

**DA OPINIÃO À EVIDÊNCIA CIENTÍFICA – TRANSFORMAR
A NEFROLOGIA E MELHORAR OS OUTCOMES CLÍNICOS**

*FROM EXPERT OPINION TO EVIDENCE-BASED NEPHROLOGY
– DRIVING IMPROVEMENT IN CLINICAL OUTCOMES*

**Simpósio «Genética e doenças
renais – novas perspetivas»**



**Miniconferências dedicadas ao
tema «Doenças glomerulares:
o que há de novo»**

**Sessão especial «Novos sistemas de
reembolso de produtos medicinais:
o admirável mundo novo»**



**Miniconferências sobre
«Epidemiologia da
doença renal crónica»**



ACEDA À VERSÃO DIGITAL



10 DE ABRIL

- 4 // Destaques da cerimónia de abertura e outros momentos do primeiro dia do programa científico
- 5 // Conferência inaugural: o valor económico e social dos fármacos
- 6 // Dados de 2013 do Relatório Anual do Gabinete de Registo de Biopsias Renais da SPN
- 7 // Simpósio de Política de Saúde: qual o valor dos produtos medicinais?
- 8 // Novas evidências epidemiológicas da DRC na Europa

11 DE ABRIL

- 10 // Hemodiálise volta a crescer em Portugal – dados do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da SPN
- 11 // Hemodiafiltração: uma mudança de paradigma?
- 12 // Reunião das sociedades portuguesas de Nefrologia e Diabetologia: as intercorrências da doença renal e da diabetes

12 DE ABRIL

- 14 // Reunião das sociedades portuguesas de Nefrologia e Transplantação: transplantes renais menos que perfeitos
- 15 // Primeira apresentação dos resultados do estudo ODYSSEY
- 16 // Reunião das sociedades portuguesas de Nefrologia e Cardiologia: um olhar abrangente sobre as doenças renais e cardíacas
- 18 // Desafios atuais na abordagem das malformações congénitas nefrourológicas

// APROFUNDAR O CONHECIMENTO SOBRE A ARQUITETURA RENAL



O curso pré-congresso «Patologia renal – da biopsia renal à clínica» realizou-se no dia 9 de abril, sob a coordenação da Dr.^a Fernanda Carvalho, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, e da Dr.^a Helena Viana, nefrologista no mesmo Hospital. «É muito importante conhecer a arquitetura renal, um saber que possibilita um melhor entendimento das doenças renais, facilita o diagnóstico e ajuda na terapêutica.» É desta forma que Fernanda Carvalho justifica a escolha do tema.

Este curso foi destinado, principalmente, a internos de Nefrologia, mas, segundo Helena Viana, «também teve interesse para especialistas, pois

foram abordadas questões que têm evoluído muito nos últimos tempos». Por exemplo, foram revistos aspetos gerais da morfologia renal, as nefropatias idiopáticas e algumas doenças sistémicas. A patologia do rim transplantado foi outro dos tópicos abordados.

Além disso, «foram apresentados casos clínico-patológicos de doentes reais, mas diferentes da rotina diária, e, no final do curso, foi feita uma avaliação com observação de fotografias e resposta a um questionário», acrescenta Helena Viana. Segundo Fernanda Carvalho, «um curso desta natureza é sempre muito bem aceite, pois facilita a compreensão das doenças e a integração anatomoclínica». //

// FORMAÇÃO EM NEFROLOGIA DE INTERVENÇÃO

O sucesso do curso sobre «Nefrologia de intervenção» em edições anteriores do Encontro Renal e o pedido de vários internos motivaram a repetição desta formação pré-congresso, que decorreu também no dia 9 de abril. «O curso de 2013, à semelhança dos anos anteriores, teve uma excelente receptividade, de tal forma que não estava previsto repeti-lo já este ano», explica o Dr. Fernando Neves, coordenador deste curso e nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. E acrescenta: «O interesse dos internos, particularmente por esta nova abordagem ao mais crucial da insuficiência renal crónica (IRC) em hemodiálise (HD) – o acesso vascular – fez com que se alterasse a ideia inicial. Como em equipa que ganha não se mexe, os moldes, preletores e temas foram os mesmos do ano passado.»

Os tópicos sobre ecografia e biopsia renal, ecoDoppler, colocação de cateteres para HD e diálise peritoneal, angiografia e angioplastia, trombectomia de FAV (fístula arteriovenosa) e de PTFE (politetrafluoretileno), uso e indicações para colocação de *stents*, assim como o problema das radiações, foram abordados na parte da manhã e colocados em prática durante a tarde. Os participantes realizaram os exames de ecografia renal de IRC assim como de rim transplantado e Doppler dos acessos vasculares em doentes com IRC em HD. Além disso, foi também possível simular a colocação de cateteres de diálise peritoneal, assim como a realização de angiografias e angioplastias, exatamente com o mesmo material utilizado na prática clínica. //





ENCONTRO RENAL 2014



«In God we trust, all others must bring data»

COMISSÃO ORGANIZADORA: Drs. Álvaro Vaz, Ana Natário, Carlos Barreto, Teresa Morgado (vice-presidente), José Vinhas (presidente), José Assunção, Lúcia Parreira e Joana Felgueiras. Ausentes na foto os Drs. Pedro Pinheiro e Renata Campos

William Edwards Deming, professor e estatístico americano, conhecido pela sua contribuição para a reputação do Japão como um país de grande poder económico, é o autor da frase que titula este texto. Na minha opinião, esta é uma máxima que deveria impregnar todas as especialidades médicas em geral e a Nefrologia em particular, e serve de tópico para o Encontro Renal 2014, subordinado ao título genérico «Da opinião à evidência científica – transformar a Nefrologia & melhorar os *outcomes* clínicos».

Na edição deste ano, duplicámos o número de sessões, o que permite abordar uma maior diversidade de assuntos. Temos sessões dedicadas a questões pouco frequentes, como, por exemplo, epidemiologia da doença renal crónica, genética das doenças renais, nefropatia diabética, doenças glomerulares primárias, cancro e rim, risco cardiovascular e doença renal crónica, rim e doença cardíaca, prevenção da doença renal crónica e da doença cardiovascular.

Destaque ainda para temas completamente novos dedicados à Nefrologia Pediátrica (malformações congénitas nefrourológicas – CAKUT, na sigla em inglês) e à política de saúde. Na sessão intitulada

«Novos sistemas de reembolso de produtos medicinais: o admirável mundo novo» contamos com as honrosas presenças do Prof. Niklas Hedberg, da TLV (agência responsável pela aprovação de novos medicamentos na Suécia) e da Dr.ª Paula de Almeida, vogal do Conselho Diretivo do Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde).

Organizámos, também pela primeira vez, reuniões conjuntas com quatro sociedades médicas: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Secção de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria e Sociedade Portuguesa de Transplantação. No total, 12 preletores estrangeiros e 36 nacionais comentam o estado da arte apresentado neste Encontro Renal sob a forma de conferências, miniconferências, simpósios, sessões especiais, cursos e simpósios-almoço promovidos pela indústria.

É com o maior prazer que, em nome da Comissão Organizadora do Encontro Renal 2014, desejo boa estadia e bom Congresso a todos os participantes. //

// JOSÉ VINHAS

Presidente do Encontro Renal 2014

FICHA TÉCNICA

Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia



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

Edição:



Esfera das Ideias, Lda. • Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E
1150 - 023 Lisboa • **Tel.:** (+351) 219 172 815 • **Fax:** (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Gestor de projetos: Tiago Mota (tmota@esferadasideias.pt)
Redação: Inês Melo, Luís Garcia e Marisa Teixeira
Fotografia: Luciano Reis • **Design e paginação:** Filipe Chambel

Impressão:



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

Depósito legal n.º 338826/12

Apoios:

abbvie

AMGEN

astellas
Leading Light for Life

Baxter

DIAVERUM

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



// FLASHBACK



▲ Na cerimónia de abertura, o Dr. Fernando Macário (presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação), o Prof. Fernando Nolasco (presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia), o Dr. José Vinhas (presidente do Encontro Renal 2014), a Enf.^a Ana Lourenço (presidente do Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação – APEDT) e o Enf.^o Fernando Vilares (presidente da APEDT) deram as boas-vindas aos congressistas. Entre outras mensagens, foi salientada a colaboração profícua com outras sociedades científicas nesta edição do Encontro Renal.



▲ O contributo dos enfermeiros nos processos de acreditação/certificação da qualidade foi discutido numa das sessões do Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT). Os oradores foram os enfermeiros Jorge Melo («Boas práticas em hemodiálise»), Zoraida Monteiro («Construção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem»), Lina Borges (moderadora) e Ana Vanessa («Objetivos e estratégias da gestão da qualidade»).



▲ No primeiro dia de programa científico, já era evidente a afluência de congressistas, contabilizando-se 547 inscrições, entre médicos, enfermeiros e profissionais da indústria farmacêutica.



▲ Os conhecimentos mais recentes sobre as doenças glomerulares estiveram em evidência em três miniconferências: «Caracterização genética do síndrome nefrótico corticorresistente» (Prof. Gabriel Miltenyi, do Instituto de Medicina Molecular de Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa); «Nefropatia membranosa: novos conceitos na patogénese» (Prof. Pierre Ronco, do Hôpital Tenon, em Paris) e «O papel da hematúria na progressão das doenças glomerulares: o exemplo da nefropatia IgA» (Prof. Jesús Egido, diretor do Laboratório de Investigação em Patologia Renal e Vascular da Fundação Jimenéz Díaz).



