



European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
An Institution of the UEMS



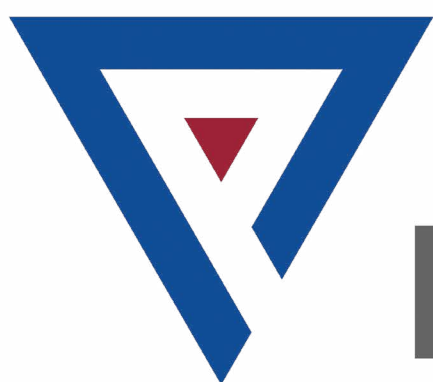
Regresso à tão ansiada normalidade



Depois de um ano e meio de pandemia, que obrigou os congressos médicos a migrarem totalmente para o digital, eis que chega a vez de a comunidade nefrológica se reencontrar fisicamente. Não há dúvidas de que este era um momento muito ansiado por todos. O Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, na voz do seu diretor, Prof. Rui Alves, revela-se duplamente honrado por organizar este “começar de novo” (P.3). No programa científico, além dos dados de 2020 dos registos nacionais (P.5), destacam-se o impacto da pandemia na prestação de cuidados de diálise (P.6, 8 e 10); o papel das diferentes terapêuticas substitutivas da função renal no doente idoso (P.9); os desafios da transplantação renal (P.16); a nefrologia de translação e pediátrica (P.17 e 18); o estudo genético aplicado às doenças renais (P.19); a relação entre a hipertensão arterial e a doença renal (P.25) e, no âmbito da Nefrologia de Ligação, a teleconsulta como oportunidade para melhorar a assistência multidisciplinar (P.26). Já no programa do Congresso da APEDT, os contributos dos enfermeiros para a qualidade de vida do doente são o eixo orientador das várias sessões (P.30).

COMISSÕES ORGANIZADORA E CIENTÍFICA DO ENCONTRO RENAL 2021 | À frente: Prof. Osvaldo Vieira Neto (presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN), Dr. Jorge Pratas (presidente honorário), Prof. Aníbal Ferreira (presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia), Prof.ª Anabela Rodrigues (Comissão Científica – CC), Prof. Rui Alves (presidente da Comissão Organizadora – CO), Dr.ª Ana Galvão (secretária da CO) e Dr.ª Catarina Romãozinho (CO). Atrás: Prof. Fernando Nolasco (presidente da CC), Dr. Luís Freitas (CO), Dr. Luís Rodrigues (CO), Dr.ª Rita Leal (CO), Prof.ª Helena Sá (vice-presidente da CO) e Andreia Pio de Abreu (diretora-geral secretária da SBN). Ausentes na fotografia: Prof.ª Luísa Lobato (vice-presidente da CO e membro da CC), Dr. Nuno Afonso (CO), Dr.ª Helena Pinto (CO), Dr. Pedro Maia (CO), Prof.ª Teresa Adragão (CC), Dr.ª Maria Fernanda Carvalho (CC) e Prof.ª Helena Jardim (CC).

PUBLICIDADE



VIFOR
PHARMA



“ENQUANTO HOVER ESTRADA PARA ANDAR...”

Antes de mais, bem-vindos ao Encontro Renal 2021!

Penso que o título deste texto assenta bem no momento que vivemos e é uma boa oportunidade para trautear, baixinho, a canção do grande Jorge Palma. A emergir de um período muito conturbado para todo o mundo, eis-nos perante uma nova oportunidade de regressar à tão ansiada normalidade.

Desde a década de 1980 que o nosso Congresso tem tido a sua estimulante edição anual, sempre preparada com o melhor dos dinamismos das Comissões Organizadoras, com o suporte indispensável da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Em 2020, pelo motivo que todos conhecemos, foi concretizada a alternativa possível no modo remoto de comunicação, que, não obstante solução de recurso, foi a chave encontrada por toda a comunidade em geral, para substituir a privação da convivência física.

Convenhamos que, mais uma vez, as dificuldades aguçaram o engenho da Humanidade para ultrapassar obstáculos, sendo o mote para acelerar a conquista e a instalação plena do digital em todo o mundo, o que já se “adivinhou” há alguns anos. Como é evidente, semelhante modificação de paradigma aplicada a reuniões/encontros científicos/ensino levam-nos a refletir sobre o que se ganhou e perdeu com toda esta tecnologia, agora potenciada e ao nosso dispor.

De um lado, a velocidade da informação, a comodidade, a racionalização e economia de recursos; do outro, a descaracterização do fenómeno comunicacional que culturalmente e, desde sempre, tem marcado o progresso da nossa civilização. Se o digital não veio para substituir a tradição do encontro físico entre seres humanos, veio, certamente, para ficar, e bem, mas que seja de forma equilibrada e racional. Considerando o seu inegável interesse, é fundamental reconhecer as vantagens e os limites da sua aplicação desregrada, aprendendo, sobretudo, a adaptá-lo! É disso exemplo o tema quente do impacto do digital na educação, nos domínios do ensino e da formação contínua das novas gerações, quer em Medicina, Enfermagem ou qualquer outra área do saber.

Estas palavras encontram-se na encruzilhada dos objetivos que nortearam a seleção dos temas do Encontro Renal 2021, com o doente, e não a doença, no centro da atenção. E se existe alguma área onde esta questão tem plena aplicação é na relação entre os profissionais de saúde e os seus doentes. As análises estatísticas influenciam a definição de *guidelines* na orientação do diagnóstico e da macroestratégia terapêutica, mas é tempo de não esquecer a singularidade de cada doente.

Este ano, o Encontro Renal continua a manter os seus objetivos de formação e aperfeiçoamento contínuos em Nefrologia e Enfermagem desta área, no sentido de contribuir para manter o padrão de elevada qualidade na assistência que



prestamos aos mais variados níveis. Voltámos a receber a acreditação do European Accreditation Council for Continuing Medical Education e, este ano, temos a honra de receber o patrocínio científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

DESTAQUES DO PROGRAMA CIENTÍFICO

No Encontro Renal deste ano (XXXV Congresso Português de Nefrologia/XXXV Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia), além dos resultados dos importantes registos nacionais, vamos assistir e participar na discussão de vários temas de interesse médico, de enfermagem e da indústria farmacêutica. No primeiro dia, destaca-se o tratamento substitutivo da função renal, as suas peculiaridades e adaptação em função das características dos doentes, tendo em atenção a idade avançada de muitos e o grande desafio da pandemia COVID-19 para o doente renal crónico e todos os profissionais que o acompanham. No final do dia, foram entregues as bolsas e prémios a todos os que se distinguiram pelo seu trabalho científico, e foi apresentado o resumo da atividade do *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension*.

No segundo dia, elegemos temas das áreas da transplantação renal, da nefrologia de translação, da genética e da nefrologia pediátrica, com destaque para os avanços no conhecimento da patogénese, do diagnóstico e da terapêutica. No terceiro dia, tal como nas últimas edições, haverá um espaço de comentário e discussão no âmbito da Nefrologia de Ligação, com a participação de diversas especialidades que partilham problemas e doentes com a Nefrologia. Pelo seu interesse e aplicação crescente, falar-se-á de teleconsulta e

da sua implementação na rotina diária. A hipertensão arterial também estará em análise no último dia, revisitando a perspetiva fisiopatológica e refletindo sobre a melhor estratégia terapêutica à luz das recentes *guidelines*, destacando-se as particularidades da sua abordagem na gravidez. Resta-me transmitir a imensa honra e satisfação que tivemos (equipa médica e de enfermagem do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) na organização científica deste Congresso. Agradecemos à SPN e ao seu presidente, Prof. Aníbal Ferreira; à Comissão Científica da SPN e ao seu presidente, Prof. Fernando Nolasco, que nos dá o garante da qualidade das apresentações; à Factor Chave e à sua diretora, Dr.ª Paula Almeida, pelo desafio que significa montar toda esta máquina logística; e a toda a indústria farmacêutica, que, mais uma vez, nos distinguiu ao contribuir com o seu indispensável impulso à organização deste evento.

Endereçamos também um abraço de muita estima e amizade a todos os palestrantes e moderadores nacionais e internacionais, bem como a todos os que quiseram e puderam estar presentes neste verdadeiro reencontro. Finalizo com palavras de saudação, imenso apreço e carinho pelos colegas brasileiros, que nos honram com a sua presença e a quem dedico aqui, simbolicamente, dois versos do poema “Começar de Novo”, do grande Ivan Lins, que também são inspiradores das nossas expectativas para o Encontro Renal 2021:

**Vai valer a pena
Ter amanhecido.**

// Rui Alves

Presidente do Encontro Renal 2021

// DISTINÇÕES E HOMENAGENS



No âmbito da distinção do Dr. Domingos Machado como sócio honorário da SPN, o Prof. José Medina Pestana (na tela), diretor do Hospital do Rim e da Hipertensão da Universidade de São Paulo, no Brasil, foi convidado a proferir um discurso de homenagem ao seu colega de profissão e amigo de longa data. Por imprevistos profissionais, Medina Pestana não pôde estar presente no Encontro Renal, mas fez questão de enviar uma mensagem que foi transmitida no final da sessão de abertura.

Domingos Machado e Medina Pestana conheceram-se em 2001, no 10.º Congresso da European Society for Organ Transplantation, que se realizou em Lisboa, sob a coordenação científica do português. Um ano depois, organizaram conjuntamente o I Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, fruto da relação profissional que criaram. “O Domingos Machado é uma pessoa

muito amável e preocupada com a formação, o que facilitou o nosso objetivo de organizar esse evento. Entretanto, cresceu entre nós uma amizade que vai para além das atividades institucionais”, explica o nefrologista brasileiro.

“Líder nato, com uma personalidade muito serena”, o desejo de melhorar a formação nefrológica em Portugal levou Domingos Machado a visitar o Brasil para observar o que de melhor era feito na área nesse país. “Quando visitou o Hospital do Rim e da Hipertensão, viu um potencial de formação que o levou a direcionar internos e recém-especialistas para a realização de estágios no nosso hospital. Já recebemos mais de 20 estagiários portugueses ao abrigo da sua referência”, conta Medina Pestana.

Domingos Machado aposentou-se do serviço público no início de 2021. Durante 40 anos, foi nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Oci-

dental/Hospital de Santa Cruz, onde desempenhou as funções de chefe de serviço (de 1999 a 2020) e de diretor de serviço (de 2016 a 2020). Foi também nesse hospital que deu o seu importante contributo para o desenvolvimento da transplantação renal em Portugal, nomeadamente com dador vivo.

Outro destaque no percurso profissional de Domingos Machado é que foi um dos membros fundadores da Sociedade Portuguesa de Transplantação, à qual presidiu entre 2001 e 2007. Nos seus dois mandatos como presidente, um dos grandes objetivos que estabeleceu foi estreitar ligações com o Brasil, o que se efetivou com a criação do Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, que se realiza anualmente desde 2002.

Também no âmbito da sessão de abertura, foi homenageada a Dr.ª Madalena Baptista (31/08/1964 – 5/10/2021), nefrologista no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada (HDES). O Prof. Aníbal Ferreira, presidente da SPN, lembrou “o seu sorriso e a forma elegante e diplomática” com que brindava os colegas, nomeadamente no Encontro Renal, no qual era presença assídua. Já o Dr. João Esteves, diretor do Serviço de Nefrologia daquele hospital açoriano, recordou os “mais de 30 anos de trabalho” partilhados com Madalena Baptista, que se notabilizou pela criação e pelo desenvolvimento do programa de diálise peritoneal do HDES. O nefrologista salientou também o legado deixado pela colega, numa referência aos filhos, “duas pessoas excecionais e profissionais de excelência”. /

Marta Carreiro e Luís Garcia

// (RE)ENCONTRO RENAL SAUDADO NA SESSÃO DE ABERTURA

A satisfação pelo regresso ao convívio presencial foi nota dominante na sessão de abertura, que juntou o **Prof. Rui Alves** (presidente da Comissão Organizadora [CO] do Encontro Renal 2021), o **Enf.º Fernando Mata** (presidente da CO do XXXV Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação), o **Enf.º Fernando Vilares** (presidente da APEDT), o **Prof. Osvaldo Vieira Neto** (presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia) e o **Prof. Aníbal Ferreira** (presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia) – na fotografia, da esquerda para a direita.

Aníbal Ferreira salientou o facto de esta edição do Encontro Renal – a última organizada pela Direção a que preside – contar com mais de 600 inscritos e “um recorde de participação da indústria farmacêutica e de equipamentos”. Já Rui Alves lembrou que os últimos 18 meses foram “particularmente difíceis para todos” e marcados pela incerteza relativamente ao futuro, mas



considerou que este é o ponto de viragem. “Começa agora uma nova fase da nossa atividade diária, assistencial, científica e, em particular, de convívio social. Desejo

que, além da formação e da dinamização do ponto de vista científico, este seja sobretudo um verdadeiro (Re)Encontro Renal”, disse o presidente da CO. /



// MENOS DOENTES INICIARAM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL EM 2020



Os números mais recentes apurados pelo Gabinete de Registo da Doença Renal Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) indicam que, em 2020, verificou-se uma redução na incidência de doentes em tratamento substitutivo da função renal (TSFR). “Tivemos 2361 novos doentes a iniciar TSFR, o que

representa uma redução de 11,4% em relação a 2019”, sublinha a Dr.ª Ana Galvão, que ontem apresentou os últimos dados do registo que coordena. No entanto, o número de novos doentes em tratamento permanece elevado, acima dos 200 por milhão de população.

Quanto às modalidades escolhidas, 2101 doentes iniciaram hemodiálise (HD), o que significa uma redução de 10,8% da incidência e de 0,5% da prevalência nesta terapêutica. “A idade média dos doentes em HD continua a aumentar, quase atingindo os 68,5 anos em 2020.” O tipo de acessos vasculares mais utilizados também sofreu alterações. Ana Galvão justifica este fenómeno com a pandemia, que “afetou a atividade da cirurgia vascular e da angiografia de intervenção”. Assim, 60,4% dos doentes iniciaram HD por cateter, cuja taxa de prevalência era de 19% no final de 2020, a maior dos últimos nove anos.

Outro aspeto importante é que a taxa de mortalidade nos doentes em HD atingiu os 14%. “Nos últimos dez anos, estivemos sempre abaixo desse valor. Houve mais mortes atribuídas a infeções, entre as quais a COVID-19, que, em 2020, contri-

buiu para 8,3% do total de óbitos em HD”, explica a nefrologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (saiba mais sobre o impacto da pandemia na página 8).

A incidência em diálise peritoneal (DP) também reduziu em 16% face a 2019. Ainda assim, no final do ano, a prevalência registava aumento. “Apesar de a idade média dos doentes em DP ser mais baixa do que a dos doentes em HD, também continua a aumentar anualmente, tal como a taxa de mortalidade”, sublinha a coordenadora.

Como seria de prever, a transplantação renal não foi imune à pandemia. Segundo Ana Galvão, o impacto da COVID-19 nas unidades de cuidados intensivos “prejudicou as agendas da transplantação”. No total, em 2020, realizaram-se 393 transplantes de rim, o que traduz uma redução de 23,5%. Apenas 41 transplantes foram de dador vivo, significando uma redução de 45% neste âmbito. No entanto, a transplantação multiórgãos, nomeadamente de rim-pâncreas, registou números superiores aos de 2019 e o pool de doentes transplantados renais continua a aumentar.

