é muito importante, porque os níveis de potássio podem voltar a subir 48 horas após a suspensão do patirómero”, reforçou Erica Viegas.

A última palestra da reunião foi assegurada pelo **Prof. José Silva Cardoso**, cardiologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, que apresentou uma proposta de algoritmo para a abordagem da hipercalemia associada à utilização de RAASi, a qual resultou da colaboração de um grupo de peritos portugueses nesta área (ver tabela). Este especialista também



DR



alertou para o risco da hipercalemia, que, no estudo RALES¹², se associou a um aumento significativo da morbidade e da mortalidade.

No entanto, Silva Cardoso ressaltou que mesmo hipercalemias ligeiras (entre 5 e 5,5 mEq/L – “um valor muito frequente na prática clínica e que, habitualmente, não deixa o médico demasiado desconfortável”) estão associadas a um risco importante, caso o doente tenha IC, DRC ou diabetes concomitantes. Nestes casos, “o risco associado a uma caliemia de 5,3 mEq/L, que parece relativamente benigna, é comparável ao risco associado a 7,5 mEq/L num indivíduo sem estas comorbilidades¹³”.

A reunião terminou com uma discussão conduzida pelos moderadores do evento – Prof.ª Cândida Fonseca, cardiologista e coordenadora da Consulta de Insuficiência Cardíaca do CHLO/HSFX, e Prof. Rui Alves, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Em conclusão, Cândida Fonseca disse que, “além de tratar a hipercalemia – que, só por si, é um fator de risco –, o patirómero é um facilitador da instituição de terapêutica modificadora da doença, quer na IC quer na DRC”, tal como os antieméticos facilitam a quimioterapia, por exemplo.

“Precisamos, por isso, de vencer a inércia que geralmente temos quando iniciamos novos fármacos”, rematou a cardiologista. ✓

ABORDAGEM DA HIPERCALEMIA ASSOCIADA A RAASI

	Normocaliemia	Hipercalemia crónica			
		Ligeira 5,1-5,5 mEq/L	Moderada 5,6-6 mEq/L	Severa >6 mEq/L	
1. K⁺ sérico	3,5-5 mEq/L				
2. Doentes a fazer otimização de RAASI	Não na dose máxima tolerada de RAASI	Não na dose máxima tolerada de RAASI	Não na dose máxima tolerada de RAASI mas hipercalemia prévia quando foi feita titulação de RAASI ou IC e/ou DRC 3b-4 e/ou DM	Esteja ou não na dose máxima tolerada de RAASI	Esteja ou não na dose máxima tolerada de RAASI
3. Ações	Iniciar/titular RAASI	Iniciar/titular RAASI	Iniciar/titular novo captador do potássio/patirómero até K ⁺ sérico ≤5,0 mEq/L	Iniciar/titular novo captador do potássio/patirómero até K ⁺ sérico ≤5,0 mEq/L	Descontinuar/reduzir RAASI e
	Monitorizar K ⁺	Monitorizar K ⁺	Monitorizar K ⁺	Monitorizar K ⁺	Iniciar/titular novo captador do potássio/patirómero até K ⁺ sérico ≤5,0 mEq/L
	K ⁺ ≤5	K ⁺ ≤5,5	Se K ⁺ ≤5,0, titular RAASI e manter novo captador do potássio/patirómero	Se K ⁺ ≤5,0, titular RAASI e manter novo captador do potássio/patirómero	
	K ⁺ >5 Ver “hipercalemia crónica ligeira” ou “moderada”	K ⁺ >5,5 Ver “hipercalemia crónica moderada” ou “severa”			
4. Follow-up	Manter RAASI nas doses máximas toleradas, monitorizar K ⁺ e a função renal, e verificar causas adicionais de hipercalemia (K ⁺ na dieta, substitutos do sal, fármacos com impacto na função renal e na excreção de K ⁺)				

DM: diabetes mellitus; DRC: doença renal crónica; K⁺: potássio; IC: insuficiência cardíaca; RAASI: inibidores do eixo renina-angiotensina-aldosterona, na sigla em inglês