Um dos grandes problemas dos sistemas de saúde atuais é o crescimento acelerado da despesa, tanto pública como privada, devido ao aumento dos custos dos cuidados. De acordo com o Prof. Michael Porter (Harvard Business School), esta tendência pode ser infletida, melhorando simultaneamente os resultados, sem perda de qualidade. Como? Calculando os orçamentos hospitalares com base nos custos dos cuidados que têm impacto nos resultados em saúde, em vez de, como acontece atualmente, ser considerada a produção dos serviços.

Assim, seria possível restringir o financiamento aos cuidados que acrescentam valor para os doentes (por exemplo, anos de vida ganhos ponderados pela qualidade), possibilitando eliminar o «desperdício». Ao propor que se estime a razão entre os cus-

tos e as consequências das alternativas terapêuticas, esta abordagem permite ainda a implementação da avaliação económica das tecnologias e, consequentemente, a melhoria da eficiência.

No entanto, a noção de valor subjacente à proposta de Porter é limitada – restringe-se à perspetiva do doente. Uma vez que o financiamento é feito em nome da sociedade (ou do Serviço Nacional de Saúde), o valor deve incluir outras dimensões, em particular a equidade (por exemplo, tecnologias que preencham lacunas terapêuticas ou tratem situações terminais). É nesse sentido que o Prof. Panos Kanavos (London School of Economics) indica que a noção de valor deve ser mais ampla.

Em suma, as perspetivas de Porter e de Kanavos são complementares: o valor é o elo que as une. //

NOTA: O Dr. Carlos Gouveia Pinto, professor no Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG), em Lisboa, foi o orador da conferência inaugural do Encontro Renal 2014. A sessão foi moderada pelo Prof. Manuel Pestana (diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto) e pelo Dr. João Sequeira Andrade (diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo).

// SPN DISTINGUE MELHORES TRABALHOS DA NEFROLOGIA NACIONAL

Nesta edição do Encontro Renal, três internos foram «presenteados» com as bolsas da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). A Dr.^a Ana Rita Martins, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, está a desenvolver um trabalho na área da investigação básica em Nefrologia, na Fundação Jiménez, em Madrid. Outro premiado, o Dr. Luís Rodrigues, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, está nas clínicas Sain-Gatien e Ambroise Paré (em Tours e Paris, respetivamente) a trabalhar num projeto na área da Nefrologia de intervenção vascular. Também distinguida, a Dr.^a Marina Vieira, do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, está a desenvolver um trabalho na área da Nefrologia Pediátrica, na Université Paris Descartes (França).

Além das bolsas, também foram entregues, no fim da conferência inaugural, os seguintes prémios por áreas:

// Transplantação: «Na perspetiva social, qual a melhor modalidade terapêutica, hemodiálise ou transplante renal?», **Dr.^a Margarida Domingos, do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral**

// Nefrologia Clínica: «A insuficiência renal não é fator de prognóstico em doentes com mieloma múltiplo tratados com novos agentes terapêuticos», **Dr.^a Isabel Pereira, Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

// Nefrologia Básica: «Magnésio sérico e inflamação em doentes com lúpus eritematoso sistémico», **Dr.^a Liliana Cunha, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**

// Hemodiálise: «Hemodiálise noturna: a realidade de um centro», **Dr.^a Isabel Mesquita, Diaverum Entrecampos, Lisboa**

// Diálise Peritoneal (patrocínio Baxter): «Proteómica: um caminho promissor na diálise peritoneal», **Dr.^a Rita Magriço, Hospital Garcia de Orta, em Almada**

Prémios de 2013 do Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension:

Best Editorial: «*It's an anti-hyperglycaemic... It's a diuretic... It's SGLT2 inhibition!*», Dr.^a Inês Aires (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa); Dr. Joaquim Calado (Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral)

Best Review Article: «*Acute kidney injury: definition and epidemiology*», Prof. José António Lopes (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz)

Best Original Article: «*Disruption of urate transport in familial renal glucosuria and report on SGLT2 expression in normal and pathological kidney*», Dr.^a Inês Aires (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa) et al.

Best Case Report: «*New onset of mixed cryoglobulinemia vasculitis after persistent hepatitis C virus eradication*», Dr. Rui André Silva (Hospital do Espírito Santo, Évora) et al.

Prémio Amgen para melhores apresentações do Congresso

// Dr.^a Liliana Cunha // Dr.^a Rita Magriço

Prémio Roche 2013

// «*Lower serum magnesium is associated with cardiovascular risk factors and mortality in haemodialysis patients*», Dr.^a Patrícia Matias (Nephrocare, Vila Franca de Xira)



// NEFROPATIA DIABÉTICA GANHA MAIOR EXPRESSÃO NAS BIOPSIAS RENAIS



A Dr.ª Fernanda Carvalho – nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/ /Hospital Curry Cabral e vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) – apresentou o Relatório Anual (de 2013) do Registo Nacional de Biopsias Renais.

De acordo com a Dr.ª Fernanda Carvalho, também coordenadora do Registo Nacional de Biopsias Renais da SPN, «no decorrer do ano 2013, realizaram-se 833 biopsias renais, mais 131 do que em 2012».

Este aumento poderá dever-se «à abertura de mais centros de Nefrologia no País, como sucedeu no Hospital de Braga, e a um maior cuidado na recolha de dados provenientes de centros de Pediatria, cujas biopsias não eram devidamente contabilizadas».

No que diz respeito à distribuição geográfica das biopsias renais realizadas, o sul do País lidera com um total de «426, seguindo-se o norte com 319 e a região centro com 88», adiantou Fernanda Carvalho. Quanto à distribuição etária, «foram executadas 581 biopsias renais no doente adulto, 204 nos doentes com idades superio-

res aos 65 anos e 48 no grupo com idades inferiores a 15 anos».

Fernanda Carvalho salientou o expressivo aumento das biopsias renais realizadas em quadros de nefropatia diabética – que, de 2012 para 2013, quase duplicaram: «No ano passado, foram realizadas 43 biopsias renais por nefropatia diabética, quase o dobro das 23 feitas em 2012.» Segundo a especialista, «a prevalência da diabetes tem vindo a aumentar em todo o mundo, afetando o rim com maior frequência e colocando maiores dúvidas no diagnóstico diferencial da proteinúria e da insuficiência renal nos doentes diabéticos». //

OPINIÃO

BIOPSIA RENAL ALÉM DO DIAGNÓSTICO – O EXEMPLO DA NEFROPATIA DE FABRY

A fisiopatologia da nefropatia de Fabry não é completamente compreendida, embora esteja identificado um largo espectro de fenótipos na doença de Fabry. A terapêutica de substituição enzimática (TSE) é muito dispendiosa e não existem recomendações claras nem sobre quando a iniciar, nem sobre a diferenciação do tratamento. As alterações morfológicas em biopsias renais têm sido descritas e postuladas como biomarcadores de prognóstico¹. Recentemente, numa coorte de doentes jovens (média de 16,5 anos de idade no início do tratamento) com normo-/microalbuminúria, foi demonstrado que a TSE de longa duração, administrada ao longo de cinco anos, teve um efeito clínico positivo, induzindo a regressão na lesão dos podócitos, comparativamente à biopsia basal.

Além do mais, pela primeira vez, a *clearance* do depósito de esfingolípidos nos podócitos

foi entendida e correlacionada com a reversão da microalbuminúria. Os podócitos são importantes na manutenção da barreira de filtração glomerular e a fusão dos processos podocitários poderá estar envolvida na patogénese da albuminúria em quadros precoces de nefropatia de Fabry². Porém, foi demonstrado que as alterações vasculares são proeminentes nesta nefropatia e estudos de biopsia recentes, após dez anos de TSE, mostraram que a doença vascular progressiva pode ser um achado mais relevante em doentes com declínio da taxa de filtração glomerular a longo prazo, mesmo em jovens adultos³.

Os atuais procedimentos de biopsia renal são seguros⁴ e fornecem informação importante para o prognóstico, devendo ser realizados no início e no *follow-up* da TSE, em indivíduos com doença de Fabry. //



PROF. EINAR SVARSTAD // Diretor da Unidade Renal do Hospital Universitário de Haukeland, em Bergen, Noruega

Referências bibliográficas: 1. Fogo A. et al. Scoring system for renal pathology in Fabry disease: report of the International Study Group of Fabry Nephropathy (ISGFN). *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2010 Jul; 25(7):2168-77. 2. Tøndel C. et al. Agalsidase Benefits Renal Histology in Young Patients with Fabry Disease. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2013 Jan; 24(1):137-48. 3. Skrunes R. et al. Fabry nephropathy (FN) outcome and the impact of diagnostic kidney biopsies after 10 years enzyme replacement therapy (ERT). ERA-EDTA Amsterdam June 2014 (accepted poster). 4. Tøndel C. et al. Safety and complications of percutaneous kidney biopsies in 715 children and 8573 adults in Norway 1988-2010. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2012; 7:1591-1597.

NOTA: O Prof. Einar Svarstad foi um dos oradores do Simpósio «Genética e doenças renais: novas perspectivas». Também intervieram nesta sessão o Prof. Alberto Ortiz (diretor do Serviço de Nefrologia da Fundación Jiménez Díaz, em Madrid), com o tema «Mecanismos e tratamento da fibrose renal – vias comuns nas nefropatias hereditárias e não hereditárias»; e a Dr.ª Susana Fernandes, do Serviço de Genética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com o tema «Novos métodos de análise genética: contribuição para o estudo, nosologia e diagnóstico das doenças genéticas do rim».