Quanto às causas da doença renal crónica, a nefrologista refere que, em 2020, “o panorama foi muito semelhante ao dos anos anteriores, com um peso superlativo da diabetes, à volta dos 30%, logo seguida da hipertensão arterial”. // **Marta Carreiro**



Excerto da entrevista em que a Dr.ª Ana Galvão comenta alguns números do registo de 2020

QUEDA NO NÚMERO DE BIÓPSIAS RENAIS

OPINIÃO

Com a pandemia de COVID-19 presente em Portugal desde março de 2020, não é de admirar a primeira grande conclusão a que chegámos com a análise dos dados provenientes do registo de biópsias renais efetuado pelos vários hospitais portugueses: registou-se uma queda significativa no número total de biópsias. Concretamente, em 2020 realizaram-se 472 biópsias renais, uma grande diferença comparativamente aos números dos últimos dez anos, que se situam entre as 700 e as 800 biópsias por ano. Aliás, em 2018, chegámos às 900.

Além do impacto da pandemia, a redução justifica-se também pelo não envio do registo por parte de dois centros, os quais acreditamos que poderiam fazer aumentar em cerca de 100 o número total de biópsias renais realizadas em Portugal no ano passado. Outro dado relevante que conseguimos apurar foi que realizámos as biópsias em fases mais tardias das

doenças renais, ou seja, quando os doentes já apresentavam disfunção renal mais avançada. Isto tem impacto no tratamento, dado que a nossa atuação será tanto melhor e mais eficaz quanto mais precoce for o diagnóstico.

Na linha do que tem sido habitual, efetuaram-se mais biópsias em homens (56%) e a média de idades dos doentes mantém-se semelhante (54 anos). A nefropatia por imunoglobulina A continua a ser o diagnóstico mais frequente, com um total de 61 casos. Contudo, identificámos algumas alterações nos doentes com mais de 65 anos. Apesar de as vasculites permanecerem como o diagnóstico mais frequente nesta faixa etária (27 casos), é de destacar o reaparecimento das amiloidoses, com 14 casos. De facto, este acabou por ser o quarto diagnóstico mais frequente das biópsias renais realizadas em 2020. A nefropatia diabética foi o segundo diagnóstico mais prevalente nos doentes acima dos 65 anos, com um total de 39 casos. //



// **Dr. Mário Góis** // Coordenação da Região Sul do Registo Nacional de Biópsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), cujas conclusões apresentou ontem // Nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral



O Dr. Mário Góis apresenta algumas conclusões dos dados de 2020 do Registo Nacional de Biópsias Renais

“A PANDEMIA DESVIOU-NOS DO CAMINHO DE MELHORIA DOS RESULTADOS NOS DOENTES EM DIÁLISE”



Em 2017, o Dr. Allen Nissenon, *chief medical officer* emérito da DaVita Kidney Care, nos EUA, veio ao Encontro Renal partilhar a sua visão sobre a mudança de paradigma na qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença renal crónica (DRC). Ontem, voltou ao tema, na Conferência Inaugural do Encontro Renal 2021. No entanto, entre as duas palestras, apareceu a pandemia de COVID-19, que alterou prioridades e trouxe novos desafios. Em entrevista à *SPN News*, o conferencista comenta o impacto desta crise sanitária e defende que é tempo de voltar a pôr o foco na melhoria dos cuidados de saúde prestados aos doentes com DRC.

Luís Garcia

// Em que medida a pandemia de COVID-19 afetou a qualidade do tratamento da DRC? Portugal, à semelhança de outros países, estava no bom caminho antes do início da pandemia. De qualquer modo, a nível global, os resultados do tratamento dos doentes em

diálise em março de 2020 não nos satisfiziam plenamente – eram muito melhores do que 10 anos antes, mas ainda estavam distantes dos objetivos. A pandemia de COVID-19 desviou-nos do caminho de melhoria dos resultados, mas agora é tempo de voltarmos a centrar esforços na busca das melhorias que permitam aos doentes permanecer com o melhor estado de saúde e com a melhor qualidade de vida possíveis. Há muitos problemas clínicos para resolver além da pandemia.

// O que se sabe sobre a eficácia das vacinas contra a COVID-19 nos doentes em diálise?

De acordo com a nossa experiência, a taxa de reinfeção nos doentes em diálise que foram imunizados e têm anticorpos é extremamente baixa e comparável à população geral. Não é provável que um doente em diálise vacinado tenha maior risco de COVID-19 do que uma pessoa saudável. Outro aspeto interessante é a nossa experiência, num pequeno número de doentes, com a utilização de anticorpos monoclonais para o tratamento da COVID-19. Verificámos que, à semelhança da população geral, os doentes com DRC tratados com casirivimab e imdevimab apresentaram benefícios rápidos e muito significativos, sem efeitos adversos diferentes dos já conhecidos.

// Como correu a gestão da pandemia nas clínicas de diálise nos EUA?

Ficou evidente a necessidade de maior colaboração entre os prestadores de diálise. Nos EUA, a DaVita e a Fresenius representam cerca de dois terços do mercado e as outras companhias ocupam o restante. Penso que, enquanto comunidade, demorámos muito a garantir, junto do Governo, que os doentes com DRC deviam ser considerados de alto risco e prioritários para a vacinação. Nas orientações iniciais, estes doentes não constavam na lista dos prioritários, embora, naturalmente, muitos acabassem por se enquadrar nessa lista por outros motivos, como a idade ou as comorbilidades.

Além disso, não conseguimos ajudar o Governos a encontrar um método fácil de gestão da vacinação nos doentes em diálise. As vacinas da gripe e da hepatite, por exemplo, são administradas regularmente nas nossas clínicas, mas a logística das vacinas da COVID-19 é mais complexa, devido às suas características de conservação. O Governo

dos EUA acabou por delegar a organização da vacinação dos doentes em diálise na DaVita e na Fresenius. O problema é que estas duas companhias não tinham qualquer influência sobre os doentes tratados nas clínicas de outros prestadores. Acresce que cada estado tem as suas próprias regras relativamente à vacinação e até à utilização de equipamentos de proteção individual [EPI]. Portanto, tivemos de funcionar com 50 regulamentos distintos, sem que houvesse qualquer ajuste das participações.

// A prevenção da infeção pelo SARS-CoV-2 também foi um processo difícil?


Nesse âmbito, não aprendemos nenhuma grande lição, porque as clínicas de diálise já tinham práticas muito rigorosas de controlo das infeções. A utilização de EPI, a frequente e correta lavagem das mãos, entre outras regras, já eram práticas do nosso quotidiano antes da pandemia. Por isso, a nossa prioridade foi apoiar os profissionais de saúde, para que permanecessem saudáveis, seguros e bem informados. Nos EUA, a vacinação é um tema muito controverso e com uma forte carga política. Para a maioria dos médicos, é muito intrigante verificar que a taxa de vacinação contra a COVID-19 entre os próprios profissionais de saúde é mais baixa do que na população geral. Talvez isso mude com a vacinação obrigatória, mas a verdade é que, se os profissionais de saúde forem despedidos por se recusarem, ficamos sem recursos humanos para tratar dos doentes.

// Existe alguma discrepância entre os aspetos mais valorizados pelos doentes com DRC e os *outcomes* priorizados pelos médicos?

Sim. Quando desenvolvemos o conceito da pirâmide da qualidade, aplicámos inquéritos muito alargados a doentes com DRC para perceber se achavam mais importante ter uma melhor qualidade de vida ou viver mais tempo. A maioria escolheu a primeira opção. Os doentes valorizam muito a qualidade de vida e a capacidade para interagir com a família e os amigos. Este sentimento de realização é extremamente importante. O nosso desafio, enquanto profissionais de saúde, é saber como proporcionar qualidade de vida aos doentes e como a medir. É por isso que área de *patient reported outcomes* tem vindo a crescer tanto. //



Assista aos vídeos com alguns destaques da entrevista ao Dr. Allen Nissenon

A woman with long brown hair, wearing a blue polka-dot shirt, is hugging a young child from behind. The child is wearing a blue helmet and a grey t-shirt, and is laughing joyfully while standing on a blue pogo stick. The background is a bright, sunny outdoor setting with trees and a fence.

Porque o doente é a nossa prioridade

Asseguramos cuidados de qualidade

A DaVita® está empenhada em elevar a saúde e a qualidade de vida dos doentes renais crónicos em todo o mundo. Continuamos a melhorar o acesso a e qualidade dos cuidados de saúde em todo o mundo, com operações em 11 países.

Brasil | China | Colômbia | Alemanha | Malásia | Polónia | Arábia Saudita | Singapura | Reino Unido | Estados Unidos

Para mais informações, visite [DaVita.pt](https://www.DaVita.pt)

The DaVita logo consists of the word "DaVita" in a blue, sans-serif font. A yellow star is positioned above the letter 'i'. A registered trademark symbol (®) is located at the end of the word.

DaVita®

// PANDEMIA COVID-19 E DIÁLISE: DESAFIOS E ENSINAMENTOS



Prof.ª Anabela Rodrigues, Prof. Pedro Simas, Dr. Fernando Macário, Dr.ª Ana Galvão e Marta Atalaya (jornalista moderadora)

A sessão organizada ontem pela Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL) proporcionou a partilha de reflexões sobre os principais desafios e ensinamentos da pandemia.

A discussão partiu da apresentação dos dados de 2020 sobre o impacto da COVID-19 nos doentes em tratamento substitutivo da função renal.

Marta Carreiro

A sessão começou com a apresentação dos dados referentes ao impacto da pandemia COVID-19 nos doentes em tratamento substitutivo da função renal (TSFR) durante o ano de 2020, pela Dr.ª Ana Galvão, coordenadora do Gabinete de Registo da Doença Renal Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. “Apurámos que 1340 doentes sob TSFR (de um universo de 12 458 prevalentes) contraíram infeção pelo vírus SARS-CoV-2.” Este número representa 0,3% do total de infeções registadas em Portugal no ano de 2020 (ver caixa com mais dados). Outro dado relevante é que 2% das mortes atribuídas à COVID-19 em Portugal registaram-se em pessoas sob diálise ou transplante renal. “Além da doença renal, estes doentes têm muitas comorbidades, com destaque para a hipertensão arterial e a doença cardiovascular”, explicou a nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Enquanto presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise e também orador na sessão, a Prof.ª Anabela Rodrigues reiterou o “excelente trabalho” desenvolvido pela Nefrologia ao nível da antecipação do risco e da rapidez

de ação. “A nossa comunidade associou às suas competências técnico-profissionais a partilha da responsabilidade pela proteção dos doentes e dos profissionais de saúde.”

A nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António também destaca “a grande evidência de que os doentes que estiveram em tratamentos domiciliários pouparam recursos e foram sujeitos a menos risco microbiológico”. Apesar dos bons resultados, Anabela Rodrigues aponta alguns aspetos que considera necessário corrigir, nomeadamente o processo de individualização do tratamento, a integração de cuidados, a otimização de recursos e a interoperacionalidade dos sistemas de informação e comunicação.

RESILIÊNCIA PERANTE A PANDEMIA

Por sua vez, o Dr. Fernando Macário, *chief medical officer* da Diaverum Global e também orador na sessão, destacou o papel dos planos de contingência no combate à pandemia, já que “previnem a transmissão do SARS-CoV-2 dentro das clínicas e hospitais, sem colocar em causa a qualidade da prestação de cuidados”. O nefrologista também sublinha o contributo da criação de novos circuitos e procedimentos de desinfeção, da utilização dos equipamentos de proteção individual e do cumprimento do distanciamento social. Além disso, “a Diaverum criou e aplicou nas suas clínicas de todo o mundo um sistema de auditorias remotas para garantir que os planos de contingência estavam a ser devidamente aplicados”. Segundo Fernando Macário, “a vacinação teve um papel fundamental

na redução do número de casos e, sobretudo, na diminuição da gravidade e da mortalidade por COVID-19 nos doentes em HD”.

O Prof. Pedro Simas, virologista e investigador principal no Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, mostrou uma perspetiva mais técnica dos acontecimentos. “Tendo em consideração o conhecimento adquirido sobre os coronavírus nos últimos 80 anos, já esperávamos que este tipo de vírus causasse um problema pandémico devido à inexistência de imunidade na população e ao facto de o microrganismo ser suficientemente novo para competir com os outros coronavírus e causar uma pandemia.” Contudo, a ciência não ficou aquém das expectativas. “Conseguimos sequenciar o vírus desde logo, oferecemos um método de diagnóstico e desenvolvemos rapidamente as vacinas. A sociedade é que não estava preparada e foram adotadas algumas medidas demasiado drásticas”, afirmou Pedro Simas.

Segundo Jaime Tavares, presidente da ANADIAL, “é importante lembrar o que foi vivido durante a pior fase da pandemia”. “No início, não tínhamos meios de proteção individual e grande parte das clínicas de diálise tiveram de criar espaços suplementares com contentores de emergência. Perante as fragilidades, tenho a veleidade de afirmar que o setor da diálise mostrou muita resiliência durante a pandemia. Queremos que isso sirva de reflexão e aprendizagem para o futuro”, conclui o responsável. /

COVID-19 NOS DOENTES EM TSFR*

1340 casos

1000 em doentes em hemodiálise (HD)

– incidência de 8%

47 em doentes em diálise peritoneal (DP)

– incidência de 5,3%

293 em doentes transplantados – incidência de 3,9%

31% taxa de assintomáticos

6,9% taxa de admissões em unidades de cuidados intensivos (dos quais houve 168 óbitos, correspondendo a uma letalidade de 12,5%)

14% taxa de letalidade nos doentes em HD

10,6% taxa de letalidade nos doentes em DP

6,8% taxa de letalidade nos doentes transplantados

*Dados de 2020 resultantes de um inquérito aplicado a todas as unidades de diálise e transplante, hospitalares e extra-hospitalares, que obteve uma taxa de resposta de 100%



Destques das entrevistas aos intervenientes na sessão organizada pela ANADIAL



// ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO DA DRC-5 NO IDOSO

Resumo das principais mensagens partilhadas pelos quatro oradores da mesa-redonda dedicada ao tratamento substitutivo da função renal em doentes idosos com doença renal crónica estágio 5 (DRC-5).



Dr. António Cabrita (moderador), Dr. Manuel Amoedo, Dr. Jesus Garrido, Dr. José Vinhas (moderador), Prof. Osvaldo Vieira Neto (moderador) e Dr.ª Ana Farinha

HEMODIÁLISE

“Portugal tem elevadas taxas de incidência e prevalência de DRC, bem como uma elevada esperança de vida, pelo que muitos doentes em hemodiálise [HD] são idosos. Este tratamento é crucial para assegurar a melhor qualidade de vida possível a um elevado número de doentes com DRC-5. Entre as vantagens da HD, destaco a alta capacidade de resposta e os resultados clínicos atingidos, bem como a qualidade clínica, a diferenciação e o envolvimento dos profissionais que tratam estes doentes. As limitações estão associadas à dependência trissemanal deste tratamento e ao tempo necessário para tal.