Adaptado de *Heart Failures Review* (accepted 13 Dec 2020)

Referências: 1. Greene SJ, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2019;73:2365-83. 2. Epstein M, et al. *Am J Manag Care*. 2015;21:S212-S220. 3. Yildirim T, et al. *Ren Fail*. 2012;34(9):1095-9. 4. Pitt B, et al. *Hyp*. 2015;66:731. 5. Pitt B, et al. *Eur Heart J*. 2011;32(7):820-8. 6. Seferovic PM, et al. *J Heart Fail*. 2019;21:1169-86. 7. Bakris G, et al. *JAMA*. 2015;314:151-61. 8. Weir MR, et al. *N Engl J Med*. 2015;372:211-21. 9. Agarwal R, et al. *Lancet*. 2019;394:1540-50. 10. *KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease*. *Kidney Int*. 2020;98(4S):S1-S115. 11. Li L, et al. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2016;21(5):456-65. 12. Pitt B, et al. *N Engl J Med*. 1999;341:709-17. 13. Collins AJ, et al. *Am J Nephrol*. 2017;46(3):213-21.



Vídeos com os principais destaques das intervenções do Prof. Bertram Pitt, da Prof.ª Ileana Piña e do Prof. José Silva Cardoso assinalados com o ícone



Veja ou reveja integralmente todas as apresentações, na plataforma da reunião

// Elevados números de incidência e prevalência da diálise em Portugal



A incidência de doentes a iniciar tratamento substitutivo da função renal (TSFR) em 2019 continuou entre as mais elevadas do mundo, de acordo com os dados do Gabinete de Registo da Doença Renal Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), que foram apresentados no Encontro Renal 2020, a 26 de outubro. Em comparação com os anos anteriores, verificou-se uma diminuição da incidência de doentes em hemodiálise e um crescimento da diálise peritoneal e do transplante renal.

Luís Garcia

A elevada incidência de doentes em TSFR em Portugal – 260 por milhão de população (pmp) – é o principal destaque dos últimos dados do Gabinete de Registo da Doença Renal Terminal, na opinião da sua coordenadora, **Dr.ª Ana Galvão**. No total, 2673 doentes iniciaram TSFR em 2019: 2356 iniciaram hemodiálise (HD), 285 diálise peritoneal (DP) e 32 foram submetidos a transplante preemptivo – **gráfico 1**. “Continuamos no topo da Europa e do mundo em termos de incidência, sendo que ultrapassámos a prevalência de 2000 doentes sob TSFR pmp pelo segundo ano consecutivo”, sublinhou a coordenadora deste registo da SPN.

Segundo a nefrologista, a prevalência de doentes em diálise atingiu os 1301 pmp em 2019, o que representa um aumento de 2,7% em relação ao ano anterior – **gráfico 2**. Nos novos doentes a iniciar diálise, a diabetes foi a principal causa de doença renal, afetando 33,2% desta população, um valor ligeiramente superior ao verificado em 2018. Seguiu-se a hipertensão arterial, com 13%.

Olhando apenas para os dados relativos à HD, a primeira conclusão que salta à vista é que, apesar de se ter verificado uma incidência ligeiramente inferior à de 2018 (229,25 *versus* 231,08 pmp), este valor manteve-se sempre acima dos 200 pmp ao longo da última década, com exceção de 2012 (197,31 pmp). A segunda nota é mais positiva: a diferença na incidência da HD ao dia

0 e ao dia 91 foi de apenas 3,8%, quando, em anos anteriores, rondou os 5 ou 6%. “Este é um dado positivo, sinal de que a mortalidade nos primeiros 90 dias teve um impacto inferior em 2019”, resume Ana Galvão.

A taxa de mortalidade global também caiu para 12,47%, registando-se 1533 óbitos entre os doentes em HD. Esta redução verificou-se quer nas unidades hospitalares, quer nas extra-hospitalares. As doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte, seguidas pelas infeções.