// AVALIAÇÃO E COMPARTICIPAÇÃO DOS PRODUTOS MEDICINAIS



Drs. Paula de Almeida (vogal do Conselho Diretivo do Infarmed), Ana Escoval (professora na Escola Nacional de Saúde Pública), Carlos Gouveia Pinto (professor no ISEG) e Niklas Hedberg (diretor do Department of New Submissions da Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, na Suécia)

O Simpósio de Política de Saúde promoveu o debate e a partilha de experiências em torno dos novos sistemas de avaliação e reembolso dos produtos medicinais e reuniu um painel de oradores com responsabilidade nestas matérias na Suécia e em Portugal.

«Atualmente, na Suécia, o custo total dos produtos medicinais ronda os quatro biliões de euros por ano. Destes, cerca de dois terços são gastos no sistema de comparticipação», revelou, na primeira comunicação do simpósio, o Dr. Niklas Hedberg, diretor do Department of New Submissions da Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, na Suécia. Desde 2002, este país aplica o preço baseado no valor aos produtos medicinais, «com base em três critérios: equivalente e valor humano, necessidade e solidariedade, custo-efetividade».

Pouco mais de uma década após a introdução deste sistema na Suécia, «os produtos medicinais inovadores recentemente avaliados têm preços aproximados aos da média europeia». Já os produtos mais maduros, mas que não tenham ainda sido alvo da competição dos genéricos, «têm preços rígidos e mais elevados do que a média europeia». Quanto aos genéricos, «os preços na Suécia estão entre os mais baixos da Europa», assinalou Niklas Hedberg.

Este especialista apresentou também indicadores de que «a Suécia não está entre

os países que mais cedo introduzem novos produtos medicinais no mercado». No entanto, tem implementado medidas para «fazer chegar aos doentes com maiores necessidades, e tão rapidamente quanto possível, os fármacos mais eficazes e custo-efetivos». De acordo com Niklas Hedberg, «existe uma crescente compreensão de que, para atingir este objetivo, é necessário associar às avaliações de custo-utilidade de elevada qualidade a cooperação entre todos os atuais intervenientes».

A PERSPETIVA DO INFARMED

Numa breve entrevista à *SPN News*, o Dr. Eurico Castro Alves, presidente do Conselho Diretivo do Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), falou sobre o caminho a seguir em Portugal quanto à avaliação e ao pagamento dos produtos medicinais.

// Como pretende o Infarmed proceder à avaliação e pagamento dos produtos medicinais em Portugal?

Pretende-se implementar novas metodologias de avaliação terapêutica e económica dos medicamentos, incorporando conhecimentos adquiridos através da colaboração com outras entidades avaliadoras europeias. Pretende-se, também, proceder à reavaliação do financiamento após um período de tempo em que o medicamento já está a ser comercializado, baseando essa reavaliação nos dados de eficiência e efetividade em contexto real recolhidos durante esse período. O sistema pressupõe ainda o alargamento da avaliação a outro tipo de produtos para além dos medicamentos, nomeadamente os dispositivos médicos.

No que toca ao pagamento, pretende-se implementar novas formas de contratualização do financiamento, através de acordos com a indústria farmacêutica, nomeadamente o financiamento condicionado à efetividade do medicamento em

cada doente. Isto permitirá partilhar o risco da utilização da tecnologia com os seus produtores/responsáveis pela comercialização.

// Quais os objetivos e desafios deste novo sistema de financiamento?

Obter ganhos em saúde da população, maximizar esses mesmos ganhos e a qualidade de vida dos cidadãos. Este novo sistema pretende, também, contribuir para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, garantir a utilização eficiente dos recursos públicos em saúde, monitorizar a utilização e a efetividade das tecnologias e, simultaneamente, reduzir desperdícios e ineficiências. Promover e premiar o desenvolvimento de inovação relevante e fomentar o acesso equitativo às tecnologias de saúde são também objetivos. Na implementação deste novo sistema de financiamento, debatemo-nos com alguns desafios, nomeadamente a construção de um sistema de informação que permita a monitorização da utilização, efetividade



e eficiência dos produtos financiados em Portugal e garantir a disponibilidade da informação epidemiológica da população portuguesa para servir de base à avaliação.

// Para quando está prevista a sua implementação em Portugal?

O sistema está em fase final de planeamento, prevendo-se para breve a nova legislação que lhe dará suporte.



// EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÓNICA NA EUROPA



As novas evidências epidemiológicas da doença renal crónica (DRC) na Europa foram apresentadas pelas Dr.^{as} Katharina Brück e Kitty Jager, investigadoras do European CKD Burden Consortium e do Registo da European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA – EDTA), sediado no Academic Medical Center, em Amesterdão.

«Comparar o impacto da DRC entre vários países europeus tem sido uma missão dificultada pelas diferenças na distribuição por idade e sexo na população em geral, mas também nas próprias definições de DRC e nas fórmulas utilizadas para determinar a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe)», sublinhou Katharina Brück. Com base numa revisão da literatura europeia, bem como nas novas *guidelines* da KDIGO (*Kidney Disease Improving Global Outcomes*), a equipa de investigação que Katharina Brück integra estabeleceu critérios de análise uniformes para determinar a prevalência da DRC na Europa.

As definições padronizadas para a prevalência da DRC foram estabelecidas como presença de albuminúria ≥ 30 mg/g e/ou TFGe < 60 mL/min/1.73m² – de acordo com a fórmula CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*) – e sem o critério de cronicidade, uma vez que apenas quatro dos estudos analisados apresentavam estes resultados. Todos os dados de prevalência foram padronizados para a ida-

de e o sexo da população da União Europeia a 27 estados membros.

De 71 estudos elegíveis, até ao momento, a equipa recebeu dados sobre a prevalência de 19 trabalhos de 13 países. Em estudos que utilizaram o método de Jaffe, a prevalência da DRC nos estádios 1a 5, ajustada à faixa etária dos 65 aos 74 anos, «variou de 14,3% [IC 95%; 13,6-15,0], na Noruega, e 44,0% [IC 95%; 40,2-47,7], no nordeste da Alemanha», frisou Katharina Brück. Nos estudos que utilizam o método enzimático, esta prevalência, ajustada para a mesma faixa etária variou de 16,7% [IC 95%; 15,4-18,1], no estudo *LifeLines*, e 30,5% [IC 95%; 27,8-33,1], no estudo *PREVEND* (*Prevention of Renal and Vascular Endstage Disease*).

De acordo com Katharina Brück, «a substancial variação da prevalência de DRC nos países europeus poderá, pelo menos em parte, ser explicada pela heterogeneidade das amostras nas quais se basearam os estudos populacionais e nos diferentes métodos de determinação dos níveis de creatinina sérica».

CRITÉRIOS PARA INICIAR DIÁLISE – EVIDÊNCIA ATUAL

«Nas últimas décadas, assistiu-se a um aumento significativo do número de doentes que iniciam diálise, verificando-se uma tendência para principiar num estágio mais precoce da doença renal – o que tem suscitado um debate crescente», começou por notar Kitty Jager. Segundo esta epidemiologista, o estudo *IDEAL* (*Initiating Dialysis Early and Late*) não demonstrou benefício para a sobrevida dos doentes com a iniciação da diálise perante níveis mais elevados de TFGe, comparativamente ao início da diálise em níveis mais baixos. De facto, «a evidência disponível não permite ainda estabelecer o nível de função renal ideal para iniciar a diálise e melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes».

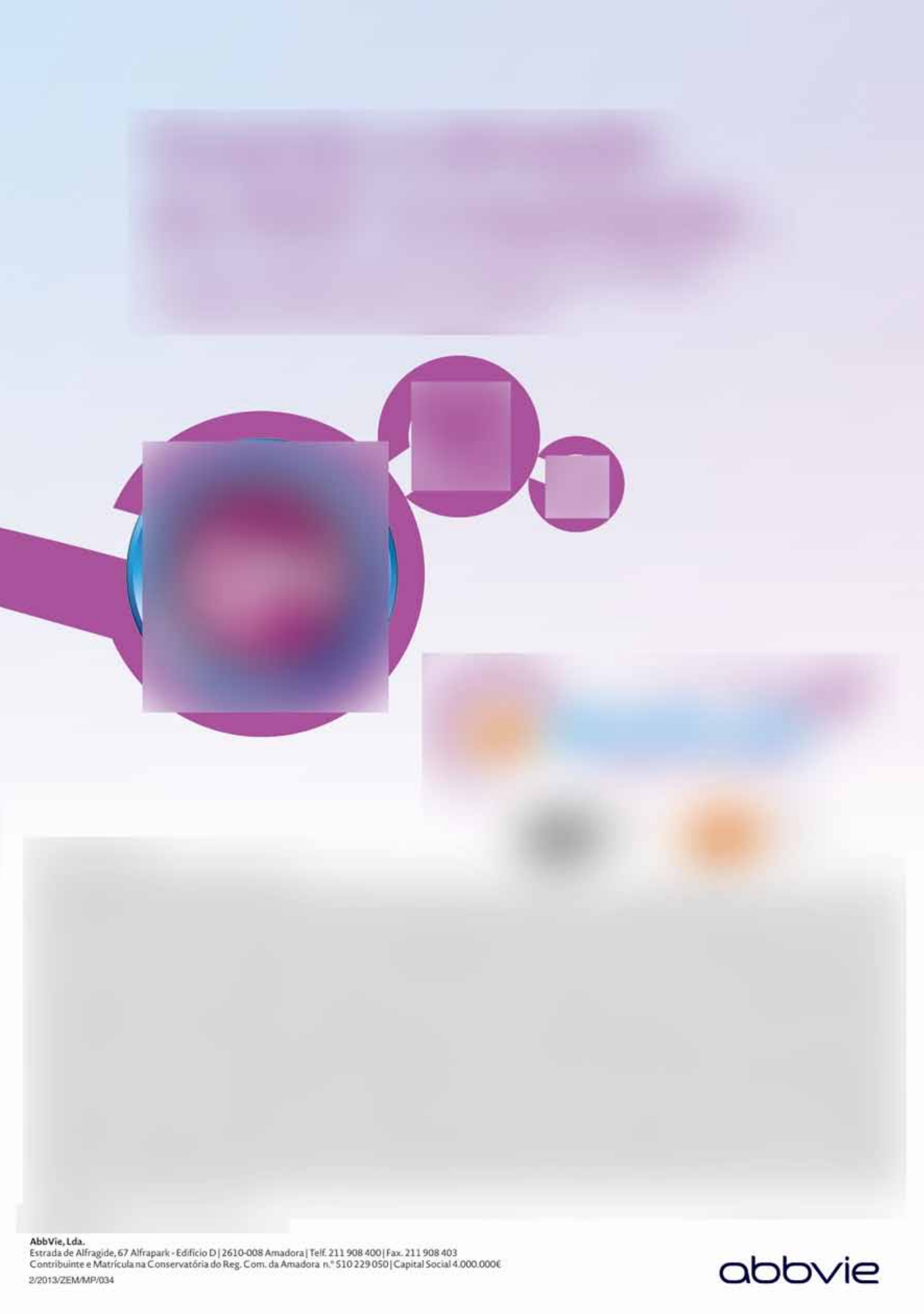
Por outro lado, os estudos observacionais que mostram uma associação negativa entre a TFGe no início da diálise e a sobrevida dos doentes «suscitaram dúvidas» quanto à utilização da TFGe como indicador da função renal em níveis residuais, no âmbito de doença renal crónica [DRC] avançada. «Isto levanta o problema de não sabermos que medida de função renal residual poderá determinar o melhor momento para iniciar a diálise», sublinhou Kitty Jager.