Nos últimos anos, temos assistido a uma melhoria progressiva no diagnóstico e na referência atempada dos doentes com DRC para a consulta de Nefrologia, bem como no esclarecimento sobre as hipóteses terapêuticas disponíveis. No entanto, considero que ainda podemos melhorar ao nível dos acessos vasculares, da prevenção e da educação para a saúde. Com mais literacia em saúde, os doentes terão maior capacidade para participar de forma informada nas decisões terapêuticas.” **Dr. Jesus Garrido, diretor médico da Diaverum Portugal**

DIÁLISE PERITONEAL

“Em Portugal, temos uma população cada vez mais idosa – o índice de envelhecimento atual situa-se nos 165%. Atendendo a que, acima dos 75 anos, cinco em cada dez adultos têm DRC, haverá cada vez mais doentes idosos a necessitar de tratamento substitutivo da função renal. Por isso, é importante considerar as vantagens e desvantagens de cada terapêutica disponível, tendo em atenção o perfil do doente idoso.

Por ter maior comorbilidade e ser mais frágil, o doente idoso terá melhor estabilidade hemodinâmica em diálise peritoneal [DP], que é uma técnica contínua, *versus* uma técnica descontínua como a hemodiálise. Nesta população, a DP é vantajosa porque pode ser feita no conforto do domicílio, é uma técnica fácil de executar e que não exige grandes requisitos. Mas existem contra-indicações, como o doente não ter uma cavidade abdominal que permita fazer DP devido a cirurgias prévias *major*, a existência de hérnias não corrigíveis e a necessidade de um cuidador em mais de 50% dos doentes acima dos 75 anos.” **Dr. Manuel Amoedo, nefrologista no Hospital do Espírito Santo, em Évora**

TRANSPLANTAÇÃO

“Atualmente, não há limite de idade para o transplante de rim, procedimento que é determinado pela condição clínica da pessoa. Contudo, uma vez que a qualidade da diálise está a melhorar bastante, muitas pessoas idosas sentem-se bem com este tratamento e preferem-no, porque o transplante implica receber imunossupressão, o que fragiliza bastante a pessoa em termos de poder ter infeções oportunistas ou algum tipo de neoplasia.

A qualidade de vida proporcionada pela diálise aproxima-se, cada vez mais, da qualidade de vida que resulta do transplante. No entanto, nas faixas etárias mais ativas, nomeadamente adultos jovens e crianças, a HD limita muito as atividades diárias. Já nas pessoas reformadas, apesar de a qualidade de vida proporcionada pela diálise não ser a ideal, não fica longe do que o transplante renal oferece, considerando a necessidade de imunossupressão.” **Prof. José Medina Pestana, diretor do Hospital do Rim e da Hipertensão da Universidade Federal de São Paulo, Brasil**



TRATAMENTO CONSERVADOR

“Considerando que a população idosa é muito heterogénea, há que avaliar a modalidade terapêutica mais indicada para cada situação. O tratamento conservador é uma opção a ter em conta em alguns doentes idosos, com vantagens em termos de qualidade de vida e mesmo funcionalidade. Apesar de não existirem estudos aleatorizados, porque não é eticamente aceitável, temos já dados muito consistentes e evidência de que o tratamento conservador pode ser uma modalidade adequada para alguns idosos com DRC.

Independentemente dos dados disponíveis, acima de tudo é importante envolver o doente na decisão de qual a modalidade que vai escolher para o resto da sua vida. Enquanto nefrologistas, devemos considerar o tratamento conservador como uma opção válida, que aborda não só as complicações da DRC, mas também a vertente paliativa, com enfoque no prognóstico, na comunicação com o doente e sua família e no controlo sintomático.” **Dr.ª Ana Farinha, nefrologista no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo.**



Destques das entrevistas em vídeo com os quatro nefrologistas

// NOVO PARADIGMA E TENDÊNCIAS DE FUTURO NA DIÁLISE

O futuro do tratamento dialítico esteve em discussão no almoço-simpósio organizado ontem pela Baxter. Após a palestra do Prof. Claudio Ronco, diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital de San Bortolo, em Vicenza (Itália), a Prof.ª Anabela Rodrigues e o Prof. Aníbal Ferreira apresentaram as suas visões sobre o caminho que a prestação de cuidados de saúde ao doente renal deverá seguir, destacando a maior preponderância dos tratamentos domiciliários, numa estratégia mais integrada e centrada no doente.

Luís Garcia



Prof. Aníbal Ferreira e Prof.ª Anabela Rodrigues

Para Anabela Rodrigues e Aníbal Ferreira, em Portugal, a gestão da prestação de cuidados aos doentes renais no contexto da pandemia foi um exemplo de colaboração e coordenação de esforços por parte dos diferentes agentes envolvidos – públicos e privados, institucionais ou não. Este sucesso num período particularmente crítico evidencia o que de bom se pode conseguir quando se conjugam os esforços de todas as entidades, servindo de ponto de partida para outras iniciativas. “A crise pandémica deu-nos a oportunidade de promover a mudança nos nossos modelos de prestação de serviços”, afirma Anabela Rodrigues, presidente da Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise (CNAD).

A nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António considera que a pandemia COVID-19 evidenciou também as vantagens das modalidades dialíticas domiciliárias. “A centralização dos tratamentos de diálise em clínicas não oferece um painel alargado e individualizado de terapêuticas substitutivas da função renal. Impõe-se, portanto, uma mudança de paradigma no sentido da harmonização dos tratamentos e da oferta de mais respostas domiciliárias que

mitiguem riscos e obedeçam à individualização terapêutica e à atualização dos objetivos de qualidade e sobrevivência, bem como à boa gestão de recursos.”

Também o Prof. Aníbal Ferreira, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), considera ser tempo de rever o modelo vigente. “Se é certo que Portugal é, reconhecidamente, um dos países com maior qualidade de diálise, importa que seja dada oportunidade aos doentes para escolherem as suas terapêuticas de forma mais individualizada e participada, mesmo no seu domicílio, permitindo que se mobilizem com mais frequência e à-vontade.”

Para o nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, o que está em causa não é abandonar os centros de diálise, mas sim complementar o modelo com outras opções e promover a flexibilização em função das necessidades e preferências do doente, que podem até mudar ao longo do tempo. “O mais importante é termos abertura para que, por exemplo, o doente possa fazer diálise em sua casa durante seis meses, porque a família tem hipótese de o apoiar nesse processo, e depois transitar para a diálise institucional, porque as condições de

apoio domiciliário se alteraram. Ou o contrário: iniciar a diálise com apoio hospitalar, ganhar autonomia e poder passar para técnicas dialíticas no seio da família”, refere.

UM MODELO COM GANHOS PARA TODOS

Outra modalidade com margem de crescimento é a diálise longa, que, de acordo com evidência, se associa a melhor sobrevivência, menor consumo de fármacos, maior controlo dos níveis de fósforo e melhor tolerância hemodinâmica. De acordo com Aníbal Ferreira, “já existe uma população muito grande, em Portugal, a fazer diálise longa em clínicas e alguns doentes elegem esta modalidade em detrimento da hemodiálise domiciliária, porque preferem não levar a doença para casa e porque sentem o conforto de ter um médico e um enfermeiro por perto”.

Para o presidente da SPN, o importante é que se discutam os modelos de forma mais inovadora, “sem desconfiança na negociação entre os parceiros e com uma perspetiva *win-win* para os doentes, os prestadores de diálise e as autoridades sanitárias”. Anabela Rodrigues concorda e defende a evolução da Nefrologia no sentido de *value-based healthcare*, aumentando a capacidade de evidenciar o valor dos tratamentos que providencia, à semelhança do que já acontece, por exemplo, na Oncologia, cujo “elevado investimento na inovação farmacológica tem resultado em grandes avanços na sobrevivência dos doentes”.



Em entrevista, a Prof.ª Anabela Rodrigues e o Prof. Aníbal Ferreira partilham as suas ideias sobre o modelo futuro da prestação de cuidados em Nefrologia

PUB

QUINTA-FEIRA 14 OUTUBRO

THE FUTURE OF CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD)

ENCONTRO
RENAL
14-16 OUT 21
Centro de Congressos de Vilamoura



13:20h – 14:50h

Prof. Claudio Ronco • Hospedale San Bortolo de Vicenza, Italia

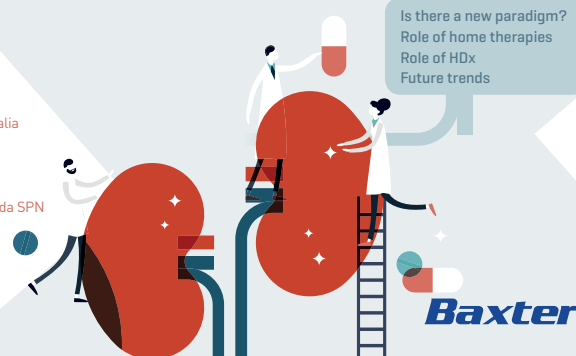
Painel de discussão

Prof. Anabela Rodrigues • Centro Hospitalar do Porto

Prof. Aníbal Ferreira • Hospital Curry Cabral & Presidente da SPN

Almoço Simpósio BAXTER

Is there a new paradigm?
Role of home therapies
Role of HDx
Future trends



Baxter



// RESULTADOS DO MAIOR PROGRAMA DE ENSAIOS CLÍNICOS NA DOENÇA RENAL DIABÉTICA

Já aprovada pela Food and Drug Administration (FDA), a finerenona foi o fármaco avaliado no maior programa de ensaios clínicos já desenvolvido no âmbito da doença renal diabética. Os estudos FIDELIO-DKD¹ e FIGARO-DKD², cujos resultados foram apresentados no simpósio promovido ontem pela Bayer, demonstraram que este antagonista dos recetores de mineralocorticoides, não esteroide e seletivo reduz o risco de progressão da doença renal crónica e de eventos cardiovasculares em doentes com diabetes.

Luís Garcia

A abordagem das pessoas com doença renal diabética (DRD) é complexa. “Estes doentes já têm lesões a nível sistémico resultantes de uma disfunção metabólica crónica e progressiva, cujas complicações vão tendo efeitos sinérgicos nocivos em vários órgãos e sistemas. Não existe uma ‘bala de prata’ para resolver esta interação multidirecional: podemos tratar muito bem a diabetes e controlar a hipertensão arterial, mas há uma série de mecanismos patogénicos que já estão ‘em roda livre’ e fomentam a progressão da doença”, começou por enquadrar a oradora do simpósio, Dr.^a Rita Birne.

Segundo a nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, o conhecimento sobre estas características tem permitido perceber que apenas a utilização de diferentes fármacos com atuação em vias de progressão distintas pode controlar os mecanismos patogénicos da DRD. No entanto, durante vários anos, as novidades terapêuticas nesta área foram escassas. “Depois dos inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2, existe agora a finerenona, que tem um mecanismo de ação totalmente diferente e complementar aos das opções anteriores, com resultados demonstrados ao nível do prognóstico renal e cardiovascular dos doentes com diabetes”, afirmou Rita Birne.



Dr.^a Susana Heitor, Prof. Fernando Nolasco e Dr.^a Rita Birne

No simpósio, a nefrologista apresentou os principais resultados dos estudos FIDELIO-DKD¹ e FIGARO-DKD², que formam o maior programa de ensaios clínicos já desenvolvido na área da DRD, pois incluíram 13 171 doentes. “Os dois estudos demonstraram a complementaridade e a atuação benéfica da finerenona para travar as duas piores consequências da DRD: os eventos cardiovasculares e a progressão da doença renal²”, explicou Rita Birne, acrescentando que “a dimensão destes ensaios e os resultados obtidos deverão levar à revisão das *guidelines* de DRD”.

No momento da discussão do simpósio, também participaram a Dr.^a Susana Heitor, internista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, e o Prof. Fernando Nolasco, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral. O nefrologista acrescentou outro benefício importante: “A finerenona permite bloquear mais efetivamente o sistema renina-angiotensina-aldosterona, com efeitos positivos ao nível do rim e do coração, que podem ser extensíveis a outros órgãos. Os ensaios clínicos demonstraram uma melhoria consistente e duradoura ao nível da perda da função renal, que se manteve mesmo quando o fármaco foi interrompido”, salientou Fernando Nolasco. /



A Dr.^a Rita Birne e o Prof. Fernando Nolasco destacam os principais resultados obtidos pela finerenona nos ensaios clínicos

// PERFIL DE SEGURANÇA DA FINERENONA

Rita Birne também salientou o perfil de segurança favorável da finerenona, cujo único efeito adverso evidenciado nos ensaios clínicos foi a hipercalemia. No entanto, “o risco de hipercalemia com a finerenona é bastante inferior ao associado aos antagonistas dos mineralocorticoides clássicos e condicionou muito poucos casos de descontinuação da terapêutica^{1,2}”. Além disso, os nefrologistas “estão muito habituados a lidar com a hipercalemia e a utilizar terapêuticas com características semelhantes às da finerenona, pelo que este fármaco será de fácil implementação na comunidade nefrológica”, afirmou a nefrologista.

Fernando Nolasco tem opinião concordante: “A finerenona pode provocar variações de potássio, apesar de esse seu efeito ser menor do que o de outros fármacos, mas trata-se de uma situação evitável com um controlo eficaz dos doentes. Participo nos ensaios clínicos da finerenona desde a fase II e nunca verifiquei complicações significativas relacionadas com a hipercalemia ou outros aspetos”, partilhou.

Referências: 1. Bakris, GL, et al. Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2020;383:2219-29. 2. Pitt BP, et al. Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2021;Epub ahead of print.

// PRÉMIOS E BOLSAS DO ENCONTRO RENAL 2021



VENCEDORES DAS BOLSAS DA SPN PARA ESTÁGIOS INTERNACIONAIS OU SEUS REPRESENTANTES COM O PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA: (da esq. para a dta.): Dr.ª Anna Lima (que, além da sua bolsa, representou o Dr. Afonso Santos, também vencedor), Dr.ª Joana Tavares, Prof. Fernando Nolasco, Dr.ª Sara Vitela (em representação da Dr.ª Mariana Sousa), Dr.ª Célia Nascimento (em representação do Dr. Luís Leite de Sousa) e Dr.ª Iolanda Santos (na fotografia da direita)

MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS:

Diálise peritoneal: "Inflammation and peritoneal dialysis – What immunophenotyping of peritoneal effluent can tell us?" – Dr.ª Clara Pardinhas (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), et al.

Hemodiálise: "Risco de mortalidade em doentes em hemodiálise com baixa ingestão de zinco" – Dr.ª Cristina Garagarza (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa), et al.

Nefrologia básica: "Why is the AhR pathway activated at kidney in a model of hypertension associated to obstructive sleep apnea? A focus on tryptophan metabolism" – Dr.ª Sofia Pereira (NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa), et al.

Nefrologia clínica: "Validation of the kidney failure risk equation in a portuguese cohort" – Dr. Bernardo Marques da Silva (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria), et al.

Transplantação: "Age of living kidney donors: does it matter?" – Dr.ª Cláudia Costa (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria), et al.

Estas cinco melhores comunicações orais foram apresentadas ontem à tarde.

MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS EM NEFROLOGIA DE LIGAÇÃO:

Cardiologia: "Heart-kidney crosstalk revisited: heart failure and the risk of end stage renal disease risk in young type 2 diabetic patients" – Dr.ª Carla Santos-Araújo (Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano), et al.

Diabetologia: "Cetoacidose diabética em doentes sob diálise: um estudo descritivo e comparativo" – Dr. Diogo Francisco (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Ocidental), et al.

Ginecologia-Obstetrícia: "Papel da gravidez na patogenicidade de mutações de risco para microangiopatia trombótica" – Dr.ª Patrícia Domingues (Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo), et al.

Medicina Geral e Familiar: "Comparing kidney care during the pandemic in hospitalized non-COVID 19 patients" – Dr.ª Rita Matos Silva (Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Sul), et al.

Reumatologia: "Risk of CKD in 260 patients with membranous and proliferative lupus nephritis – analysis of a nationwide multicentre cohort with up to 35 years of follow-up" – Dr.ª Filipa Farinha (Hospital Distrital de Santarém), et al.

Estas cinco melhores comunicações orais do âmbito da Nefrologia de Ligação serão apresentadas no sábado, 16 de outubro, entre as 9h20 e as 10h00.

MELHOR APRESENTAÇÃO DE AUTOR BRASILEIRO

"Prevalência de lesão renal aguda em pacientes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19 em um hospital de referência da América Latina" – Dr.ª Tayanne Santos (Universidade de São Paulo, no Brasil), et al



A Dr.ª Sofia Pereira recebeu o prémio para a melhor comunicação oral em Nefrologia básica



BOLSAS DA SPN PARA ESTÁGIOS:

✓ Dr. Afonso Santos (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora), para estágio no Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, em França, na área do transplante renal.

Dr.^a Anna Lima (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora), para estágio no Hospital do Rim e da Hipertensão da Universidade de São Paulo, no Brasil, na área do transplante renal.

✓ Dr.^a Iolanda Santos (Hospital do Espírito Santo de Évora), para estágio na Medical University of Vienna, na Áustria, na área do transplante renal.

✓ Dr.^a Joana Tavares (Centro Hospitalar Universitário do Porto), para estágio no Karolinska University Hospital, na Suécia, na área do transplante renal.

✓ Dr. Luís Leite de Sousa (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental), para estágio na Clinique NCT+Saint Gatien e na Clinique Ambroise Paré, ambas em França, na área de nefrologia de intervenção, abordagem e tratamento endovascular da disfunção do acesso vascular para hemodiálise.

✓ Dr.^a Mariana Sousa (Hospital Garcia de Orta, Almada), para estágio no Leiden University Medical Center, nos Países Baixos, nas áreas de transplante renal e nefrologia clínica.

✓ Dr. Pedro Ventura (Hospital Clínic Barcelona, Espanha), para estágio no Kidney Transplantation Research Center da Harvard University, nos Estados Unidos da América, para realização de um estudo de tolerância imunológica induzida pelo enxerto renal sobre o enxerto pancreático.

BOLSAS DA SPN PARA PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA:

✓ "Convolutional neural networks for evaluating zero-time deceased donor kidney biopsies" – Dr. Luís Rodrigues (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra), et al.



O Dr. Luís Rodrigues recebeu uma das bolsas da SPN para projetos de investigação clínica
✓ "MicroRNA's as diagnostic resources and therapeutic targets to renal and cardiovascular outcomes in chronic kidney disease" – Prof. Manuel Pestana (Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto), et al.

PRÉMIOS VIFOR PHARMA:



Ver mais fotografias da cerimónia de entrega de prémios, que decorreu ontem, primeiro dia do Encontro Renal 2021

Tratamento da hipercaliemia: "Equilíbrio renocardíaco: decisões em equipa que fazem a diferença na vida de um doente" – Dr.^a Adriana Fernandes (Hospital Beatriz Ângelo, Loures), et al.



O Prof. Fernando Nolasco, presidente da Comissão Científica do Encontro Renal e da SPN, e a Dr.^a Paula Barriga, diretora-geral da Vifor Pharma, entregaram os três prémios apoiados por esta companhia, entre os quais o dedicado ao tratamento da hipercaliemia, que foi entregue à Dr.^a Adriana Fernandes
Tratamento da anemia na DRC: "O papel da anemia na progressão da doença renal crónica e nos seus desfechos clínicos" – Dr.^a Sara Fernandes (Hospital Beatriz Ângelo, Loures), et al.

Tratamento da hiperfosfatemia: "Association of combined urinary fractional excretion of phosphate and serum FGF23 with adverse events in moderate and advanced CKD: an analysis from the CRIC study" – Dr. Luís Mendonça (Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto), et al.

PRÉMIO BAXTER:

"Peritoneal microbiome in end-stage renal disease patients and the impact of peritoneal dialysis therapy" – Prof.^a Liliana Simões-Silva (Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto), et al.

PRÉMIO DAVITA:

"Cell-free DNA as a marker for the outcome of end-stage renal disease patients on hemodialysis" – Dr.^a Alice Santos-Silva (Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto), et al.

PRÉMIO TERESA AZEVEDO (apoio Roche):

"Overhydration may be the missing link between peritoneal protein clearance and mortality" – Dr.^a Anabela Malho Guedes (Centro Hospitalar Universitário do Algarve/Hospital de Faro), et al.

PRÉMIO LILIANA PINHO (apoio Diaverum):

Jovem nefrologista do ano: Dr. Miguel Bigotte Vieira (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral). ✓



O Prof. Aníbal Ferreira, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), entregou o Prémio Liliana Pinho ao Dr. Miguel Bigotte Vieira

// INOVAÇÃO NO TRATAMENTO DA ANEMIA ASSOCIADA À DRC



Dr.ª Ana Farinha e Prof. Aníbal Ferreira

O simpósio-satélite promovido pela Astellas partiu do cenário atual do tratamento da anemia em doentes com doença renal crónica (DRC) para abordar as inovações terapêuticas que estão quase a chegar à prática clínica dos nefrologistas portugueses. A sessão foi moderada pelo Prof. Aníbal Ferreira, presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) e nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/ Hospital Curry Cabral, a qual contou com a apre-

sentação da Dr.ª Ana Farinha, nefrologista no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo e vogal da direção do *Anemia Working Group Portugal*.

Uma das mensagens transmitidas foi que a abordagem atual da anemia nos doentes com DRC apresenta limitações importantes, sobretudo relacionadas com a inflamação. “A redução significativa da resposta aos agentes estimuladores da eritropoiese [ESA] faz com que, frequentemente, tenham de ser utilizadas doses muito elevadas desta

terapêutica, levando a alguns resultados negativos na tentativa de normalizar os níveis de hemoglobina documentados em grandes estudos multicêntricos, prospetivos e aleatorizados. Isto fez com que os ESA se associassem a um prognóstico de diminuição da sobrevivência dos doentes, mesmo atingindo os níveis de hemoglobina desejados”, explica o moderador.

No simpósio foi ainda salientado que, entre as novidades terapêuticas, os estabilizadores do fator induzido por hipóxia (HIF), como o roxadustate, “têm-se revelado promissores, podendo representar um importante passo no tratamento da anemia associada à DRC”. “Estes novos agentes, que já são utilizados em alguns países, como o Japão, têm excelentes resultados publicados resultantes de estudos de grande qualidade”, nota o presidente da SPN.

Segundo Aníbal Ferreira, há dois tipos de doentes para os quais os estabilizadores do HIF de administração oral podem ser particularmente úteis: os doentes que não estão em diálise e os que fazem diálise peritoneal, já que “não terão de fazer a autopunção necessária para os ESA”. Os estudos apontam que os estabilizadores do HIF também “podem ser uma resposta importante para os doentes com níveis de ferritina e hepcidina elevados”, que, devido às suas características inflamatórias, não era possível tratar até ao aparecimento de fármacos como o roxadustate. // **Luís Garcia**

NEPH_2021_0044_PT, OUT21

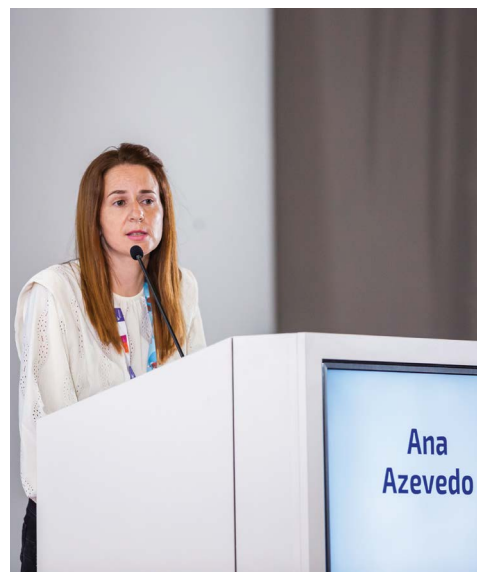


O Prof. Aníbal Ferreira explica a necessidade de novas terapêuticas para a anemia associada à doença renal crónica

// ATIVIDADE DO PJNH EM 2020 E 2021

Dr.ª Ana Azevedo, editora executiva do *Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension* (PJNIH), voltou a apresentar no Encontro Renal o resumo da atividade da revista científica da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, desta vez nos anos de 2020 e 2021. Esta apresentação teve um significado especial, por ser a última dos atuais responsáveis editoriais. “Tanto eu como o Dr. José Vinhas vamos sair do corpo editorial do PJNIH. Está na altura da mudança, de entrarem outras pessoas com novas ideias e dinâmicas para a publicação. Assim, o número do quarto trimestre de 2021 será o último editado por nós”, revela a nefrologista no Hospital de Vila Franca de Xira.

Da experiência nos últimos cinco anos, Ana Azevedo destaca o “trabalho árduo” que implica manter a revista em funcionamento. “É necessária muita dedicação e, acima de tudo, manter sempre a perspetiva de que devemos tentar trazer novas ideias e manter os colaboradores motivados.” Em jeito de balanço do trabalho desenvolvido, a editora executiva do PJNIH destaca algumas conquistas, como a criação de novas secções, a atribuição de *digital object identifier* (DOI) a todos os artigos e de *open researcher and contributor ID* (ORCID) a todos os autores. Trata-se de dois sistemas numéricos de identificação do conteúdo



digital. No passado mês de setembro, foi também efetuada uma candidatura ao *Directory of Open Access Journals* (DOAJ) “Acreditamos que conseguimos dar mais passos no sentido do grande

objetivo que temos para o PJNIH, que é chegar a cada vez mais pessoas, difundindo-se na rede nefrológica mundial.”

Relativamente à atividade da revista durante os anos de 2020 e 2021, Ana Azevedo destaca que, apesar da pandemia, foram publicados os quatro números anuais, cada um com uma média de 14 artigos, como em 2019. Por isso, a editora executiva agradece “o esforço redobrado dos autores e revisores para cumprimento dos prazos”. Claro que se verificou um impacto negativo da pandemia em algumas secções, especificamente nos comentários (não foi publicado nenhum em 2020 e apenas um em 2021). Em contraponto, outras rubricas cresceram e incluíram mais artigos, como foi o caso da “*Perspectives*”.

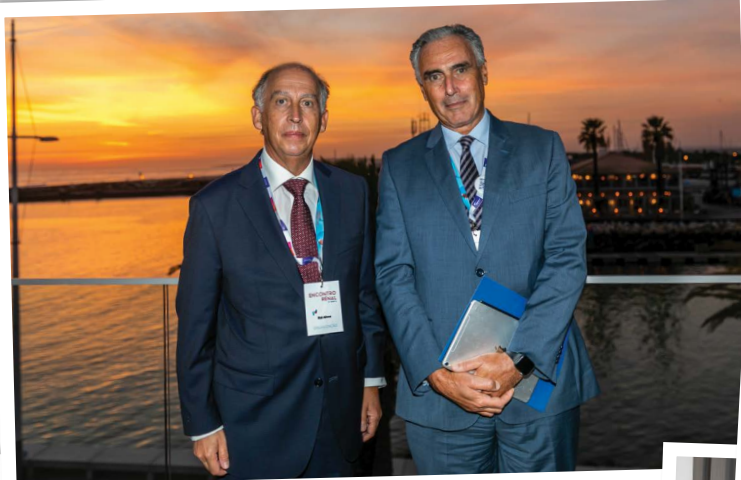
Ana Azevedo despede-se do corpo editorial do PJNIH com a esperança de que os sucessores da atual equipa, que assumirá funções no início de 2022, continuem a envidar esforços para a indexação da revista na PubMed e para a criação de novas rubricas. // **Marta Carreiro**



Destaques em vídeo da entrevista com a Dr.ª Ana Azevedo



Instantes



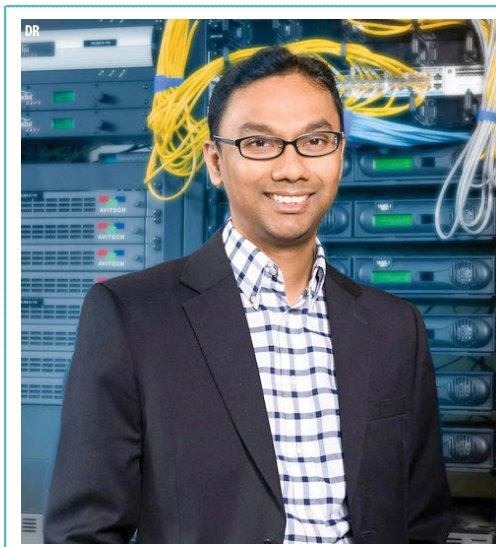
Ver mais fotografias com instantes do primeiro dia do Encontro Renal 2021

8h45 – 10h05: Mesa I – Transplantação renal

// SUPERAR DIFICULDADES NO TRANSPLANTE RENAL

A utilização de algoritmos computacionais para analisar biópsias renais, o ainda escasso conhecimento sobre as doenças glomerulares recorrentes e os desafios colocados pela falência do enxerto renal são os três tópicos em destaque na sessão dedicada ao transplante renal.

Luís Garcia



O primeiro aspeto em discussão são as potencialidades da nefropatologia computacional na área da doença renal crónica (DRC) e, em particular, do transplante renal. A este propósito, o **Prof. Pinaki Sarder**, docente de Patologia, Ciências Anatómicas e Engenharia Biomédica na Universidade de Buffalo, nos EUA, apresentará um algoritmo informático desenvolvido pela sua equipa para analisar biópsias renais. “A tecnologia permite-nos ensinar um computador a seguir os mesmos princípios que os médicos utilizam quando olham para uma biópsia. Conseguimos demonstrar que o nosso algoritmo obtém resultados comparáveis aos da análise feita pelos médicos”, refere o palestrante.