A idade média dos doentes em HD continuou a aumentar, atingindo uma média de 68,3 anos em 2019. A faixa entre os 65 e os 80 anos ainda predomina (40,2%), mas os doentes com mais de 80 anos já representam 22% da população em HD. A prevalência de doentes em HD continua a aumentar, contabilizando-se, no final de 2019, 12 523 sob esta modalidade de TSFR – um aumento de 2,4% em comparação a 2018.

Em relação aos acessos vasculares, 50,9% dos doentes que iniciaram HD fizeram-no por cateter tunelizado e 41,1% por fístula. “De 2018 para 2019, passámos de 58,6% para 50,9% dos doentes a iniciar HD por cateter tunelizado, o que é um aspeto positivo”, sublinha Ana Galvão. Esta evolução também é patente em termos de prevalência: “Tem havido um aumento progressivo do recurso à fístula, atingindo 74,2% de todos os doentes em HD no final de 2019, que se acompanhou por uma redução progressiva da percentagem de doentes com próteses e cateteres.”

CRESCIMENTO DA DIÁLISE PERITONEAL

A diálise peritoneal (DP) registou um aumento bastante pronunciado da incidência, com 285 novos doentes, o que representa um aumento de 22,25 pmp (em 2018) para 27,7 pmp (em 2019). Este impacto refletiu-se também na prevalência de doentes em DP, que cresceu 8,2% em relação ao ano anterior, fixando-se nos 852. Apesar de, tipicamente, a idade dos doentes em DP ser inferior à daqueles que fazem HD, também se mantém a tendência para o aumento progressivo: em 2019, a idade média atingiu o valor recorde de 55,4 anos. Já a mortalidade reduziu de forma marcada, de 5,2%, em 2018, para 4,3%, em 2019.

À semelhança do que se verificou na HD, as causas de morte mais comuns nos doentes em DP foram as doenças cardiovasculares (41,5%), seguidas pelas infeções (31,7%). Já os motivos mais frequentes para a suspensão da técnica foram a falência ou a inadequação da ultrafiltração (35,6%), as infeções (27,3%) e os problemas mecânicos (15,2%). “No entanto, a taxa de peritonites atingiu um valor muito baixo, de apenas 0,26 episódios por doente em 2019”, sublinhou a nefrologista.

//// Gráfico 1: NOVOS DOENTES A INICIAR DIÁLISE OU SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL EM 2019