Esta oradora apresentou também o estudo internacional multicêntrico *EQUAL* (*European QUALity Study on treatment in advanced chronic kidney disease*), que está a decorrer e analisa dados de indivíduos com DRC e mais de 65 anos. Estes doentes serão acompanhados até ao fim da vida, no início de diálise ou transplante, até à alta da clínica de Nefrologia ou após um período máximo de quatro anos de *follow-up*. No momento do recrutamento, os doentes devem apresentar uma TFGe de 20 mL/min/1.73m² ou inferior, mas ainda não deverão estar a fazer diálise. Este estudo vai permitir melhorar o conhecimento sobre a evolução clínica dos doentes e a definição de critérios para iniciar a diálise. ▀

Para mais informação sobre o estudo EQUAL, visite o [website www.equal-study.org](http://www.equal-study.org)



NOTA: Às comunicações das Dr.^{as} Katharina Brück e Kitty Jager seguiu-se a miniconferência do Dr. João Filipe Raposo, diretor clínico da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, sobre o *PREVADIAB* (Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal).





OPINIÃO

HEMODIÁLISE VOLTA A CRESCER EM PORTUGAL

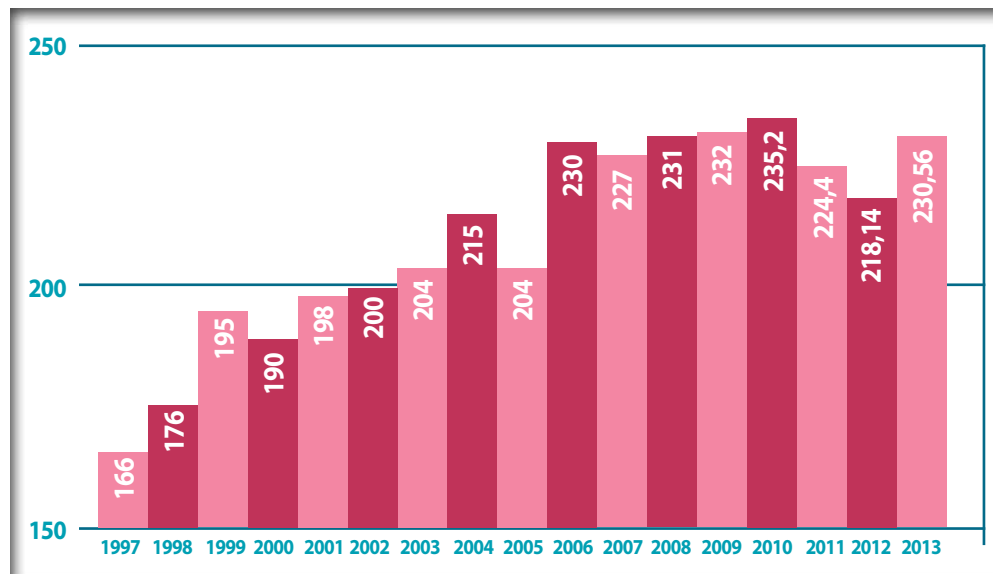


DR. FERNANDO MACÁRIO // Coordenador do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (desde 2007)

Na era da Norma 017/2011 da Direção-Geral da Saúde, a incidência e a prevalência de doentes em hemodiálise (HD) cresceram de forma significativa em 2013, ao invés do observado na diálise peritoneal (DP), em que ambas diminuíram. A transplantação renal inverteu a tendência de queda que se tinha observado em 2011 e 2012. Portugal continua no topo europeu da incidência e prevalência de doentes em tratamento substitutivo renal para a doença renal crónica (DRC) em estágio 5.

Este ano, apresentamos os dados enviados por 120 unidades de HD, 26 unidades de DP e 9 unidades de transplantação renal. A adesão dos nefrologistas ao envio de dados para o Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia foi total.

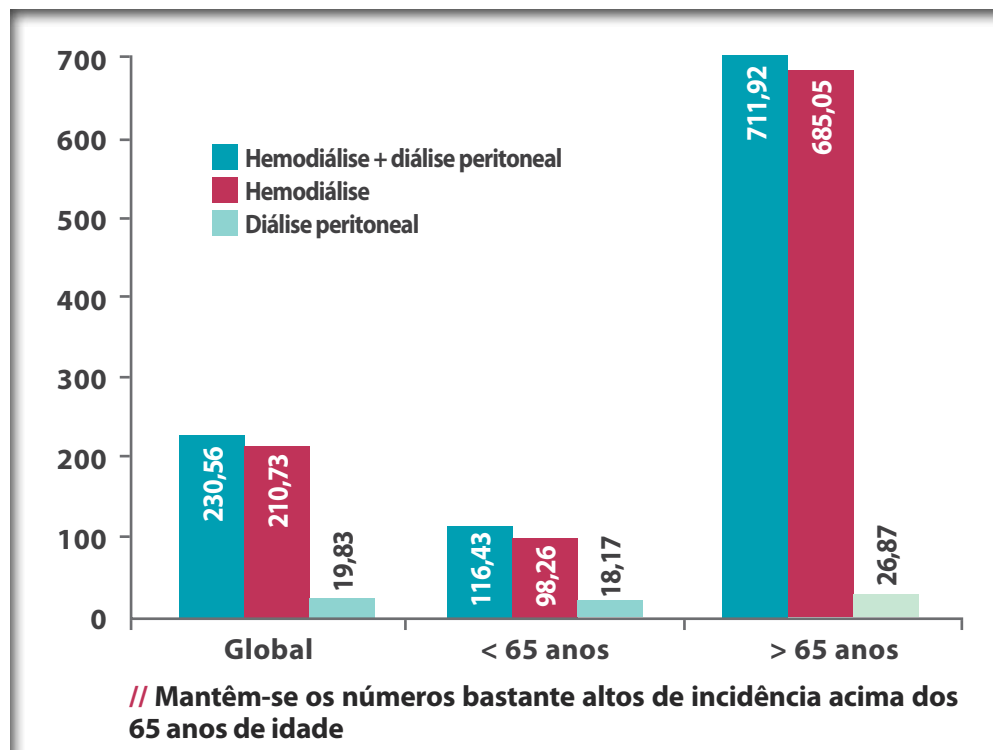
A implementação de consultas de esclarecimento em praticamente todos os Serviços de Nefrologia do País, em estrito cumprimento da Norma n.º 017/2011 de 28/9/2011 – e atualizada em 14/6/2012 – elimina o mito da falta de informação aos doentes. Atualmente, em Portugal, praticamente todos os doentes ou seus representantes legais fazem esta opção terapêutica de forma esclarecida. Muitas perguntas e dúvidas pairaram sobre os nefrologistas em relação a esta questão, tantas vezes injustamente. Importa analisar os números, pois, mesmo que estes não deem respostas, são uma importante fonte para análise.

GRÁFICO 1 // DADOS GLOBAIS DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL (incidência de 1997 a 2013)

De 2010 a 2012, observámos uma diminuição significativa da incidência de novos doentes em tratamento da DRC em estágio 5. Em 2013, a tendência inverteu-se, com um aumento significativo desta incidência (ver gráfico 1).