Segundo Pinaki Sarder, este tipo de tecnologia apresenta algumas vantagens. Por um lado, ao possibilitar uma análise ao nível do *pixel*, mais detalhada, pode permitir detetar padrões invisíveis aos olhos do médico que levem à descoberta de biomarcadores com potencial prognóstico. Por outro lado, as máquinas não estão sujeitas a fatores como a fadiga ou a ansiedade, apresentando maior regularidade nos resultados. “Quando aparece a oportunidade de alocar um órgão para transplante, é preciso realizar e analisar rapidamente uma biópsia, para perceber se existe fibrose intersticial e atrofia tubular. Devido à pressão do tempo, o anatomopatologista que analisa a biópsia pode não ser especialista em histopatologia renal ou estar particularmente cansado. As decisões tomadas com base no algoritmo informático não estão sujeitas a essas variáveis”, explica Pinaki Sarder

RECORRÊNCIA DE GLOMERULOPATIAS NO ENXERTO RENAL

Em seguida, o **Dr. Ibrahim Batal**, anatomopatologista no New York Presbyterian Hospital, nos EUA, falará sobre a recorrência de doenças glomerulares nos doentes com transplante renal, um problema que, na sua opinião, “continua pouco reconhecido, apesar de ser clinicamente muito relevante”. Segundo o orador, tradicionalmente, a rejeição aguda é um dos principais obstáculos ao sucesso em transplantação renal. No entanto, com os avanços na terapêutica imunossupressora, a prevalência de rejeição aguda diminuiu e a sobrevivência do enxerto melhorou significativamente. “Com isto, começaram a emergir mais complicações tardias, entre as quais a doença glomerular, que é já a segunda causa mais comum de falência do enxerto. Este aspeto ainda é desafiante, sobretudo porque se trata, na verdade, de um conjunto de doenças bastante diversas”, sublinha Ibrahim Batal.

De acordo com o anatomopatologista, parte do desconhecimento deve-se ao facto de a maioria da evidência neste âmbito resultar de “estudos retrospectivos bastante pequenos e sem força para demonstrar diferenças clínicas ou prever a recorrência de doenças glomerulares”. “Não dispomos de informação suficiente para estudar a progressão destas doenças. Um dos problemas é a ausência de protocolos para as biópsias em alguns centros, levando a que este exame não seja realizado quando há pequenas elevações da proteinúria e da hematuria”, refere o preletor.

MELHORES CUIDADOS APÓS FALÊNCIA DO ENXERTO

Uma vez ocorrida a falência do enxerto renal, é preciso otimizar os cuidados a esta população particular de doentes renais crónicos. Sobre este aspeto falará a **Dr.ª Rita Leal**, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que destaca a “grande complexidade do seguimento dos doentes transplantados com falência do enxerto, envolvendo a gestão das complicações associadas à DRC, o manuseamento da imunossupressão e, num número significativo de doentes, a avaliação de um potencial retransplante”.

Segundo Rita Leal, a transição do transplante renal para o reinício de diálise “necessita de ser reavaliada, não existindo normas orientadoras nem cuidados específicos na reintegração destes doentes em diálise, pelo que se verifica uma grande variabilidade de práticas entre os diferentes centros”. A nefrologista alerta ainda para os resultados clínicos nos doentes que reiniciam diálise após transplante, com taxas de mortalidade e de morbilidade bastante mais altas. Outro problema é o “aumento significativo de doentes hipersensibilizados em lista de espera por um dador falecido compatível em Portugal”. /

40 a 50% dos doentes perdem o enxerto até 10 anos após o transplante;
5% dos doentes incidentes em diálise em Portugal são transplantados renais;
35% dos doentes em lista de espera para transplante renal em Portugal estão hiperimunizados

Números referidos pela Dr.ª Rita Leal



Comentários em vídeo aos temas das apresentações



10h30 – 11h30: Mesa II – Nefrologia de translação

// TRATAMENTOS INOVADORES PARA A DOENÇA GLOMERULAR E A DRC

A terapêutica dirigida às células B na doença glomerular e a utilização de células estaminais no tratamento da doença renal crónica (DRC) são os temas abordados, respetivamente, pelo Prof. David Jayne e pela Prof.^a Benedetta Bussolati na sessão dedicada à Nefrologia de translação.

Luis Garcia

A utilização de terapêuticas dirigidas às células B na doença renal inflamatória conta já cerca de 20 anos. Neste período, foi possível aumentar o conhecimento acerca deste tratamento “graças a alguns estudos de elevada qualidade”, como refere o **Prof. David Jayne**, diretor do Serviço de Vasculite e Lúpus do Addenbrooke’s Hospital e professor de

Autoimunidade Clínica na Universidade de Cambridge, no Reino Unido. Ao longo destes anos, o recurso às terapêuticas dirigidas às células B tornou-se

cada vez mais comum e, na mais recente atualização das suas *guidelines*, publicada em setembro deste ano, a KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) inclui já várias referências a este tratamento para a doença renal inflamatória.

De acordo com David Jayne, o rituximab é o único anticorpo monoclonal com o qual existe já uma ampla experiência como terapêutica dirigida às células B. No entanto, “há uma preocupação relativamente aos efeitos da sua utilização repetida por muito tempo”, adverte o especialista. Outra limitação é a quase inevitável recorrência da doença. “Há alguma evidência de que o rituximab funciona bem durante algum tempo, mas é quase garantido que o doente vai deixar de responder. Seria importante termos um segundo plano para quando isso acontece”, defende.

No entanto, estão a surgir novidades no âmbito das doenças renais inflamatórias. “Um novo anticorpo monoclonal, o belimumab, foi aprovado nos EUA, em dezembro de 2020, para a nefrite lúpica. Também está em curso um ensaio clínico de fase III em doentes com nefropatia membranosa com outro anticorpo monoclonal que tem um efeito de depleção das células B, o obinutuzumab. Se os resultados forem positivos (os dados preliminares são muito robustos), este poderá ser o primeiro fármaco dirigido às células B a conseguir aprovação para o tratamento das glomerulonefrites”, antecipa David Jayne.

A PROMESSA DAS CÉLULAS ESTAMINAIS

Em seguida, a **Prof.^a Benedetta Bussolati**, nefrologista e professora de Nefrologia no Centro de Biotecnologia Molecular da Universidade de Turim, em Itália, apresentará o ponto de situação da investigação com células estaminais aplicadas ao tratamento da DRC. “É sabido que estas células não permanecem no organismo mais do que dois ou três dias após a sua administração. No entanto, o seu efeito é duradouro, sobretudo devido aos bioprodutos libertados pelas células estaminais, modificando e reprogramando os tecidos e as células de inflamação”, explica.

De acordo com a especialista, existe já uma quantidade substancial de dados pré-clínicos (*in vitro* e em modelo animal, nomeadamente em roedores e porcos), estando também em curso alguns ensaios clínicos. “Naturalmente, temos alguma esperança de chegar a bom porto, mas é necessária uma standardização. As agências regulatórias requerem a reprodutibilidade dos tratamentos, o que não é possível neste momento com as células estaminais, sobretudo devido às grandes diferenças que podem existir entre linhas celulares”, detalha Benedetta Bussolati.

Conseguir utilizar, com sucesso, células estaminais no contexto da DRC seria um grande avanço, dada a inexistência de tratamentos que permitam parar ou reverter a sua progressão. “Necessitamos de algo novo e funcional que permita regenerar o tecido renal. Para isso, precisamos de uma terapêutica com múltiplos alvos, que atue



não apenas nas células epiteliais do rim, mas também na componente vascular da inflamação”, frisa a nefrologista.

Na sua intervenção, Benedetta Bussolati percorrerá a fisiopatologia da DRC e apresentará algum do trabalho que é desenvolvido no seu centro, com modelos *in vitro* e *in vivo*, no âmbito das lesões renais agudas e crónicas. Um dos campos a que a sua equipa se dedica é a caracterização de fatores que podem ser transportados pelas vesículas extracelulares, como o klotho, que desempenha um papel no envelhecimento e no desenvolvimento de fibrose. /

TERAPÊUTICA DIRIGIDA ÀS CÉLULAS B EM PANDEMIA: SIM OU NÃO?

Segundo o Prof. David Jayne, a utilização de terapêuticas dirigidas às células B em contexto de pandemia COVID-19 “pode associar-se a riscos adicionais, com um curso da doença mais grave”. De acordo com alguns dados publicados, “determinadas terapêuticas dirigidas às células B bloqueiam a resposta dos anticorpos que as vacinas contra o SARS-CoV-2 visam produzir”. “O significado clínico real destas novas descobertas ainda não é totalmente claro, mas os nossos doentes podem não estar tão protegidos como gostaríamos”, admite o especialista.



Os dois entrevistados adiantam algumas das ideias que tencionam transmitir nas suas preleções



“A XLH É A CAUSA GENÉTICA MAIS COMUM DE RAQUITISMO E OSTEOMALACIA”

A hipofosfatemia ligada ao cromossoma X, também conhecida pela sigla inglesa XLH, é uma doença crónica rara, que constitui a causa genética mais comum de raquitismo hipofosfatémico e osteomalacia. Os desafios ao nível do diagnóstico e do tratamento, as necessidades não preenchidas e as novas perspetivas abertas pelo burosumab, um anticorpo monoclonal anti-FGF23, são alguns dos temas que a Dr.ª Carolina Cordinhã, nefrologista pediátrica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, abordará na sua conferência.

Marta Carreiro

// Como se caracteriza a XLH e de que forma se manifesta nas crianças e nos adultos?

É uma doença crónica rara, com uma incidência estimada de 1 em cada 20 000 nascidos vivos, sendo a causa genética mais comum de raquitismo hipofosfatémico e osteomalacia. A XLH surge por variantes patogénicas no gene regulador do fosfato, o PHEX, que resultam em elevados níveis circulantes do fator de crescimento fibroblástico 23 [FGF23], conduzindo a fosfatúria, diminuição dos níveis de calcitriol e, conseqüentemente, hipofosfatemia crónica. Clinicamente, esta doença manifesta-se como raquitismo em crianças e osteomalacia em crianças e adultos.

As manifestações clínicas são diferentes consoante a idade e a sua gravidade é variável. Nas crianças incluem desaceleração do crescimento e baixa estatura, deformidades dos membros, dor óssea e alterações da marcha. Após encerramento da placa de crescimento, alguns adolescentes e jovens adultos mantêm sintomas importantes, enquanto outros podem apresentar uma clínica mais ligeira. Nesta faixa etária, as manifestações podem incluir dor osteoarticular, fadiga, entesopatia, pseudofraturas, osteoartrite precoce e abscessos dentários, com compromisso funcional e impacto considerável na qualidade de vida.

// Como é feito o diagnóstico desta doença? A que sinais os médicos deverão estar atentos para solicitar o teste genético?

O diagnóstico de XLH baseia-se numa combinação de características clínicas, alterações laboratoriais e achados radiológicos, mais especificamente

sinais de raquitismo e/ou osteomalacia associados a hipofosfatemia e fosfatúria na ausência de défice de vitamina D. Uma história familiar positiva pode facilitar o diagnóstico, porém, mutações *de novo* ocorrem com frequência. Quando a clínica e os achados laboratoriais e radiológicos sugerem o diagnóstico de XLH, o teste genético é recomendado sempre que possível, para confirmar o diagnóstico e para aconselhamento genético do doente e seus familiares. O diagnóstico e o tratamento precoces desta doença associam-se a melhor prognóstico.

// Uma vez que a XLH é habitualmente diagnosticada na idade pediátrica, existem diferenças no prognóstico se só for identificada na idade adulta?

Estamos a falar de uma condição crónica e progressiva com potencial impacto na mobilidade, autonomia e qualidade de vida dos doentes. O atraso no diagnóstico e/ou o tratamento inadequado na infância podem conduzir a complicações na idade adulta, além das expectáveis pela história natural da doença. Neste sentido, a abordagem otimizada dos doentes pediátricos é fundamental. Mesmo na idade adulta, o reconhecimento precoce das manifestações clínicas também influencia consideravelmente a qualidade de vida e a autonomia dos doentes.

// Qual é a finalidade dos tratamentos atualmente disponíveis? A abordagem terapêutica é diferente consoante a idade do doente?

O tratamento médico tem como objetivo otimizar o crescimento da criança/adolescente e obter uma

melhoria clínica e radiológica do raquitismo, minimizando a dor, as deformidades ósseas e evitando a necessidade de cirurgia. O tratamento convencional baseia-se na suplementação oral de fosfato e análogos da vitamina D, implicando várias administrações diárias e alguns efeitos secundários, nomeadamente gastrointestinais, o que pode levar a má adesão à terapêutica, sobretudo em adolescentes. O burosumab, um anticorpo monoclonal anti-FGF23 aprovado desde 2018 para tratamento em idade pediátrica e desde 2020 para adultos, atua diretamente na fisiopatologia subjacente da XLH e tem mostrado resultados promissores.

// O que ainda é necessário melhorar em termos de diagnóstico e tratamento?

Seria importante reunir esforços para adaptar as *guidelines* internacionais de diagnóstico e abordagem terapêutica da XLH, elaborando recomendações práticas a nível nacional, tendo em conta os recursos disponíveis. A definição de equipas multidisciplinares e que assegurem uma adequada transição entre a Pediatria e a Medicina de Adultos também é pertinente para otimizar a prestação de cuidados a estes doentes. Tratando-se de uma doença rara, os registos de âmbito nacional e internacional são fundamentais para compreender melhor a história natural da XLH e as potenciais complicações. Estudos de acompanhamento dos doentes a longo prazo também são importantes para avaliar a segurança das terapêuticas instituídas e a relação custo/eficácia do burosumab e do tratamento convencional nos doentes pediátricos e adultos. /



11h35 – 12h30: Mesa III – Genética e rim

// AVANÇOS GENÉTICOS COM IMPACTO EM NEFROLOGIA

O diagnóstico das doenças renais sofreu um forte avanço com a aplicação dos estudos genéticos em consequência da evolução tecnológica. Neste contexto, os dois preletores da mesa III vão abordar as vantagens da consulta especializada em doenças renais hereditárias e de que forma os estudos moleculares auxiliam o diagnóstico da síndrome hemolítica urémica atípica (SHUa), uma doença de grande complexidade genética.



CLÍNICA DE GENÉTICA PARA O RIM

“Há 15 anos que o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral tem uma consulta especializada em doenças renais hereditárias que afetam a população adulta. Na sessão, falei sobre o impacto da evolução tecnológica dos últimos cinco anos nesta consulta. Resumidamente, destaco as possibilidades que as novas tecnologias de sequenciação nos oferecem, nomeadamente o facto de podermos fazer o diagnóstico molecular de uma série de doenças de maneira relativamente acessível – algo que antes só era possível nas unidades associadas a laboratórios de investigação.

Nos últimos cinco anos, a nossa consulta teve a capacidade de prestar diagnóstico genético a 43% dos doentes que nos foram referenciados, sendo que em 60% destes conseguimos identificar a variante patogénica responsável. Também é importante salientar que os doentes beneficiam muito com os cuidados de equipas médicas multidisciplinares que observam e seguem um grande volume de doentes com patologias idênticas.

Nas consultas dedicadas especificamente a doenças hereditárias, os clínicos têm a possibilidade de estar diariamente em contacto com diversas doenças de foro genético, mesmo as mais raras, o que os leva a adquirir a dita *expertise* que tanto ambicionamos. Além disso, estas consultas permitem providenciar aos doentes terapêuticas que, de outra forma, não lhes estariam acessíveis. Por exemplo, em Portugal, o tolvaptan, um fármaco para o tratamento da doença renal poliquística autossómica dominante, só é disponibilizado no Hospital Curry Cabral.” **Prof. Joaquim Calado, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/ Hospital Curry Cabral**

ESTUDO DOS GENES DO COMPLEMENTO NO DIAGNÓSTICO DE SHUA E PTT

“O Laboratório de Hematologia Molecular do Serviço de Hematologia Clínica do CHUC iniciou o estudo dos genes do complemento há cerca de sete anos. Implementámos este estudo devido à necessidade de efetuar o diagnóstico diferencial da síndrome hemolítica urémica atípica (SHUa) e da púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), uma vez que estas duas doenças de etiologia diferente podem ter uma apresentação clínica similar.