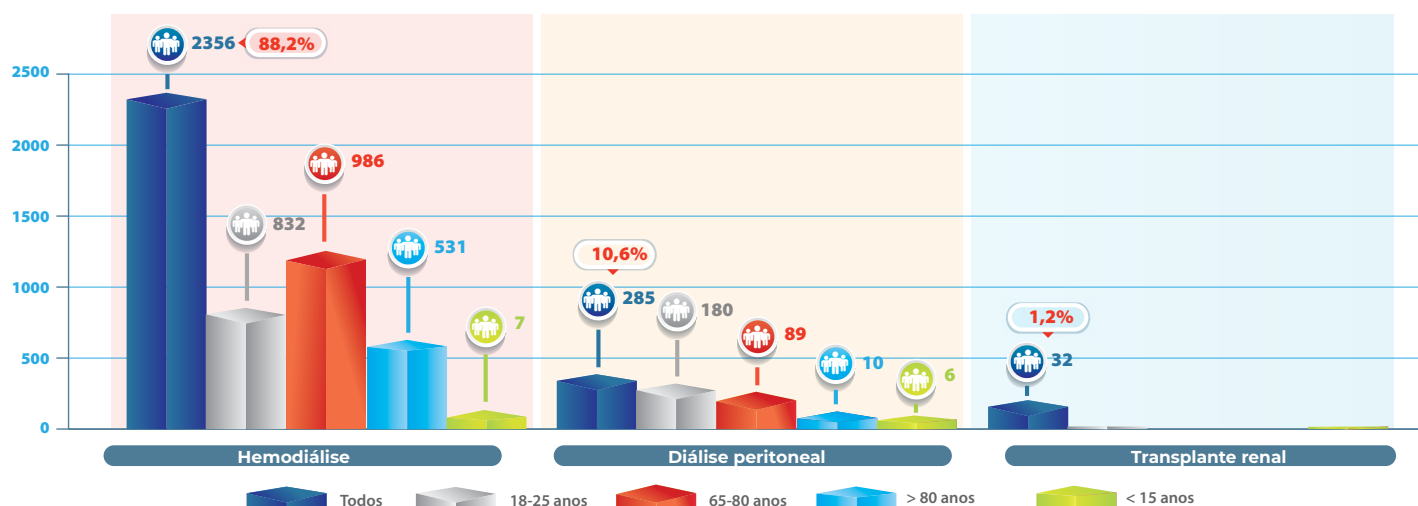
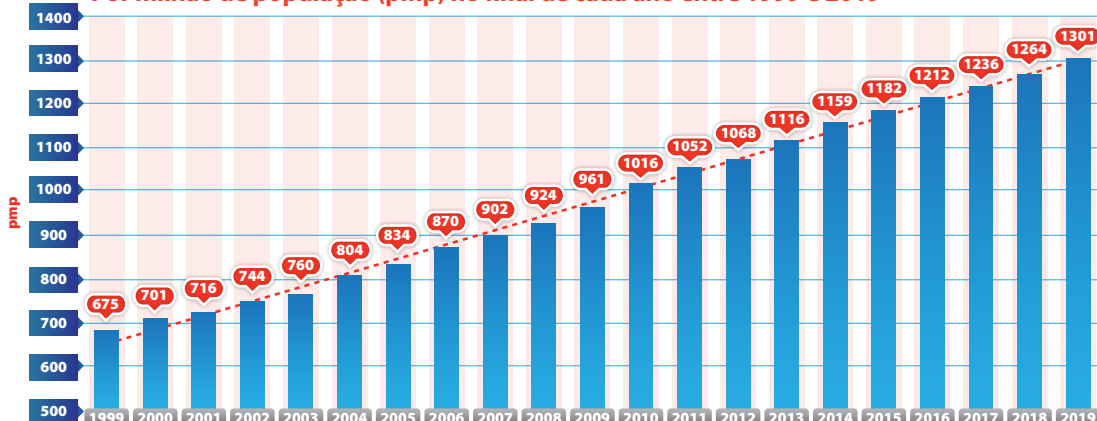


Gráfico 2: PREVALÊNCIA DE DOENTES EM DIÁLISE

Por milhão de população (pmp) no final de cada ano entre 1999 e 2019



AUMENTO DO NÚMERO DE TRANSPLANTES

Em relação à transplantação renal, foram realizados 514 transplantes no ano de 2019 – a maioria com órgão de dador falecido (439) –, representando um crescimento de 1,8% face a 2018. Assim, 2019 foi o sexto ano com maior número de transplantes renais de sempre em Portugal, contribuindo para um total de 13 674 procedimentos desde o início da atividade no nosso país. A incidência do transplante renal atingiu os 50,02 pmp em 2019.

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi o que mais contribuiu para o número total de transplantes com rins de dadores falecidos, tendo realizado 110 transplantes dos 439 procedimentos. Em 2019, foram também realizados 29 transplantes multiórgão, sobretudo de rim-pâncreas,

nos quais se destacaram o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, com 13 procedimentos, e o Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, com 9.

A maioria dos 514 doentes submetidos a transplante fazia HD previamente (383), seguindo-se 99 vindos da DP e 32 que fizeram transplante preemptivo. A glomerulonefrite crónica foi a causa mais comum de doença renal nestes doentes (31,6%), seguida da doença poliquística (17,3%) e da diabetes (17,0%).