Mais surpreendente é o recuo no número de doentes a iniciar DP (de 220

em 2012, para 208 em 2013) e mesmo no número de doentes prevalentes (742 para 732). Estes dados pouco esperados são uma excelente base para discussão. A transplantação renal melhorou um pouco em relação ao ano anterior, sem atingir os números máximos de 2009. O transplante

GRÁFICO 2 // INCIDÊNCIA DE HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL POR MILHÃO DA POPULAÇÃO EM 2013 (global, abaixo e acima dos 65 anos)

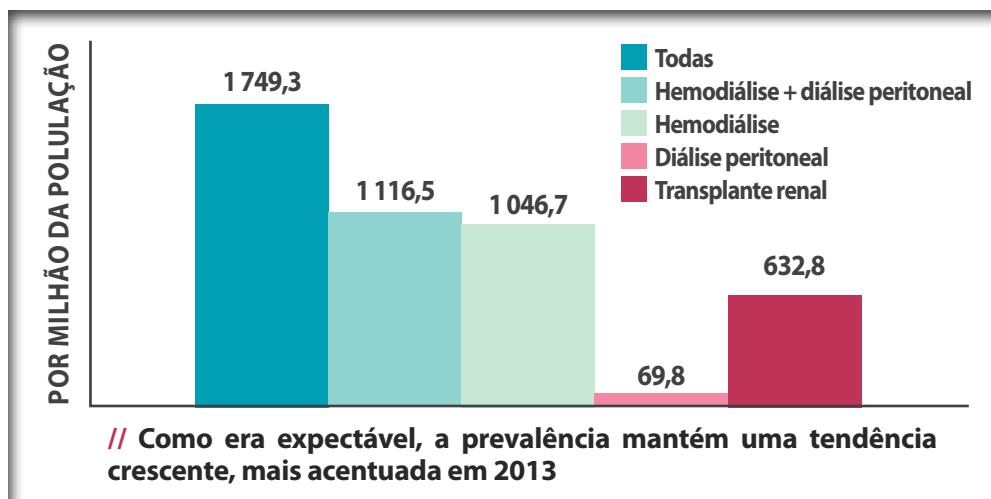
NOTA: o Dr. Fernando Macário apresenta estes e outros dados de 2013 do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da SPN, entre as 8h30 e as 9h30, na sala (Fénix I).

renal, como primeira opção terapêutica, continua a ser residual em Portugal, facto que merece reflexão.

A DRC estágio 5 continua a ter uma elevada incidência em grupos etários mais idosos – superior a 700 doentes por milhão de pessoas acima dos 65 anos (ver gráfico 2). A prevalência continua elevada em todos os métodos de tratamento substitutivo da função renal (ver gráfico 3). Num contexto em que a idade média dos doentes em HD continua a aumentar (66,9 anos), é de realçar que a mortalidade continua baixa – 13,2% incluindo todos os doentes e 12,4%, se excluirmos os que morrem até aos 90 dias após o início de HD. A mortalidade mais baixa em DP não é comparável, pois estamos perante populações completamente distintas. A principal causa de morte continua a ser cardiovascular.

Os acessos vasculares nos doentes prevalentes continuam a melhorar desde que foi introduzido o preço compreensivo, a taxa de acessos autólogos ultrapassou a barreira dos 70% e a de cateteres diminuiu para cerca de 17%.

GRÁFICO 3 // PREVALÊNCIA PONTUAL DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO RENAL EM 2013



É inegável que continuam a verificar-se diferenças regionais muito importantes em diversos aspetos do tratamento da DRC em estágio 5, que devem ser alvo de análise profunda. Num país mergulhado num ambiente depressivo de crise e com o tratamento da DRC financiado a um dos mais baixos níveis da Europa, é profunda-

mente satisfatório analisar os números que refletem a qualidade do tratamento desta patologia em Portugal. A elevada incidência e prevalência, se por um lado reflete acesso universal, por outro deve continuar a ser olhada com natural preocupação e enfatiza a necessidade de adotarmos mais políticas de prevenção da DRC. //

OPINIÃO

AVALIAÇÃO DO BENEFÍCIO DA HEMODIAFILTRAÇÃO

Nos últimos anos, três grandes estudos prospetivos e randomizados foram conduzidos em países europeus distintos, comparando os principais resultados clínicos em doentes prevalentes que recebiam hemodiálise (HD) convencional e hemodiafiltração *online* (OL-HDF). No estudo holandês CONTRAST (*Dutch CONvective TRANsport STudy*), 714 doentes foram randomizados para HD de baixo fluxo (LF-HD) ou OL-HDF. No final, não foi registada qualquer diferença entre os dois grupos no que diz respeito à taxa de sobrevivência.

Da mesma forma, no *Turkish HDF study*, 782 doentes foram randomizados para HD de alto fluxo (HF-HD) ou OL-HDF e o resultado não foi afetado pela alocação aos diferentes tratamentos. Finalmente, na Catalunha, o ESHOL (*Estudio de Supervivencia de Hemodiafiltracion On-Line*) colocou 906 doentes em HD ou OL-HDF. Neste ensaio clínico, a alocação para OL-HDF foi associada a uma redução de 30% em todas as causas de mortalidade – relacionada com a redução do risco de mortalidade cardiovascular, por acidente vascular cerebral ou de causa infecciosa.

Em todos estes grandes estudos randomizados, o volume convectivo pareceu ser um fator importante. Uma análise *post hoc* do CONTRAST e do *Turkish HDF study* mostrou uma redução do risco de mortalidade

de 39% e 46%, respetivamente, nos doentes em que se conseguiu atingir um alto volume de convecção (>22 e >20 L por sessão). Da mesma forma, uma análise *post hoc* do estudo ESHOL mostrou uma redução de 40% e 45% no risco de mortalidade em doentes nos quais se conseguiu atingir volumes de convecção entre 23 a 25 L por sessão e mais do que 25 L por sessão, respetivamente. Estes resultados evidenciam que é necessário atingir altos volumes de convecção para reduzir a mortalidade por todas as causas e indicam que esta modalidade de tratamento pode aumentar a sobrevivência do doente quando é alcançado um volume convectivo suficientemente alto.

Assim, conclui-se que é altura de substituir a HD pela OL-HDF de alto volume por três razões. Primeiro, porque o desenvolvimento tecnológico do tratamento da água e também os avanços em monitores, bem como o uso generalizado de dialisadores de alto fluxo sintéticos tornam esta proposta viável. Em segundo lugar, listaram-se os possíveis benefícios clínicos que estes tratamentos podem oferecer e não foram reportados quaisquer efeitos indesejáveis. Por último, os resultados de estudos multicêntricos rando-



mizados forneceram evidências científicas de que a OL-HDF aumenta a sobrevivência do doente. //

NOTA: o Dr. Francisco Maduell, do Departamento de Nefrologia do Hospital Clínic, em Barcelona, é o preletor da Conferência da Manhã, que decorre entre as 8h30 e as 9h00, na sala (Fénix II).



// PREVENIR AS COMPLICAÇÕES DA DIABETES E MANTER OS RINS SAUDÁVEIS



// DR.ª CARLA BAPTISTA



// PROF. RUI ALVES

A reunião conjunta da Sociedade Portuguesa de Nefrologia com a Sociedade Portuguesa de Diabetologia tem lugar na sala 2 (Fénix 2), entre as 9h30 e as 11h00, e visa apontar soluções para minorar as consequências da diabetes (uma doença em crescimento) a nível renal.

Marisa Teixeira

Após a primeira apresentação da Dr.ª Raquel Almeida, interna de Endocrinologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (ver artigo na página ao lado), segue-se a intervenção da Dr.ª Carla Baptista, endocrinologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sobre diabetes *mellitus* pós-transplante (DMPT). «Trata-se de uma das complicações mais frequentes após o transplante de órgão sólido, nomeadamente de rim, e associa-se a um aumento do risco de perda do enxerto e de mortalidade cardiovascular», esclarece a endocrinologista.

De frisar que estes doentes estão também em risco de desenvolverem complicações agudas e tardias da diabetes. A especialista menciona que «os mecanismos etiopatogénicos subjacentes são complexos e múltiplos». Trabalhos recentes apontam para a importância central da falência da célula β em todo este processo, para além da insulinoresistência. Os fármacos imunossupressores mais implicados são os corticoides, os inibidores da calcineurina e os inibidores mTOR (*mammalian target of rapamycin*).

Carla Baptista sublinha que o tratamento da DMPT tem-se baseado nas orientações terapêuticas da diabetes *mellitus* tipo 2. Tal como neste caso, «é essencial o desenvolvimento e a adoção de terapêuticas seguras e eficazes, que deem respostas às alterações fisiopatológicas». E, como indicam as diretrizes, o tratamento tem de ser personalizado. Além disso, «é de realçar que os melhores resultados de sobrevivência dos doentes e do enxerto serão sempre superiores em unidades onde exista uma equipa multidisciplinar para a diabetes», remata a endocrinologista.

NOVIDADES NA NEFROPATIA DIABÉTICA

«Têm sido dados passos muito interessantes no campo do diagnóstico precoce da nefropatia diabética, mas, sobretudo, no entendimento da sua fisiopatologia extremamente complexa.» Quem o diz é o Prof. Rui Alves, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que acrescenta: «Os modelos animais da diabetes tipo 1 e tipo 2 têm-se revelado de extraordinário interesse neste domínio apontando vários caminhos possíveis ao nível terapêutico no sentido de retardar a progressão da glomerulosclerose

diabética. A própria regressão da doença ao nível estrutural/histológico tem fomentado um trabalho de investigação muito aliciente, embora nem sempre compensador.» Com efeito, ao invés de uma certa euforia estimulada compreensivelmente pelos modelos animais, os resultados no ser humano, também condicionados por imperativos de ordem ética, obrigam os especialistas a serem bastante mais parcimoniosos.