O estudo foi gradual, iniciando-se nos genes mais prevalentemente associados a disfunção da via alternativa do complemento (*CFH* e *MCP*). A nova metodologia de sequenciação de genes (*next generation sequencing* – NGS) permitiu sequenciar os 12 genes em simultâneo, tornando este estudo genético mais célere e económico.

A evolução da tecnologia e da bioinformática veio agilizar este tipo de estudos para a área de diagnóstico. A NGS permite-nos obter uma quantidade imensa de dados moleculares e as *guidelines* internacionais são cruciais para a sua interpretação no valor preditivo de patogenicidade. A aplicação desta metodologia facilita o diagnóstico diferencial da SHUa e da PTT, permitindo instituir a terapêutica que melhor se adequa às necessidades do doente, dado que os tratamentos destas duas patologias são completamente distintos.

Nos últimos anos, recebemos no nosso laboratório amostras de vários centros de todo o país, ou seja, estabeleceu-se uma sinergia com o objetivo de tornar o diagnóstico da SHUa e da PTT mais assertivo. Em cerca de 50% dos estudos realizados, encontramos a ou as variantes patogénicas responsáveis. No entanto, há que referir, que estes diagnósticos requerem sempre uma abordagem clínico-laboratorial assegurada por uma equipa multidisciplinar.

Houve uma evolução conjunta no conhecimento que nos permitiu evoluir e otimizar os resultados, através do conhecimento do perfil mutacional (genótipo) de cada indivíduo, do estudo personalizado que influencia a progressão da doença, da resposta às terapias e da recorrência após transplante. Em suma, na sessão pretendo falar sobre o ponto em que estamos, o quanto evoluímos, onde encontramos respostas e as dúvidas que ainda temos.” **Prof.ª Teresa Fidalgo, coordenadora do Laboratório de Hematologia Molecular do Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**



Os dois entrevistados adiantam algumas das ideias que tencionam transmitir nas suas preleções

15h10 – 16h40: Simpósio Vifor Pharma

// OTIMIZAÇÃO DOS RAASi ATRAVÉS DO CONTROLO DO POTÁSSIO – DA EVIDÊNCIA À PRÁTICA

O que diz a evidência acerca do impacto da hipercalemia associada aos RAASi (inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona) na doença renal crónica (DRC)? Como controlar, na prática, os níveis de potássio com patirómero, de modo a conseguir a otimização do tratamento com RAASi? Estas são as principais questões às quais os intervenientes no simpósio-satélite Vifor Pharma procurarão dar resposta.

Luís Garcia



Dr.ª Ana Rita Martins



Prof. Anibal Ferreira



Dr.ª Carina Ferreira

O moderador do simpósio e presidente da SPN, Prof. Anibal Ferreira, não tem dúvidas em considerar “muito importante” dispor de um captador de potássio como o patirómero, que permite “otimizar o bloqueio do eixo renina-angiotensina-aldosterona, poupando função renal residual e diminuindo o risco cardiovascular (CV)¹⁻³, dado que a hipercalemia é um efeito acessório dos RAASi”. De acordo com o nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHULC/HCC), “o patirómero já é e continuará a ser uma das grandes ferramentas ao dispor da Nefrologia”. Este fármaco “colmata uma necessidade sentida há muito tempo e permite evitar que muitos doentes entrem em diálise mais cedo por não terem a hipercalemia controlada, além de impedir que se interrompam fármacos necessários no tratamento da insuficiência cardíaca [IC], como a espironolactona”.

A Dr.ª Ana Rita Martins, nefrologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO)/Hospital de Santa Cruz, é a primeira preletora do simpósio e vai falar sobre os desafios da hipercalemia nos doentes com DRC. As *guidelines* da European Society of Cardiology e da Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) são unânimes a

recomendar a utilização de doses otimizadas de RAASi nos doentes com risco CV aumentado, IC ou disfunção renal. No entanto, o risco de hipercalemia leva, frequentemente, os clínicos a terem de reduzir as doses ou mesmo suspender o tratamento com estes fármacos. “É um jogo de equilíbrios: por um lado, temos uma terapêutica (RAASi) que confere proteção CV, que é a principal causa de morte; por outro, sabemos que os doentes mais frágeis já têm um risco aumentado de hipercalemia e, com os RAASi, esse risco pode agravar”, explica a nefrologista. O patirómero veio permitir ultrapassar esse

“É muito importante dispor de um captador de potássio como o patirómero, que permite otimizar o bloqueio do eixo renina-angiotensina-aldosterona, poupando função renal residual e diminuindo o risco cardiovascular (CV)¹⁻³, dado que a hipercalemia é um efeito acessório dos RAASi”

impasse e “tem sido facilitador para o início e a otimização dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina [IECA], dos antagonistas dos recetores da angiotensina II [ARA II] e dos antagonistas dos recetores mineralocorticoides [ARM], que são modificadores de prognóstico com impacto comprovado na vida dos doentes”. Estudos como o OPAL-HK¹, o AMBER² e o PEARL-HF³ demonstraram que “o patirómero permitiu que mais doentes com IC, DRC ou HTA resistente se mantivessem sob RAASi por um maior período de tempo e em doses mais adequadas”, sublinha Ana Rita Martins.

TOLERABILIDADE FACILITA ADEÇÃO À TERAPÊUTICA

O simpósio inclui a apresentação de um caso clínico pela Dr.ª Carina Ferreira, nefrologista no CHULC/HCC, à qual se seguirá uma discussão com os intervenientes já referidos, a Prof.ª Cândida Fonseca (cardiologista no CHLO/Hospital de São Francisco Xavier) e o Dr. Gil Silva (diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal). Carina Ferreira salienta a importância do controlo dos níveis de potássio nos doentes com DRC, “dado que, a partir dos 5,5 mEq/L, podem surgir efeitos indesejados próprios da hipercalemia”.



"Caso os doentes não obtenham as reduções da caliemia desejadas, pode-se aumentar a dose do patirómero, que tem três dosagens diferentes"

De acordo com esta preletora, as resinas, único tratamento que existia para hipercalemia antes do patirómero, apresentam muitas limitações. "Além de não ter uma eficácia comprovada por estudos aleatorizados, esta terapêutica associa-se a muitos efeitos secundários, desde as alterações no paladar até eventos adversos mais sistémicos, sobretudo a nível gastrointestinal. Os doentes não toleram as resinas e acabam por abandonar esse tratamento", refere Carina Ferreira.

Aníbal Ferreira acrescenta o efeito de obstipação das resinas e o facto de terem

sido reportados "vários casos de isquemia intestinal associados ao seu uso, nomeadamente em doentes com diabetes que já tinham má perfusão arterial intestinal". Pelo contrário, os novos captadores do potássio, como o patirómero, "atuam sobretudo na circulação intestinal, nomeadamente no intestino distal".

Segundo Carina Ferreira, "o patirómero, além de ser eficaz, é muito mais tolerado pelos doentes do que as resinas, permitindo controlar os níveis de potássio e otimizar o tratamento com RAASi, que é importante quer em termos de mortalidade CV, quer de sobrevida renal¹⁻³". Mesmo que as reduções dos níveis de potássio obtidas sejam pequenas, "já se trata de uma vitória, porque torna possível manter a terapêutica de bloqueio do eixo renina-angiotensina-aldosterona". Além disso, "caso os doentes não obtenham as reduções da caliemia desejadas, pode-se aumentar a dose do patirómero, que tem três dosagens diferentes", remata a nefrologista. //

BALANÇO POSITIVO NA PRÁTICA CLÍNICA

Com cerca de 40 doentes sob patirómero atualmente, o Prof. Aníbal Ferreira considera a sua experiência com o fármaco "extremamente positiva". Na sua prática clínica, o nefrologista tem obtido reduções médias do potássio "na ordem de 1 a 1,2 mEq/L" e apenas precisou de suplementar com magnésio um doente. Aníbal Ferreira sublinha a necessidade de fazer o doente perceber que, uma vez iniciada, esta terapêutica deve ser cumprida sem interrupções. "Dada a eficácia do patirómero, habituamo-nos a que os doentes tenham valores de potássio baixos e aumentamos as doses de IECA e ARA II. Por isso, se o doente pára de tomar o patirómero por sua iniciativa, pode ficar exposto a uma hipercalemia severa", alerta.

Referências: 1. Weir MR, et al. *Patiromer in Patients with Kidney Disease and Hyperkalemia Receiving RAAS Inhibitors*. N Engl J Med. 2015;372:211-21. 2. Agarwal R, et al. *Patiromer versus placebo to enable spironolactone use in patients with resistant hypertension and chronic kidney disease (AMBER): a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial*. Lancet. 2019;394(10208):1540-50. 3. Pitt B, et al. *Evaluation of the efficacy and safety of RLY5016, a polymeric potassium binder, in a double-blind, placebo-controlled study in patients with chronic heart failure (the PEARL-HF) trial*. Eur Heart J. 2011;32(7):820-8.



Declarações do Prof. Aníbal Ferreira, da Dr.ª Ana Rita Martins e da Dr.ª Carina Ferreira sobre o papel do patirómero no tratamento da hipercalemia

18h45 – 19h15: Conferência Vifor Pharma

OPINIÃO

// PREVALÊNCIA DA ANEMIA NA DRC EM PORTUGAL – RESULTADOS DO ESTUDO NEFROPOR



// Prof. Aníbal Ferreira // Presidente da SPN e nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral

NEFROPOR é um estudo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) que pretende perceber como os nefrologistas portugueses tratam os doentes que chegam à primeira consulta de Nefrologia com anemia.

Este estudo é apoiado pela Vifor Pharma, e teve como principais objetivos:

- 1) Avaliar a prevalência da anemia e da deficiência de ferro em doentes com doença renal crónica (DRC) acompanhados na consulta de Nefrologia;
- 2) Avaliar qual o tratamento administrado para a anemia e a deficiência de ferro nesses doentes.

Assim, foi selecionado o primeiro trimestre de 2017 (1 de janeiro a 31 de março) para análise. O estudo inclui 176 doentes dispersos pelos diversos Serviços de Nefrologia de norte a sul do país, o que resulta numa boa representatividade nacional. Em termos de caracterização da população, foram incluídos todos os doentes com DRC em estádios 3 e 4 que, no período selecionado, tiveram a sua primeira consulta de Nefrologia. Foram excluídos os doentes que estavam prestes a começar diálise, os que não tinham seguramente anemia induzida pela DRC e os doentes com inflamação crónica, doenças oncológicas e não cumpridores da medicação.

A primeira grande conclusão a que chegámos foi que cerca de 44,9% dos doentes referenciados à consulta de Nefrologia pela primeira vez têm anemia, de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde. Além disso, verificámos que o estágio de DRC mais prevalente é o 3B. Analisámos também as principais comorbilidades associadas à presença de anemia e apurámos que a diabetes, sobretudo enquanto causa de DRC, contribui significativamente para o desenvolvimento de anemia. Também verificámos que os doentes com patologia cardiovascular, nomeadamente enfarte agudo do miocárdio, são mais propensos a desenvolver anemia. Além disso, os doentes com DRC em estágio 4 apresentam uma prevalência mais elevada de anemia do que os doentes em estádios menos avançados.

Neste momento, temos um número reduzido de doentes em *follow-up*, uma vez que alguns mudaram de consulta e outros simplesmente a abandonaram. Ainda assim, já conseguimos perceber que a anemia é corrigida na maioria dos doentes com DRC. //



O Prof. Aníbal Ferreira comenta os principais resultados do estudo NEFROPOR

8h45 – 9h00: Evolução das bolsas SPN

// RESULTADOS DE DOIS PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO APOIADOS PELA SPN

A aplicação da *gla-rich protein* (GRP) no diagnóstico e no tratamento da doença cardiovascular (DCV) em doentes com doença renal crónica (DRC) e a análise do papel fisiológico da peroxidase (PXDN) na nefropatia por imunoglobulina A (IgA) são os alvos de estudo dos dois projetos de investigação cujos resultados e evolução serão apresentados amanhã. Segue-se o resumo do que os investigadores principais vão apresentar a propósito destes trabalhos apoiados por bolsas da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN).



APLICAÇÃO DA GRP NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO DA DCV EM DOENTES COM DRC

“A pesar das pesquisas realizadas nas últimas décadas a respeito dos mecanismos e processos moleculares envolvidos na DCV, esta ainda é a principal causa de morte no mundo, representando um dos maiores desafios à saúde. A população com DRC contribui substancialmente para essa realidade, uma vez que a DCV é a principal causa de morte em todos os estádios da DRC.

A evidência científica tem demonstrado que a calcificação e a inflamação vasculares desempenham um papel fundamental na fisiopatologia da DRC e da DCV, estando também envolvidas numa interferência bidirecional complexa que leva à progressão de ambas as doenças. Um conhecimento mais profundo dos mecanismos moleculares e o aparecimento de novos agentes moduladores direcionados tanto à inflamação como à calcificação abrirão o caminho para a descoberta de novos biomarcadores e estratégias terapêuticas para DCV.

A *gla-rich protein* (GRP) demonstrou funcionar como um inibidor da calcificação e agente anti-inflamatório no sistema cardiovascular. Estudos funcionais *in vitro* demonstraram que, em humanos, esta proteína é capaz de diminuir a calcificação da matriz extracelular e as respostas pró-inflamatórias. Mais recentemente, eu e a minha equipa mostrámos que os níveis séricos de GRP podem ser um preditor clínico significativo de calcificações em doentes com diabetes e DRC.

No seguimento desses resultados, temos agora como objetivos fortalecer a aplicação translacional da GRP como biomarcador de risco cardiovascular associado ao desenvolvimento de DRC, com foco na avaliação do fator de risco calcificação/inflamação vascular. Além disso, tendo em conta o duplo papel da GRP como agente anti-inflamatório e antimineralizante, propomos desvendar o seu uso potencial como um novo agente terapêutico para doenças inflamatórias relacionadas com a calcificação, como a DRC.”

Dr.ª Ana Paula Silva, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário do Algarve/Hospital de Faro

ANÁLISE DA EXPRESSÃO DA PXDN NA NEFROPATIA POR IgA: ASSOCIAÇÃO À FIBROSE RENAL E À PROGRESSÃO DA DOENÇA

“A peroxidase (PXDN) é uma proteína conservada evolutivamente, em cuja estrutura coexistem um domínio peroxidásico funcionalmente ativo, associado a um grupo prostético heme, e diversos motivos não catalíticos que são típicos de proteínas da matriz extracelular. O gene da PXDN é constituído por 23 exões, com locus no braço curto do cromossoma 2 (2p25.3). Na forma madura, incorporada nas membranas basais, a PXDN é uma proteína homotrimérica, cuja oligomerização ocorre antes da secreção para o espaço extracelular e após clivagem proteolítica do terminal carboxilo. Uma das mais importantes funções biológicas da PXDN é a de catalisação da formação de ligações sulfilimina (S=N) entre os protómeros do colagénio IV, conferindo estabilização à estrutura reticular das membranas basais.