No final de 2019, Portugal tinha então 7265 transplantados renais com enxerto funcionante. A prevalência decorrente deste número (707 pmp) representou uma descida ligeira face aos dois anos anteriores, interrompendo a trajetória ascendente que se verificou, quase sem exceções, na última década. Outro aspeto significativo foi o facto de, pela primeira vez, a percentagem de transplantes de dador vivo no total de doentes transplantados prevalentes ultrapassar os 10% (10,6%).



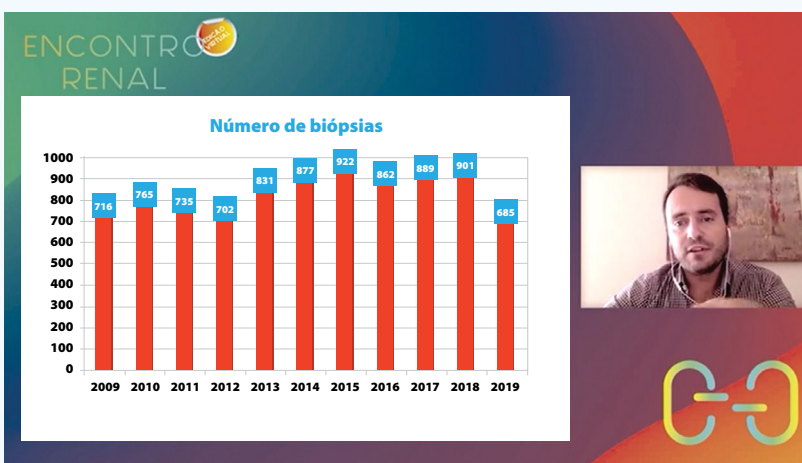
Alguns destaques do Registo da Doença Renal Terminal 2019 apresentados pela Dr.ª Ana Galvão no Encontro Renal 2020

Biópsia renal com papel importante no diagnóstico das vasculites

Os dados relativos a 2019 do Registo Nacional de Biópsias Renais da SPN também foram apresentados no Encontro Renal 2020, pelo **Dr. Mário Góis**, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral. Entre as poucas novidades, destacam-se as vasculites como terceiro diagnóstico mais frequente nos doentes que realizaram biópsia. Ao contrário do habitual, os dados de 2019 não contemplam todos os centros nacionais onde se realizam biópsias renais, uma vez que a crise sanitária relacionada com a COVID-19 impediu três hospitais de coligirem e partilharem os seus dados. Este facto torna difícil a análise de alguns dados absolutos, a começar pelo número total de biópsias efetuadas.

Em 2019, apenas foram contabilizadas 655 biópsias, o que representa uma queda significativa em relação às 901 registadas em 2018. Mário Góis acredita que a diferença se justifica simplesmente com a redução da atividade de registo e não com uma diminuição efetiva do número de biópsias realizadas. Na linha do que tem sido habitual, efetuaram-se mais biópsias em doentes do género masculino (56%) do que feminino. Já a média de idades das pessoas que realizaram o procedimento continuou a aumentar. “A fatia de doentes com mais de 65 anos tem vindo a crescer, representando cerca de 28% em 2019, o que revela a importância da biópsia renal, mesmo na população mais idosa”, sublinhou Mário Góis.

No que respeita aos diagnósticos mais frequentes, a nefropatia IgA (por imunoglobulina A) manteve a liderança, com 107 diagnósticos, seguindo-se a esclerose segmentar e focal, com 71 diagnósticos. A maior novidade foi o facto de as vasculites constituírem o terceiro diagnóstico mais frequente (63 casos). Nos doentes acima dos 65 anos, este grupo



de patologias foi mesmo o diagnóstico mais frequente. “As vasculites têm vindo a crescer entre as doenças mais diagnosticadas nas biópsias renais. Não creio que isso demonstre que são agora mais comuns, mas sim que as biópsias são mais utilizadas como meio de diagnóstico para fazer a demonstração histológica nos doentes com vasculites”, justificou Mário Góis.



Assista a uma parte da apresentação do Dr. Mário Góis no Encontro Renal 2020



PUBLICIDADE