Até ao momento atual, têm sido dados passos com um contributo assinalável no retardamento da doença através do recurso aos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Estes, a par do controlo fundamental da hipertensão arterial, «apresentam um efeito comprovado na redução da proteinúria e na lentificação do declínio da taxa de filtração glomerular». A estratégia terapêutica deve ser concertada e multifatorial, contemplando o controlo da glicemia e da dislipidemia, bem como o combate à obesidade e ao tabagismo e estimulando uma prática de vida saudável com exercício físico regular.

Quanto ao futuro, Rui Alves destaca que «estão em curso várias linhas auspiciosas de investigação, cujos primeiros resultados alimentam a esperança da comunidade científica». Avizinham-se vários estudos que exploram diferentes vias da complexa patogénese da diabetes *mellitus* com evidência de aplicação na progressão da nefropatia, como por exemplo: a inibição da DPP-4 (dipeptidil peptidase-4), a inibição do cotransporte de sódio e glucose, ou ainda o antagonismo da endotelina-1 e do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF, na sigla em inglês). //

// DIABETES EM NÚMEROS

- ✓ Há mais de **382 milhões** de diabéticos no mundo
- ✓ **46%** dos casos de diabetes não estão diagnosticados
- ✓ Estima-se que, em 2035, existam **592 milhões** de diabéticos
- ✓ Em 2012, a taxa de prevalência de diabetes em Portugal era de **12,9%**, na população entre os 20 e os 79 anos, e a pré-diabetes ascendia aos **26,8%**

DIABETES TIPO 2 E NEFROPATIA DIABÉTICA – QUE TRATAMENTO?

A nefropatia diabética (ND) continua a ser a principal causa de doença renal terminal em todo o mundo. O rápido aumento da prevalência de diabetes leva a crer que a proporção de doença renal crônica (DRC) que lhe é atribuível continue a aumentar. Além da morbilidade associada à própria diabetes e à DRC, estes doentes têm elevada morbilidade e mortalidade cardiovasculares, e muitos acabam por sucumbir a eventos cardiovasculares antes de progredirem para proteinúria ou insuficiência renal.

A diabetes e a DRC estão subdiagnosticadas, o que resulta num tratamento inadequado e consequente progressão da doença renal. Não raramente, os doentes encontram-se medicados com antidiabéticos orais em doses inapropriadas. Neste contexto, é importante insistir na prevenção e na deteção precoces.

Atualmente, existem várias medidas que reduzem o risco e atrasam a progressão da doença renal, mas não há ainda nenhum fármaco eficaz na sua regressão. O tratamento da ND assenta em quatro pilares: controlo da hipertensão arterial (HTA), bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), tratamento da dislipidemia e controlo glicémico individualizado. O papel da restrição proteica (<0.6g/Kg/dia) da dieta é incerto nestes doentes, com resultados discordantes entre os estudos, de tal forma que é sugerida apenas nos casos com ND em progressão, apesar do ótimo controlo glicémico e tensional e do uso de bloqueadores do SRAA.

CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL E DA DISLIPIDEMIA

Nos casos de HTA, os objetivos a atingir são uma pressão arterial (PA) inferior a 140/90 mmHg, se a albuminúria for inferior a 30mg/24h; e inferior a 130/80 mmHg, se a albuminúria for superior a 30mg/24h. Recomenda-se o uso de inibidores de enzima de conversão da angiotensina (IECA) ou antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA) II para tratar a HTA em doentes com albuminúria normal ou ligeiramente aumentada e em normotensos com albuminúria persistente. O seu uso, porém, não está recomendado em doentes normotensos com albuminúria inferior a 30mg/24h. É importante salientar junto dos

doentes a importância da restrição de sal na dieta para 5-6g/dia, pois a ingestão de grande quantidade de sal atenua o efeito renoprotetor dos IECA/ARA, ao passo que a sua restrição eleva os benefícios desta terapêutica.

A dislipidemia é comum nos doentes com diabetes e DRC, e já vimos que os eventos cardiovasculares são causa frequente de morbilidade/mortalidade nesta população. Em termos de fisiopatologia, parece haver benefícios com o uso de estatinas na própria evolução da nefropatia, mas ainda não está bem demonstrado que isto se repercute em benefícios clínicos. Algumas pesquisas mostraram diminuição dos eventos cardiovasculares com o uso de estatinas, mas outros não confirmaram benefícios na redução da mortalidade ou do acidente vascular cerebral. Embora os dados sejam escassos, estamos perante doentes de elevado risco cardiovascular. Assim, está recomendado o uso de estatinas ou da sua combinação com ezetimiba para controlar o colesterol LDL em doentes com DRC, à exceção dos doentes sob terapêutica dialítica, em que o início da terapêutica com estatinas não está recomendado pois, até à data, nenhum estudo mostrou benefício.

CONTROLO GLICÉMICO

O tratamento intensivo da glicemia tem benefícios comprovados na prevenção das complicações da diabetes. Sabemos que, quanto mais baixa a glicemia, menor a progressão para nefropatia. Porém, estudos mais recentes alertaram para os riscos de sermos demasiado agressivos, nomeadamente em termos de segurança cardiovascular. Embora a DRC esteja associada a insulinoresistência, com a sua progressão e a diminuição da taxa de filtração glomerular, o risco de hipoglicemia aumenta, nomeadamente nos estádios 4 e 5. Isto ocorre devido à diminuição da *clearance* da insulina/



DR.ª RAQUEL ALMEIDA // Interna de Endocrinologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

/antidiabéticos orais e à perturbação da gluconeogénese renal. Por vezes, estes doentes acabam por deixar de necessitar de terapêutica antidiabética até iniciarem o tratamento de substituição renal.

Assim, as últimas recomendações apontam como objetivo geral um valor de hemoglobina glicada (HbA1c) de 7%, que deverá ser individualizado de acordo com as comorbilidades existentes. O tratamento da diabetes nos doentes com nefropatia diabética/DRC é igual ao dos doentes sem nefropatia e assenta em três pilares: alimentação, exercício físico e tratamento farmacológico.

Os doentes com DRC que não fazem diálise podem ser tratados com antidiabéticos orais, embora muitos acabem por iniciar insulino-terapia devido à sua maior eficácia. Os doentes com DRC em tratamento dialítico deverão iniciar insulino-terapia, pois não existe informação suficiente acerca dos antidiabéticos orais nestes casos, embora os inibidores da DPP-4 pareçam seguros. O controlo da diabetes é muito difícil nestes doentes, pois apresentam grande instabilidade, tornando-se um desafio para o endocrinologista. /

PUB.

01

Ep

Experiência

02

Cp

Compromisso

03

Ob

Objectivo

NA NEFROLOGIA

Baxter **GAMBRO**

stronger together



TRANSPLANTES RENAI MENOS QUE PERFEITOS

Prof. André Weigert, Prof. Fernando Nolasco, Dr. Fernando Macário (moderador), Dr.ª Susana Sampaio e Dr. Domingos Machado (moderador)



A reunião conjunta entre a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e a Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT) decorre entre as 11h30 e as 13h00, na Sala 2 (Fénix II), e debate algumas problemáticas inerentes à prática da transplantação. A moderação está a cargo do Dr. Fernando Macário, presidente da SPT, e do Dr. Domingos Machado, responsável pela Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz. Seguem-se as mensagens-chave das comunicações dos oradores desta sessão.

DR.ª SUSANA SAMPAIO // Nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto

TRANSPLANTE EM DOENTES COM PATOLOGIAS VIRAIS

«A minha comunicação foca-se, essencialmente, no BK poliomavírus, que, no fundo, é um dos principais problemas com que nos deparamos atualmente. Este é um vírus ubíquo, que permanece latente no trato urogenital depois de uma infeção primária durante a infância. Após os transplantes e devido à imunossupressão, existe reativação do vírus e infeção do aloenxerto.

A transplantação e a imunossupressão geram a replicação deste vírus, o que constitui um dilema, pois, para combater essa replicação, tem de se diminuir a imunossupressão, o que leva, muitas vezes, a perda de enxerto por rejeição. Esta é uma situação delicada, cujo equilíbrio é difícil de atingir, até porque as opções existentes para o tratamento são poucas.

A principal “arma” para a diminuição do problema é evitar a replicação do vírus, através do *screening* eficaz para proceder à redução da imunossupressão em tempo útil. Há agentes antivíricos que podem ter um papel adjuvante na diminuição da replicação do poliomavírus, como o cidofovir, mas a sua ação ainda não está totalmente comprovada.»

PROF. ANDRÉ WEIGERT // nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz

A PROBLEMÁTICA DO TURISMO DE TRANSPLANTES

«Segundo a Gregory C. Carr Foundation, 70% dos transplantes de órgãos realizam-se em países que incluem 26% da população mundial. Apesar de beneficiados, um número crescente dos doentes dos países mais ricos falece na lista de transplante. Muitos países fora do “top 26%” têm um número elevado de doentes em hemodiálise e não dispõem de um programa de transplantes. Em Portugal, já ocorreram situações de doentes que obtiveram um enxerto renal através de esquemas obscuros a

solicitarem ser seguidos por centros de transplante do Serviço Nacional de Saúde.

Se parece impossível negar apoio médico a estes doentes, o fornecimento gratuito de fármacos tal como num transplante legítimo é controverso. Além disso, deveria haver alguma penalização para dissuadir esses procedimentos ilícitos. Os rins podem ter sido obtidos por pagamento a redes em que os “dadores” são coagidos, ridiculamente remunerados e sem um seguimento médico adequado ou serem de “dadores” que foram

assassinados para lhes remover os órgãos. A melhor prevenção destes fenómenos consiste em otimizar o transplante de dador falecido e de dador vivo nos países desenvolvidos, apoiar a criação de programas de transplante em países emergentes ou facilitar a realização em Portugal de transplantes de dador vivo legítimos oriundos desses países. As situações têm de ser avaliadas caso a caso, mas, embora esses problemas sejam felizmente raros, colocam questões éticas extremas.»