A PXDN tem expressão tecidual particularmente elevada no coração e na parede vascular. No coração, a sua expressão aumenta significativamente em condições de isquemia, com efeito cardiofibrogénico após enfarte do miocárdio. *In vitro*, a expressão de PXDN aumenta em miofibroblastos transdiferenciados de fibroblastos humanos por efeito do fator de crescimento transformante beta de tipo 1 (TGF-β1), sendo excretada para o espaço extracelular onde colocaliza com a fibronectina. *In vivo*, a expressão de PXDN está aumentada num modelo murino de fibrose renal, assumindo localização peritubular em rins fibróticos.

As mutações do gene PXDN estão associadas a uma anomalia do desenvolvimento do segmento ocular anterior, com hereditariedade recessiva. A identificação de uma microduplicação do cromossoma 2p, envolvendo o gene PXDN num jovem adulto com síndrome de malformações congénitas múltiplas e deficiência intelectual, incluindo DRC terminal e rins atróficos, sugeriu-nos a hipótese de que a sobre-expressão constitucional da PXDN pudesse ser a causa da nefropatia deste doente. Isso levou-nos a estabelecer uma linha de investigação translacional focada no esclarecimento do papel fisiopatológico da PXDN na progressão da DRC e nas suas eventuais implicações terapêuticas.

Neste primeiro projeto, propusemo-nos estudar a expressão de PXDN em biopsias renais de doentes com nefropatia por IgA, doença que foi escolhida devido à sua prevalência e ao potencial de progressão, assim como por ter um sistema de classificação quantitativa das lesões histopatológicas devidamente validado, o que permitirá estabelecer correlações robustas com a expressão de PXDN.” **Prof. João Paulo Oliveira, coordenador da Divisão Clínica do Serviço de Genética Humana do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**





PUBLICIDADE





11h25 – 12h50: Mesa V - HTA e rim

// TEMAS ATUAIS NA RELAÇÃO DA HIPERTENSÃO COM A DOENÇA RENAL

O diagnóstico de nefropatia hipertensiva não deve ser dado a todos os doentes com hipertensão arterial (HTA) e insuficiência renal, devendo-se pesquisar a verdadeira causa; as *guidelines* KDIGO 2021 trazem novidades para a abordagem da HTA em doentes com DRC; é possível tratar a HTA durante a gravidez, prevenindo situações como a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia ou a síndrome de HELLP. Estes temas serão desenvolvidos amanhã, na mesa-redonda “HTA e rim”.



UMA INCÓGNITA CHAMADA NEFROPATIA HIPERTENSIVA

“Oficialmente, a nefropatia hipertensiva é segunda causa para necessitar de diálise no mundo, depois da nefropatia diabética, mas, quando o doente se apresenta com doença renal crónica [DRC] e hipertensão arterial [HTA], é difícil saber qual surgiu primeiro. Os rins saudáveis têm uma filtração glomerular normal de 120 ml/min e existe insuficiência renal quando esse parâmetro está abaixo dos 60 ml/min. Isso quer dizer que já se perdeu metade da função renal, ou seja, a DRC tem muitos anos de progressão. O facto de a HTA preceder a insuficiência renal não quer dizer que seja a causa; pode ser causa ou consequência.

Chega-se ao diagnóstico de nefropatia hipertensiva quando não se encontra outra causa e esse é um problema grave, porque implica não dedicar esforços de investigação, desenvolvimento médico e protocolos clínicos para procurar a verdadeira causa da insuficiência renal. Se queremos evitar que as pessoas cheguem à diálise, temos de tratar as causas reais da DRC e estar conscientes de que nem todos os doentes renais com HTA têm nefropatia hipertensiva. Para avançarmos, é preciso reconhecer que, se a causa é desconhecida, deve-se à falta de estudo.” **Dr. Alberto Ortiz, chefe de Nefrologia e Hipertensão na Fundação Jiménez Díaz, em Madrid**

GUIDELINES KDIGO 2021 PARA GESTÃO DA HTA

“O processo de revisão das *guidelines* KDIGO [Kidney Disease: Improving Global Outcomes] para gestão da HTA nos doentes com DRC iniciou-se em 2017 e culminou com a sua publicação em 2021, sintetizando as recomendações atuais baseadas na melhor evidência disponível, pois a versão anterior, de 2012, já tinha quase dez anos. Entre as principais alterações, destaca-se a ênfase na forma como os nefrologistas devem medir a pressão arterial, já que, pela primeira vez, temos diretrizes muito claras sobre o método a ser utilizado e o momento certo para a medição da pressão arterial [PA] de cada caso.

As *guidelines* KDIGO 2021 também apresentam uma redução significativa dos valores-alvo de PA em doentes com DRC, o que torna mais desafiador o tratamento da HTA, já que o novo objetivo recomendado é de ≤ 120 mmHg de PA sistólica, significativamente mais baixo que o recomendado anteriormente. Agora, os clínicos terão de fazer avaliações individualizadas para definir em quais dos seus doentes do mundo real será possível alcançar as novas metas preconizadas nas *guidelines*.

Outra novidade é a expansão do perfil de doentes que devem ser tratados com os medicamentos que inibem o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Em conclusão, atualmente, a Nefrologia atravessa um momento muito dinâmico, com a introdução de novas informações. A sua aplicação na prática clínica deve impactar de forma positiva a saúde dos doentes com DRC.” **Dr. Roberto Pecoits-Filho, nefrologista, professor titular na Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Brasil) e investigador sénior no Arbor Research Collaborative for Health (EUA)**

DR



TRATAMENTO DA HTA NA GRAVIDEZ

“A pré-eclâmpsia continua a ser a primeira causa de morte nas mulheres grávidas. A identificação de grupos de risco, através do rastreio pré-natal, permite iniciar tratamento profilático, melhorando a monitorização e a vigilância destas gestações. A Aspirina é efetiva na prevenção, parecendo mitigar a incidência de pré-eclâmpsia precoce e de restrição do crescimento fetal.

A crise hipertensiva na gravidez implica um tratamento imediato com os fármacos adequados, evitando complicações sistémicas, como síndrome de HELLP (hemólise, disfunção hepática e trombocitopenia), eclâmpsia, insuficiência renal, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida e acidentes vasculares cerebrais.

Em Portugal, verifica-se uma concomitância assinalável de patologia renal com HTA. A nifedipina (inibidor dos canais de cálcio), a alfa-metildopa (simpaticolítico) e o labetalol (betabloqueador) são os fármacos mais utilizados para o tratamento da HTA durante a gravidez. Promover a consulta de pré-conceção, para avaliar as comorbilidades e ajustar a terapêutica, permite melhorar os desfechos maternos e perinatais.” **Dr.ª Maria São José Pais, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**



Trechos das entrevistas em vídeos com os três oradores

10h05 – 10h55: Nefrologia de Ligação

// TELECONSULTA – UMA OPORTUNIDADE PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR?

Esta questão é o mote para a discussão entre os médicos de diferentes especialidades que intervêm na sessão de Nefrologia de Ligação. Partilhamos desde já o resumo das opiniões dos moderadores e oradores entrevistados pela *SPN News*.



OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL

“A teleconsulta é útil, sobretudo em dois sentidos. Por um lado, permite a discussão de casos clínicos entre médicos de várias especialidades, que, por vezes, é impossível de realizar presencialmente, sendo uma mais-valia para a orientação diagnóstica ou de tratamento. Por outro lado, possibilita a realização de consultas à distância com os doentes.

No caso da Obstetrícia, a prática da teleconsulta é particularmente difícil, uma vez que não permite a avaliação fetal direta. Contudo, os novos meios de comunicação permitem-nos, efetivamente, implementar a assistência multidisciplinar às grávidas, otimizando os seus planos de orientação e minimizando custos económicos e sociais inerentes às deslocações e ao absentismo laboral originados pela multiplicação de consultas. Esta colaboração à distância é particularmente útil nos hospitais que têm Serviço de Obstetrícia, mas não têm outros serviços, nomeadamente Nefrologia.” **Dr.ª Ana Paula Machado, tesoureira da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal**

DIABETOLOGIA

“Cerca de 14% das pessoas em idade adulta têm diabetes. Uma parte significativa ainda não está diagnosticada, mas, entre os doentes diagnosticados, sabemos que muitos evoluem para a doença renal crónica, com necessidade de diálise ou transplante. Assim, faz todo o sentido que a Nefrologia e a Diabetologia colaborem para reverter este panorama que atualmente parece inevitável, mas não o é.

Aliás, temos de expandir os canais de comunicação entre as várias especialidades, dado que, cada vez mais, as pessoas não têm apenas diabetes, ou um problema renal, ou cardíaco, mas sim um conjunto de patologias. Em saúde, os resultados serão tanto melhores quanto mais eficaz for a articulação entre os diversos intervenientes. É neste contexto que as novas oportunidades de relação e comunicação são muito importantes, como as teleconsultas, que, devido à pandemia, foram muito desenvolvidas no último ano e meio. Temos um ‘mundo’ de oportunidades proporcionadas pela tecnologia, mas o número crescente de pessoas com multipatologia obriga-nos a melhorar a colaboração entre especialidades médicas.” **Prof. João Raposo, presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia**



MEDICINA GERAL E FAMILIAR

“A teleconsulta é uma ferramenta muito benéfica para a prestação de cuidados em saúde. Porém, não nos podemos esquecer que é fundamental existirem meios, tempo e profissionais necessários para a realização de teleconsultas. Só assim é que esta ferramenta pode ser verdadeiramente útil para a nossa prática clínica diária. Dou o exemplo do meu caso: no local onde trabalho, somos oito médicos e só existe uma câmara e colunas instaladas num computador da biblioteca.

Uma câmara para teleconsultas com 14 mil doentes, mais as reuniões multidisciplinares, não é minimamente suficiente. Ainda assim, são inegáveis as vantagens da telemedicina ao nível da comunicação entre os cuidados de saúde primários e as especialidades hospitalares, por exemplo. Muitas vezes existe necessidade de esclarecer questões que, com recurso a este meio, facilmente são resolvidas.”

Dr. Nuno Jacinto, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

REUMATOLOGIA

“No âmbito da Reumatologia, já utilizávamos a teleconsulta antes da pandemia, precisamente para agilizar as consultas multidisciplinares, sobretudo com os doentes seguidos em hospital de dia. Por exemplo, é algo frequente solicitarmos consultas com a participação de um nefrologista à distância para os doentes com lúpus, porque têm dúvidas ou ocorreram complicações renais.

Além da possibilidade de os doentes terem consulta com mais do que uma especialidade, não há dúvida de que as novas tecnologias e formas de comunicação facilitam a interação multidisciplinar entre os profissionais de saúde, permitindo-nos discutir questões específicas à distância. As iniciativas de formação *online* que foram proporcionadas durante a pandemia são uma excelente prova disso.”

Prof.ª Helena Canhão, presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia





CARDIOLOGIA

“No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC] já temos a teleconsulta implementada desde 2003, que tem sido mais dedicada aos cuidados de saúde primários, na interação direta com os colegas de Medicina Geral e Familiar [MGF]. Este projeto em que fomos pioneiros conta com a colaboração da Administração Regional de Saúde do Centro, permitindo-nos uma ligação muito direta com três centros de saúde da área de influência do CHUC. Desenvolvemos esta experiência-piloto com o intuito de testar até que ponto a tecnologia nos permite assegurar consultas à distância de qualidade.

Também desenvolvemos uma experiência-piloto de avaliação de doentes agudos descompensados em ambulatório. Este projeto foi muito interessante porque cerca de 60% desses doentes acabaram por ser seguidos no centro de saúde, ou seja, chegámos à conclusão de que não se justificava a sua vinda para um hospital central. Apenas 40% dos doentes levantaram alguma preocupação, pelo que foram encaminhados para o CHUC. Desses 40%, cerca de 70% ficaram internados e apenas 30% tiveram alta na urgência.

As conclusões da nossa experiência são que a teleconsulta permite reduzir o número de doentes enviados para o hospital, o que é muito valioso; apoiar diretamente os colegas da MGF e melhorar a imagem dos centros de saúde perante a população que servem, uma vez que facilitam o acesso a especialidades hospitalares na unidade de saúde do doente e mais próximo da sua residência. No caso concreto da Cardiologia, verificámos claramente que este sistema possibilita uma referência mais precoce dos doentes, permitindo assim diagnósticos e tratamentos mais atempados. Também é de referir a grande mais-valia de evitar que os doentes e os seus cuidadores se desloquem ao hospital, gastando dinheiro e perdendo muitas horas de trabalho.” **Prof. Lino Gonçalves, presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia**

OPORTUNIDADES DA TELESSAÚDE

“Na minha comunicação, vou apresentar um pouco do contexto da telessaúde em Portugal, destacando as experiências que existem, nomeadamente no âmbito da Nefrologia, que não se resumem a teleconsultas. Sobretudo ao nível da diálise peritoneal, realizam-se telemonitorizações que possibilitam o acompanhamento do doente no seu domicílio.

Entre 2016 e 2017, fui responsável pela Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica e participei na criação do Centro Nacional de Telessaúde dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Nesse âmbito, consegui perceber que dinâmicas existiam por todo o país e promover a criação de teleconsultas e outras atividades de telessaúde que pudessem ser úteis para a população. Um projeto que implementámos nessa altura no âmbito da Nefrologia foi a teleconsulta entre a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz. Nomeadamente para os doentes transplantados, esta resposta permitiu que fossem acompanhados sem se deslocarem centenas de quilómetros, tendo acesso às consultas perto de casa. Entretanto, sobretudo com o impulso da pandemia de COVID-19, evoluímos um pouco mais e passou a ser possível realizar teleconsulta diretamente com o utente, no seu domicílio, pois deixou de ser obrigatória a presença do médico que o acompanha no hospital da sua área de residência.

Para demonstrar os benefícios da telessaúde na prestação de cuidados multidisciplinares, vou também dar o exemplo do Centro de Responsabilidade Integrada [CRI] de Tratamento Cirúrgico da Obesidade do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, que funciona no Hospital Curry Cabral. Neste momento, a consulta multidisciplinar inicial pode ser presencial ou à distância. Conseguimos realizar uma primeira teleconsulta com apoio médico, conjugando várias pessoas a partir de casa, para lhes apresentar o que a equipa vai fazer e como se desenrolará todo o processo. Esta é uma etapa crítica para que as pessoas adiram melhor à cirurgia da obesidade.