NOTA: Também será palestrante nesta sessão o Prof. Fernando Nolasco, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral e presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, com o tema «Que estratégias para o doente hipersensibilizado em lista de espera?».

OPINIÃO

ESTUDO ODYSSEY REVELA MELHORIA DA QUALIDADE DA DIÁLISE EM PORTUGAL

O ODYSSEY (*Observational study on harmonization of practice patterns and clinical outcomes in haemodialysis*) é um estudo observacional programado e orientado pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia, que decorreu entre 2008 e 2013. O seu objetivo principal foi avaliar o impacto dos dados demográficos, das comorbilidades e das práticas clínicas na hemodiálise em Portugal. Outro dos objetivos foi avaliar os padrões da prática clínica.

Em 2008, por coincidência, a Direção-Geral da Saúde também iniciou o programa de Gestão Integrada da Doença Renal Crónica (GIDRC) e passou a ser utilizado o pagamento por preço compreensivo. Este é um assunto de enorme importância clínica e de ordem administrativa – saber se a introdução de um pagamento por «pacote», no qual estão incluídos, além do tratamento dialítico, exames complementares e terapêutica, poderá ou não ter modificado, e de que forma, o padrão da prática clínica anterior. Foi neste contexto que o estudo ODYSSEY analisou os dados existentes (registos de 1 211 doentes, a totalidade dos que entraram em hemodiálise em 39 clínicas, cinco do setor público e 34 do privado).

Da análise efetuada, entre 2008 e 2013, verificou-se uma progressiva melhoria dos parâmetros de qualidade da diálise em Portugal: maior percentagem de doentes com níveis normais de hemoglobina, de ferritina e de saturação de transferrina, com redução acentuada dos casos com deficiência absoluta e relativa de ferro. Os resultados foram obtidos apesar de se verificar uma redução significativa nas doses de fármacos administradas e no número de doentes sob terapêutica. Estes dados permitem concluir que se modificou, de

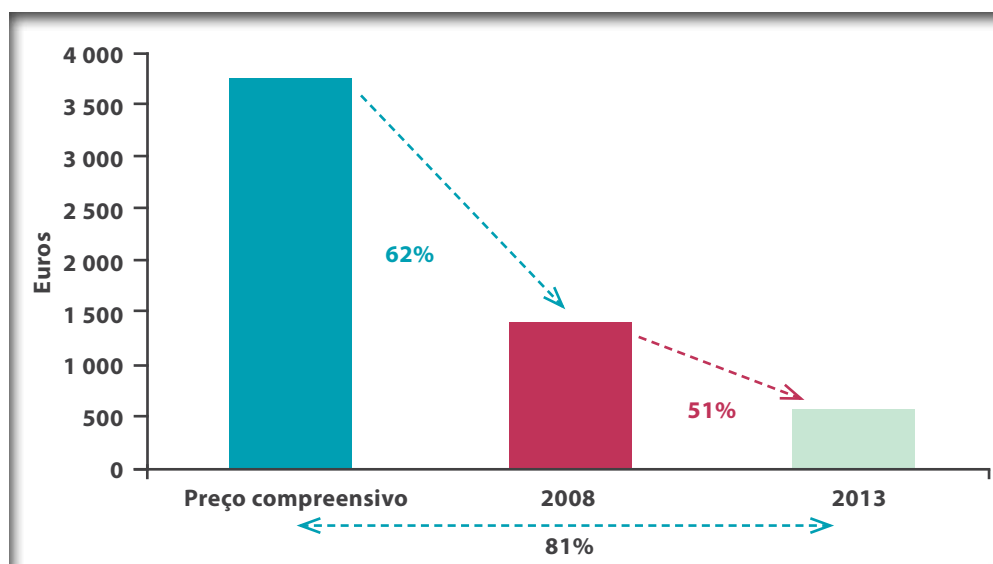
forma muito significativa, o padrão clínico de utilização dos fármacos – inclusive dos agentes estimulantes da eritropoiese – o qual passou a ser realizado de forma mais racional e eficiente.

Com este novo padrão de administração terapêutica, foi obtida uma redução muito acentuada das despesas inerentes à correção da anemia. Alterações muito semelhantes foram obtidas nos parâmetros que se relacionam com o metabolismo do fósforo e do cálcio, a nutrição e os níveis tensionais. O tipo de acessos vasculares e as modalidades de tratamento dialítico também foram alvo de melhorias nos últimos anos. //



PROF. MATEUS MARTINS PRATA
// Professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

// AGENTES ESTIMULADORES DA ERITROPOIESE (AEE): DESPESAS POR DOENTE/ANO



NOTA: O Prof. Martins Prata é um dos oradores da sessão dedicada à apresentação dos registos da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, que decorre entre as 8h30 e as 9h30, na sala 1 (Fénix I). O outro orador é o Dr. João Paulo Oliveira, nefrologista e geneticista no Serviço de Genética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que apresenta o tema «Síndrome de Alport em Portugal: patologia genética e correlações genofenotípicas».

PUB.

AMGEN

Líder em Biotecnologia

Traduzimos a linguagem da vida em medicamentos vitais

Para mais informações sobre a Amgen, visite www.amgen.pt ou contacte a Amgen Biofarmacêutica Lda., Edifício D^a Maria I (Q60), Piso 2 A, Quinta da Fonte – 2770-229 Paço d'Arcos, Lisboa, Portugal.



// INTERAÇÕES ENTRE AS DOENÇAS RENAIIS E CARDÍACAS

Especialistas em Nefrologia e Cardiologia reúnem-se entre as 9h30 e as 11h00, na sala 2 (Fénix II). O objeto de análise são as correlações entre o rim e a doença cardíaca, nomeadamente a síndrome cardiorrenal, os fatores de risco na insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial na doença renal crónica. As comunicações estão a cargo da Dr.^a Fátima Franco Silva, do Dr. Nuno Lousada e do Prof. Henrique Luz Rodrigues (ver página ao lado).

Na Reunião Conjunta da Sociedade Portuguesa de Nefrologia com a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a primeira oradora é a Dr.^a Fátima Franco Silva, cardiologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Segundo esta especialista, a síndrome cardiorrenal engloba «um conjunto de interações entre as doenças renal e cardíaca», que são bidirecionais, «pois a disfunção aguda ou crónica do coração ou do rim pode condicionar a disfunção aguda ou crónica no outro órgão».

Nas palavras da cardiologista, este facto «é de extrema relevância clínica, pois a mortalidade aumenta significativamente

cardiorrenal poderá ser muito útil para aumentar a eficácia das abordagens destinadas a proteger a função renal.»

FATORES DE RISCO NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA (IC)

Segue-se a intervenção do Dr. Nuno Lousada, cardiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Pulido Valente, sobre a insuficiência renal e a anemia enquanto fatores de risco na IC. «A prevalência de insuficiência cardíaca aumenta exponencialmente com a idade, portanto, o envelhecimento da população é um dos fatores a considerar – pois, no caso dos idosos, regra geral, esta patologia é acompanha-

«A mortalidade de causa cardiovascular nos doentes com insuficiência renal é, pelo menos, de 50%»

Dr.^a Fátima Franco Silva

nos indivíduos com doença cardiovascular (sobretudo na insuficiência cardíaca) que também apresentem disfunção renal». Da mesma forma, «os doentes com lesão renal têm um risco acrescido de desenvolver doença cardiovascular aterosclerótica e insuficiência cardíaca», pelo que «a mortalidade de causa cardiovascular nos doentes com insuficiência renal é, pelo menos, de 50%». A preletora salienta ainda o facto de ter sido desenvolvida uma classificação que subdivide a síndrome cardiorrenal em cinco subtipos e que se baseia nesta interação entre as doenças cardíaca e renal.

Assim, «o tratamento da síndrome cardiorrenal continua a ser um assunto controverso e constitui um verdadeiro desafio, devendo ser considerado consoante a sua fisiopatologia», refere Fátima Franco Silva. E conclui: «A definição dos perfis clínicos e hemodinâmicos dos doentes que desenvolvem síndrome

cardiorrenal poderá ser muito útil para aumentar a eficácia das abordagens destinadas a proteger a função renal.»

Além de fatores de risco, a anemia e a insuficiência renal são também comorbilidades da IC. Em situações de anemia com baixos valores de hemoglobina e ferro, Nuno Lousada recomenda o tratamento de compensação. «Os doentes do sexo masculino devem atingir níveis de hemoglobina de 13 g/dl de sangue e as doentes do sexo feminino deverão atingir os 12 g/dl.» Outro dos alertas que o cardiologista sublinha prende-se com o cuidado a ter para não aumentar excessivamente os valores da hemoglobina, devido ao consequente risco trombótico.

Quanto à insuficiência renal, além de frisar que «devem ser evitados os fármacos neurotóxicos», Nuno Lousada lembra que «os doentes diabéticos devem ter uma atenção redobrada para manter a patolo-



// DR.^a FÁTIMA FRANCO SILVA



// DR. NUNO LOUSADA

gia controlada, pois têm maior tendência para desenvolver insuficiência renal». Em conclusão, o cardiologista frisa que «é muito importante apostar na prevenção e no tratamento adequado da anemia e da insuficiência renal», para evitar que a insuficiência cardíaca evolua para um quadro clinicamente mais grave. //

Muitos dos doentes com doença renal crónica (DRC) são também hipertensos, aumentando a prevalência à medida que progride a insuficiência renal: mais de 90% de doentes com uma taxa de filtração glomerular (TFG) inferior a 30 ml/min têm hipertensão arterial (HTA). Além de a HTA ser frequente nos doentes com DRC, também se observa alteração do ritmo circadiano da pressão arterial (PA) com abolição ou inversão da habitual redução da PA noturna. A regulação da PA durante a noite difere da diurna pela ausência do efeito pressor da atividade física, do stress emocional e dos fatores ambientais presentes durante o dia. A relevância do aumento da PA noturna advém de ter sido verificado que o risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e de morte renal duplica nos doentes não *dippers*.

«É necessário desenvolver estratégias de abordagem terapêutica da HTA resistente com o objetivo de preservar a função renal»

ANTI-HIPERTENSORES AO DEITAR?

Um estudo realizado por Hermida *et al.* comparou a administração de anti-hipertensores ao acordar e ao deitar e observou um melhor controlo da PA, uma redução da PA sistólica (PAS) noturna, da percentagem de não *dippers* e da albuminúria com a administração ao deitar. Ao longo dos cinco anos de observação, a taxa de filtração glomerular estimada (TFGe) não se alterou significativamente nos doentes que fizeram a medicação ao deitar, enquanto que, nos que a fizeram ao acordar, verificou-se uma redução ligeira. Outro aspeto significativo foi a diminuição de 14% no risco de eventos cardiovasculares por cada redução de 5 mmHg na PAS.

Todavia, a realização posterior de um estudo com um desenho cruzado do *African American Study of Kidney Disease* (AASK) em 147 hipertensos com DRC falhou na

redução da PAS com a administração noturna dos anti-hipertensores. Existem algumas diferenças importantes entre o estudo de Hermida *et al.* e o AASK que poderão explicar a disparidade dos resultados, nomeadamente a idade dos participantes, a duração da HTA, a TFGe e a PAS noturna.

A opção pela terapêutica anti-hipertensora ao deitar em doentes com função renal relativamente preservada (TFGe > 45 ml/min) é particularmente atrativa pela simplicidade e o baixo custo. Contudo, os resultados de Hermida *et al.* necessitam de ser replicados em outras populações e em diferentes estádios da DRC, antes de se recomendar como uma abordagem terapêutica capaz de prevenir as situações clínicas associadas à HTA.

MELHORES ESTRATÉGIAS PARA A HIPERTENSÃO RESISTENTE?

O controlo da PA na DRC para os valores referidos nas *guidelines* é uma preocupação clínica. Considera-se o diagnóstico de HTA resistente quando a PA determinada no gabinete médico não é atingida com a administração de pelo menos três anti-hipertensores (em *full doses*), incluindo um diurético, ou quando a PA é normal ou elevada com quatro ou mais anti-hipertensores.

Um estudo recente em 436 hipertensos com DRC (estádios 2 a 5), com idade média de 65 anos, realizado durante nove anos sob cuidados nefrológicos, identificou 23% de doentes com HTA resistente verdadeira (observada em medição ambulatorial da PA – MAPA – e no gabinete médico) e 43% com hipertensão mantida (apenas observada em MAPA). Os doentes com HTA resistente verdadeira registaram 36% dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais e 57% dos eventos por morte renal ocorridos.

No mesmo estudo, verificou-se que, nos doentes com HTA resistente, a presença de diabetes, níveis elevados de proteinúria e reduzida TFG, os quais são todos preditores de HTA resistente, não aumentaram o risco cardiovascular. O fundamento para esta dissociação não é facilmente explicável, mas



PROF. HENRIQUE LUZ RODRIGUES

// Especialista em Farmacologia Clínica e em Nefrologia no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria

// Professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

pode especular-se que o risco associado com HTA resistente é tão pronunciado que a proteinúria ou outros fatores não provocam um aumento adicional.

Mais recentemente, o estudo REGARDS (*Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke*), que incluiu 9 974 hipertensos, verificou que, dos 152 doentes que desenvolveram insuficiência renal terminal, 72% apresentavam HTA resistente. A subanálise dos hipertensos resistentes em doentes com PA não controlada e controlada mostrou que o risco de insuficiência renal terminal foi cerca de oito e três vezes superior, respetivamente, em relação aos doentes com HTA não resistente.

Estes estudos confirmam que os doentes com HTA resistente apresentam risco aumentado de doença renal terminal. Por conseguinte, é necessário desenvolver estratégias de abordagem terapêutica da HTA resistente com o objetivo de preservar a função renal nestes doentes de alto risco. A utilização de combinações de anti-hipertensores nas doses mais apropriadas e a avaliação adequada de novas técnicas, como a desnervação renal, poderão contribuir para minorar as consequências da hipertensão resistente. //



// DESAFIOS DAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NEFROUROLÓGICAS



// DR.ª HELENA PINTO



// DR.ª FÁTIMA ALVES

A reunião conjunta entre Sociedade Portuguesa de Nefrologia e a Secção de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria decorre entre as 11h30 e as 13h00, na sala 2 (Fénix II), e debate os desafios atuais na abordagem das malformações congénitas nefrourológicas (conhecidas por CAKUT, a sigla para *congenital anomalies of the kidney and urinary tract*).

Marisa Teixeira

A Dr.ª Helena Pinto, nefrologista pediátrica no Centro Hospitalar de São João, no Porto, é a primeira oradora desta reunião conjunta e começa por referir que «as CAKUT mais frequentes são a síndrome de junção pieloureteral, a displasia renal multiquística, a hipoplasia renal, o refluxo vesicoureteral e as válvulas da uretra posterior». Uma percentagem significativa dos casos destas patologias tem características intrínsecas do desenvolvimento do rim (oligonefrosia) «que vão predispor a uma deterioração progressiva da função renal».

Quanto à evolução natural destas anomalias, «as malformações graves podem originar insuficiência renal crónica terminal nos primeiros meses de vida e 25% das crianças com alterações malformativas bilaterais requerem tratamento substitutivo renal nas duas primeiras décadas de vida». No entanto, estes doentes (com exceção do diagnóstico de bexiga neurogénica) «têm maior sobrevivência do que doentes sem CAKUT com as técnicas de tratamento substitutivo renal», frisa a nefrologista pediátrica.

Helena Pinto acrescenta ainda que «algumas características da malformação ne-

frourológica determinam a morbilidade associada ao tratamento substitutivo renal». E conclui: «É importante desenvolver estratégias de transição para os adultos, equacionando todos os riscos associados à malformação pré-existente, para melhorar a qualidade da assistência a estes doentes.»

TRANSIÇÃO DE CRIANÇA PARA ADULTO

«Principais desafios na abordagem do tratamento da doença renal. Crianças pas-

sam (par)a adultos – como é que estão agora?» é o tema apresentado na sessão pelo Dr. Fernando Neves, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. «O modo como se encara a deteção e a evolução destas doenças crónicas, clássicas dos 40 aos 75 anos, será replicável quando estas se iniciam aos 10-15 anos, coexistindo com a adolescência e a adultícia? Serão estes doentes iguais aos restantes, só que mais novos? Os jovens adolescentes podem ser tratados como adultos pequenos?» A estas questões, Fernando Neves responde com um perentório «obviamente que não».

Tal constatação levou este especialista a criar a Consulta de Transição de Nefrologia Pediátrica – Adultos, no Hospital de Santa Maria. «Em cada consulta, estão presentes o médico, o doente e um familiar próximo. É dado ao doente uma cópia do seu relatório clínico, bem como toda a informação relevante, incluindo os contactos necessários. Também é reforçada a ideia de que, a partir daquele momento, já não serão os pais a levar as análises nem a receber os resultados. O objetivo é criar uma ligação por intermédio de uma cadeia de responsabilização e autonomia progressiva do doente, transmitindo confiança», explica Fernando Neves.

Para que os jovens adultos se sintam mais à-vontade, o especialista frisa que, no caso dos estudantes, «se tiverem alguma tarefa académica importante, podem facilmente alterar a data da consulta». Além disso, «“doura-se” um pouco os relatórios para as seguradoras». Porquê? Fernando Neves responde: «Imaginem o que acontece a um jovem com doença renal crónica quando pretende obter um empréstimo bancário, mesmo para habitação? “Agora é difícil para todos”, dirão. Claro que é, mas, para estes doentes, é virtualmente impossível – e desde sempre!» //

// CONTRIBUTO DA UROLOGIA PEDIÁTRICA

Na mesma sessão, a Dr.ª Fátima Alves, cirurgiã pediátrica no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Dona Estefânia, apresenta a experiência da Unidade de Urologia Pediátrica deste Hospital no tratamento das CAKUT, com especial ênfase nas malformações mais raras. «As malformações congénitas do rim e do aparelho urinário contribuem em aproximadamente 50% para o total de doença renal crónica na idade pediátrica e são a causa mais frequente de doença renal terminal neste grupo etário, ao contrário do que acontece com os adultos», sublinha Fátima Alves. E conclui: «O diagnóstico pré-natal cada vez mais apurado e a referência para centros pediátricos com experiência permitem um seguimento multidisciplinar precoce e um tratamento cirúrgico correto e atempado.»

DIAVERUM

UMA ATITUDE DIFERENTE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS RENAIIS

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

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

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

www.diaverum.com

A watercolor illustration of a person with their arms raised in a 'V' shape. The person's body is painted with a rainbow gradient, transitioning from yellow at the top to green and blue at the bottom. They are holding a large, light blue kidney-shaped object in their left hand. The background is white.

DIAVERUM