As pessoas que terminam o processo assistencial integrado atingem mais facilmente os resultados pretendidos, pois usufruem de acompanhamento nutricional, psicológico, de fisioterapia, de medicina interna, de endocrinologia, de cirurgia geral e de cirurgia plástica. A telemedicina facilita a comunicação entre todos os intervenientes da abordagem multidisciplinar em benefício do doente. No entanto, apesar de ser um grande defensor da telessaúde, também sou conservador. Considero que chegámos a uma fase em que precisamos de perceber quando a telessaúde deve ou não ser utilizada. Temos de definir critérios para perceber quando este recurso é realmente necessário e benéfico para os doentes e os profissionais de saúde, que devem sentir-se confortáveis com a sua utilização.” **Dr. Leandro Luís, administrador hospitalar e coordenador da Comissão Local de Informatização Clínica do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central**



Videos com comentários adicionais dos seis entrevistados

RESULTADOS DO MINI-DELPHI SOBRE PRURIDO ASSOCIADO À DRC



// Prof. Aníbal Ferreira // Presidente da SPN e nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral

Segundo vários estudos internacionais, o prurido não é devidamente valorizado pelos nefrologistas. Nesse sentido, com o apoio da Vifor Pharma, a SPN realizou um Mini-Delphi para perceber se os nefrologistas portugueses consideram o prurido um problema importante, se o tratam, como o tratam e que decisões tomariam caso tivessem outras ferramentas ao seu dispor para o tratamento desta condição.

O nosso objetivo é que os resultados que vamos apresentar, em primeira mão, nesta conferência sensibilizem os nefrologistas a valorizar mais o prurido, pois está provado que os doentes em hemodiálise apresentam esta queixa com relativa frequência. Por exemplo, em resposta a um inquérito que aplicámos na minha clínica, 20 a 30% dos doentes referiram que têm prurido

relevante numa parte do seu dia, resultado que me deixou surpreendido.

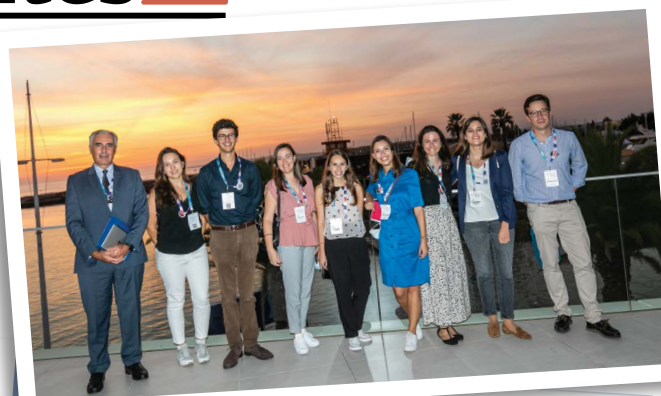
Por outro lado, a terapêutica que temos disponível em Portugal para o prurido mostra-se pouco eficaz e depende de fármacos anti-histamínicos, que podem desencadear efeitos adversos limitadores da qualidade de vida dos doentes. Ainda assim, existe sempre a possibilidade de recorrer a um dermatologista para oferecer ao doente um tratamento mais eficaz e que possa melhorar a sua condição.

Tendo em conta que há um fármaco dirigido ao prurido que se tem mostrado eficaz nos estudos de fase III, esperando-se para breve a sua disponibilização em Portugal, é muito importante não desvalorizar este problema, principalmente quando o doente toma a iniciativa de comunicar o seu desconforto. /



O Prof. Aníbal Ferreira fala sobre os objetivos do Mini-Delphi de prurido, cujos resultados serão apresentados em primeira mão na sua conferência de sábado

Instantes



Ver mais fotografias com instantes do primeiro dia do Encontro Renal 2021

cuidar

v. (do Lat. cogitare) Dedicar atenção; trabalhar com determinado objetivo; zelar por; prestar cuidados; contribuir para o bem-estar; tratar.

Esta é a missão que partilhamos com milhares de famílias e cuidadores. No nosso dia a dia conhecemos a generosidade destas pessoas no apoio a quem deles depende.

Aqui fica o nosso reconhecimento e a nossa palavra de incentivo a todos eles.

Contem connosco!



DIAVERUM

// CONTRIBUTOS DA ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DE VIDA DO DOENTE



COMISSÕES ORGANIZADORA E CIENTÍFICA DO CONGRESSO DA APEDT: à frente: Enf.ª Cristina Pinto (Comissão Organizadora – CO), Prof. Filipe Cristóvão (presidente da Comissão Científica – CC), Enf.º Fernando Vilares (presidente da APEDT), Enf.º Fernando Mata (presidente da CO), Enf.ª Teresa Julião (vice-presidente da CO), Enf.ª Maria Saraiva (CC) e Enf.ª Fernanda Pinto (vogal da CO). *Atrás:* Prof. Clemente Sousa (CC), Enf.º Rui Pinto (CC), Enf.º Pedro Rodrigues (secretário-geral da CO), Enf.ª Susana Rodrigues (CC), Enf.º Miguel Sousa (CC) e Enf.º Jorge Melo (presidente da Assembleia-Geral da APEDT). Ausentes na fotografia: Enf.ª Alexandre Pereira e Romeu Outeiro (vogais da CO)

Qualidade de vida da pessoa em hemodiálise (HD) no contexto de pandemia; abordagem do prurido associado à doença renal crónica (DRC); modelo de decisão para a técnica de canulação ideal em HD; acompanhamento do doente renal crónico na fase pré-dialise; importância da consulta de Enfermagem em Nefrologia; contributos dos enfermeiros para o autocuidado do doente com DRC e para o sucesso do transplante renal. Estes são alguns dos temas que marcam o programa científico do XXXV Congresso da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT).

Luis Garcia

Na manhã de ontem, primeiro dia do XXXV Congresso da APEDT, a Enf.ª Rita Santos, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), apresentou dados do seu trabalho de investigação sobre a perda de qualidade de vida das pessoas que fazem hemodiálise (HD) em contexto de pandemia, englobando variantes como o medo, a ansiedade e o impacto na vida familiar. “Nos hospitais, passámos a receber apenas os doentes COVID-19 positivos e os doentes crónicos foram encaminhados para centros privados. As pessoas em HD a quem isto aconteceu perderam bastante qualidade de vida”, comenta a Enf.ª Teresa Julião, vice-presidente do congresso, moderadora

desta sessão e também enfermeira no CHUC. A seguir, o Dr. Luciano Pereira, nefrologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, abordou as novas terapêuticas para o prurido nos doentes em HD, com destaque para a difelicefalina. Na mesma sessão, o Enf.º Fernando Vilares, presidente da APEDT, apresentou os resultados do estudo mini-Delphi sobre o prurido associado à DRC. “Trata-se de um problema frequentemente subestimado, apesar do seu grande impacto na qualidade de vida do doente, podendo levar a infeções provocadas por microlesões, depressão, aumento dos custos de saúde, distúrbios do sono e até maior risco de mortalidade, porque alguns doentes

acabam por faltar aos tratamentos de HD devido ao prurido”, sublinha Fernando Vilares. Já na parte da tarde, o Enf.º Rui Pinto, do CHUC, apresentou uma proposta de modelo de decisão em Enfermagem para determinar a técnica de canulação ideal em HD, tendo em conta não só as características físicas da fístula, mas também as preferências do doente. “A canulação da fístula arteriovenosa é descrita, frequentemente, na bibliografia como uma arte que se apura com o tempo. Acredito que o ato de canulação pelos enfermeiros tem tanto de arte como de ciência”, defende o também membro da Comissão Científica do Congresso da APEDT. Na mesma sessão, a Enf.ª Célia Mota, também

MAIS DE 30 TRABALHOS SUBMETIDOS

O dinamismo da Enfermagem em Nefrologia comprova-se pelos mais de 30 trabalhos submetidos para apresentação no Congresso da APEDT 2021. Entre os diversos temas abordados, o Prof. Filipe Cristóvão destaca os acessos vasculares, a adesão à terapêutica, a gestão dos recursos humanos e a formação dos enfermeiros de Nefrologia. Constituem novidade os vários estudos sobre a prática clínica em contexto de pandemia COVID-19. Outros temas abordados são as tecnologias para gestão da DRC terminal, o *burnout* dos enfermeiros de Nefrologia, a literacia da pessoa com DRC em tratamento e o testamento vital dos doentes em HD. “Estes trabalhos trazem alguma originalidade e estimulam a discussão entre pares. Tenho esperança de que, no futuro, possa haver ainda mais comunicações sobre temas ligados à DP e ao transplante renal, habitualmente menos abordados pelos enfermeiros”, remata o presidente da Comissão Científica.



do CHUC, abordou a importância da reabilitação do doente com DRC internado. “Um programa de exercício físico reduz a atrofia muscular, melhora a capacidade aeróbica e, portanto, a tolerância ao esforço, contribuindo ainda para a melhoria da capacidade funcional, do equilíbrio, da pressão arterial, do perfil lipídico e da glicemia da pessoa doente”, sublinha Rui Pinto. “A presença de um enfermeiro de reabilitação numa unidade de Nefrologia é fundamental, porque reabilitar não é só fazer exercício aos dedos e às pernas”, acrescenta Fernando Vilares.

ACOMPANHAMENTO DO DOENTE NA FASE PRÉ-DIÁLISE

Esta sexta-feira, entre as 11h30 e as 13h00, a discussão centra-se no acompanhamento do doente renal crónico na fase pré-diálise, numa sessão moderada pelo Prof. Filipe Cristóvão, presidente da Comissão Científica do Congresso da APEDT e professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Um dos tópicos abordados é o papel dos cuidados de saúde primários (CSP) na prevenção da doença renal. Segundo o moderador, os enfermeiros dos CSP “podem contribuir para rastrear pessoas em risco, evitar o desenvolvimento de DRC e ajudar a retardar a progressão para a falência renal”, desde logo através da monitorização dos doentes com diabetes e hipertensão arterial.

Quanto à consulta de Enfermagem em Nefrologia, outro tópico em debate na mesma sessão, Filipe Cristóvão destaca a sua importância para os quase dois milhões de pessoas em Portugal que têm algum grau de DRC. “Os enfermeiros de Nefrologia podem colaborar na educação para a saúde, visando retardar a progressão da doença, bem como ajudar os doentes e as suas famílias a implementarem um tratamento que, mesmo antes da diálise, é restritivo e difícil”.

Seguidamente, será discutida a opção pelo tratamento médico conservador – “uma alternativa para os doentes que não têm qualquer vantagem em receber uma terapêutica substitutiva da função renal [TSFR], que é intrusiva, complexa e penosa; ou para os doentes com uma esperança de vida muito limitada”. Segundo Filipe Cristóvão, o tratamento conservador “pode oferecer uma qualidade de vida aceitável a estes doentes”.

AUTOCUIDADO, DP E PÓS-TRANSPLANTE

A sessão que decorre entre as 14h30 e as 15h30 de sexta-feira promove a reflexão sobre os contributos dos enfermeiros para o autocuidado dos doentes. Neste âmbito, será apresentada a experiência da consulta de Enfermagem para doentes com DRC

do CHUC. “Através de um acompanhamento sistemático e programado, o principal trabalho dos enfermeiros na consulta consiste em capacitar os doentes para continuarem a viver com a doença e retardarem a sua progressão. Ensinar hábitos de vida saudáveis e fomentar a adesão ao regime terapêutico contribui para que os doentes tenham uma vida muito mais equilibrada e se sintam mais autónomos. Além disso, a enfermagem prepara os doentes para a TSFR”, refere Fernando Mata, enfermeiro-chefe do Serviço de Nefrologia do CHUC e presidente do XXXV Congresso da APEDT.

Sobre a participação dos pais nos cuidados à criança ou adolescente com DRC desde o início do processo, o outro tópico da sessão, Fernando Mata afirma que contribui para que o menor “tenha ganhos em saúde e possa viver uma vida melhor”.

Já no sábado, entre as 9h00 e as 10h00, a Enf.ª Célia Silva vai apresentar resultados do Programa de Diálise Peritoneal (DP) do CHUC. De acordo com Teresa Julião, que modera esta conferência, trata-se do segundo maior programa de DP do país e “os enfermeiros envolvidos têm mantido excelentes *outcomes* perante as pessoas com DRC e a família, sempre com grande motivação, mesmo no período de pandemia”.

Das 10h00 às 11h00, a Enf.ª Inês Silvestre, também do CHUC, vai abordar o papel do enfermeiro na transplantação renal. Segundo Rui Pinto, que modera esta sessão, “muitos são os fatores que condicionam o sucesso do transplante, entre os quais o cumprimento de algumas orientações básicas, mas não menos essenciais”. Esse conjunto de recomendações foi resumido num livro, intitulado *Viver bem com o transplante renal* e elaborado pela equipa de enfermagem da Unidade de Transplantação Renal do CHUC, do qual Inês Silvestre é uma das autoras. A apresentação deste manual, que visa uniformizar práticas e sistematizar informação, será a base da sua apresentação.

PERSPETIVAS PARA O FUTURO

Na última sessão do XXXV Congresso da APEDT, entre as 11h15 e as 12h15 de sábado, o Enf.º Clemente Sousa, professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem do Porto, vai falar sobre as perspetivas para o futuro da Enfermagem em Nefrologia. A este propósito, Rui Pinto alerta para a prevalência crescente da DRC, sobretudo devido à hipertensão arterial e à diabetes. “Não só



teremos mais pessoas doentes no futuro, como serão mais idosas e mais dependentes, o que aumenta a nossa responsabilidade e implica que a formação tenha de acompanhar essa realidade.”

Por sua vez, Filipe Cristóvão considera que “o futuro da Enfermagem em Nefrologia reside na capacidade de os enfermeiros demonstrarem a sua mais-valia com base na evidência científica, dando provas de que contribuem para a melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos indicadores de saúde”. Caso contrário, “as suas funções poderão vir a ser desempenhadas por outros profissionais”, alerta o presidente da Comissão Científica.

Para Teresa Julião, uma das prioridades futuras da Enfermagem em Nefrologia deverá passar por “manter os doentes em casa o maior tempo possível”. “Os cuidados domiciliários são uma das vertentes do futuro em vários âmbitos, e gostaria de deixar de ver os doentes permanentemente no hospital, mas sim a serem cuidados por enfermeiros nas suas casas”, indica.

Se a Nefrologia conseguiu acrescentar anos de vida aos doentes com DRC, Fernando Mata defende que é agora tempo de “acrescentar qualidade aos anos de vida conquistados”. Já Fernando Vilares defende a necessidade de criar “uma espécie de subespecialidade da Enfermagem para tratamento do doente crónico”. Essa proposta será, aliás, apresentada pela APEDT à Ordem dos Enfermeiros, constituindo “um pilar essencial para que os enfermeiros não sejam substituídos no tratamento da DRC, para o qual são fundamentais”.



Trechos da entrevista com os cinco enfermeiros citados neste artigo sobre o programa do XXXV Congresso da APEDT

FICHA TÉCNICA

Propriedade:



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:



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, Madalena Barbosa e Marta Carreiro
Fotografias: Rui Santos Jorge
Design/Web: Herberto Santos e Ricardo Pedro

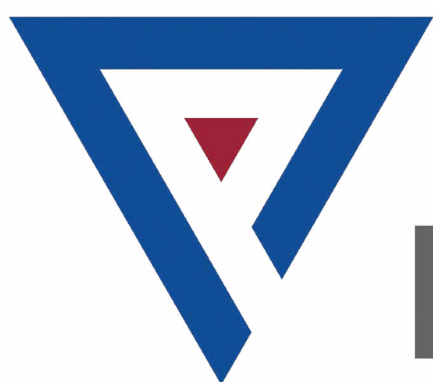
Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.º alínea

Depósito legal n.º 338826/12

Patrocinam esta edição:



PUBLICIDADE



VIFOR
PHARMA