

# SBN Informa

ÓRGÃO OFICIAL DA  
SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE NEFROLOGIA

- 6 Jovem Nefrologista: GERALDO BEZERRA DA SILVA relata que foi surpreendido ao receber o Prêmio Jenner Cruz.
- 8 SILVIA TITAN fala sobre bloqueio duplo do sistema renina-angiotensina na DRC.
- 12 Faça parte da Campanha Previna-se 2009. Veja as orientações e o material que encontra-se à disposição.

## ATIVIDADES DA DIRETORIA DA SBN SEGUEM A TODO VAPOR!



Comece agora a construir o futuro.

Ao iniciar o programa de diálise do paciente renal crônico, você começa a construir o seu futuro.

Inicie com Renagel® e planeje um futuro sem acúmulo de cálcio ou metais<sup>2,3,4</sup>, aumentando a sobrevida com mais qualidade<sup>5,6,7</sup>. Renagel® controla o fósforo sérico de acordo com as recomendações do K/DOQI e é considerado a primeira opção de tratamento<sup>1</sup>.

Acerte no princípio.

www.genzyme.com.br  
sac 0800 77 123 73

**RENAGEL** (cloridrato de sevelamer) **Indicações:** redução das concentrações séricas de fósforo em pacientes com insuficiência renal em hemodiálise. **Precauções e Advertências:** 1) Renagel não contém cálcio ou suplementação alcalina; os níveis séricos de cálcio, bicarbonato e cloreto devem ser monitorados. 2) Nos estudos clínicos não houve evidência da redução dos níveis séricos de vitaminas, mas 75% dos pacientes receberam suplementação vitamínica. **Idosos:** Não há precauções especiais. **Gravidez e lactação:** evitar o uso em mulheres grávidas ou lactantes pela falta de experiência clínica nessas condições. **Efeitos Gastrointestinais:** Deve-se administrar Renagel com cautela em pacientes com distúrbios GI e/ou cirurgia maior no trato GI. **Reações Adversas:** náusea, constipação, diarreia, flatulência e dispepsia. **Fosfologia:** Pacientes que não estão sob tratamento com Quelente de Fósforo: A dose inicial: 800 a 1600 mg, dependendo dos níveis séricos de fósforo. Pacientes que substituíram o tratamento com sais de cálcio por Renagel: 1, 2 ou 3 comprimidos revestidos de 800 mg ou 2, 3 ou 5 comprimidos revestidos de 400 mg substituindo 1, 2 ou 3 comprimidos de acetato de cálcio de 667 mg, respectivamente. **Superdosagem:** Em doses de até 14 gramas por dia, por oito dias, não houve relatos de efeitos adversos. Renagel não é absorvido pelo tubo intestinal, portanto o risco de toxicidade sistêmica é praticamente nulo. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA Reg. MS: 1.2543.0011.005-8**  
**CONTRA-INDICAÇÕES:** Renagel é contra-indicado em: 1) pacientes com hipofosfatemia ou obstrução intestinal; 2) em pacientes com hipersensibilidade conhecida ao cloridrato de sevelamer ou qualquer um dos componentes da fórmula. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA E ALIMENTAR:** Avaliação concomitante com digoxina, warfarina, enalapril e metoprolol, não houve diferença na biodisponibilidade dessas drogas. Porém, deve-se considerar a administração de qualquer medicamento clinicamente relevante uma hora antes ou três horas após administrar Renagel. Recomenda-se cautela na administração concomitante de Renagel a pacientes em uso com antiarrítmicos e anticonvulsivantes.

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for cardiovascular disease in dialysis patients. Am J Kidney Dis. 2005;45(supl 3):S16-S153. - patients. Am J Kidney Dis. 2005;45(supl 3):S16-S153. 2. Malluche H, Monier-Faugere M. Clinical Nephrology 2000;54(4):309-317 3. Malluche H, Mawad H. Nephrol Dial Transplant 2002; 17: 1170-1175 4. Pai A, Smeeding J, Brook R. Curr Med Res Opin 2004; 20(7):991-999 5. Block GA, et al. Mortality effect of coronary calcification and phosphate binder choice in incident hemodialysis patients. Kidney Int. 2007; 71: 436-441 6. Suki W, et al. Effects of sevelamer and calcium-based phosphate binders on mortality in hemodialysis patients. KI. 72(9): 1130-1137 (2007). 7. Borzacki AM, Et al. Survival in end stage renal disease: calcium carbonate vs. sevelamer. J Clin Pharm Ther. 32: 617-624 (2007)

**Renagel®**  
cloridrato de sevelamer  
Acerte no princípio

**genzyme**  
inovando o tratamento renal

**CAROS COLEGAS.** O Programa de Educação Médica Continuada (EMC) da SBN foi finalmente iniciado, com o módulo sobre Lesão Renal Aguda. Após as transmissões ao vivo, às quartas-feiras, as aulas ficam disponíveis no site da SBN, com questões que contarão pontos para a revalidação do título. É importante enfatizar que a participação de vocês é fundamental para o sucesso deste Programa de EMC. O próximo módulo já em fase de planejamento, será sobre Fisiopatologia Renal.

Os Departamentos de Diálise e de Defesa Profissional, o Comitê de Insuficiência Renal Aguda e a Diretoria realizaram ampla e profunda discussão sobre “Recomendações Técnicas para a realização de Diálise Intra-Hospitalar fora da Unidade de Diálise”. Este é um tema particularmente importante, pois vários órgãos oficiais de Saúde, tanto municipais como estaduais, bem como vários hospitais privados têm procurado contratar Nefrologistas para atender os seus pacientes necessitando de diálise em hospitais que não possuem Unidades de Diálise. Acreditamos que esta é uma oportunidade de trabalho promissora para a nossa especialidade e atividade de grande importância para os pacientes que a necessitam. O documento final, resultado de reunião presencial em nossa sede, pode ser apreciado nesta edição.

Graças ao esforço de nossa Secretaria e à inestimável ajuda dos colegas responsáveis pelos Centros de Diálise, o nosso Censo já conta com respostas de 409 Centros (entre 691 cadastrados). Solicito o valioso auxílio dos Centros remanescentes para completarmos este cadastro até o final de novembro. As informações resultantes serão de vital importância para todos nós.

Continuamos buscando uma forma de melhorar as condições de trabalho para os colegas responsáveis pelo cuidado e pela diá-

lise de pacientes com doença renal crônica. Deveremos nos reunir mais uma vez, em conjunto com o presidente da ABCDT, com a coordenadora da Alta e Média Complexidade do Ministério da Saúde em Brasília. Pretendemos também realizar uma reunião conjunta dos Departamentos de Diálise e de Defesa Profissional para buscarmos novas maneiras de equacionar, enfrentar e resolver este enorme problema que aflige grande parte dos nossos associados há tanto tempo.

Tenho a alegria de cumprimentar os Nefrologistas de Alagoas pela reativação de sua Regional. Parabênzo a querida colega, Maria Eliete Pinheiro, por sua eleição como Presidente desta Regional e re-confirmando o apoio desta Diretoria às suas Regionais. Aproveito também para parabenizar os colegas da Regional de Santa Catarina pela primorosa organização do III Congresso Sul Brasileiro de Nefrologia e agradecer o gentil convite para a minha participação. O evento primou pela calorosa hospitalidade, pela excelente organização e pelo ótimo nível científico.

Finalmente, estamos na fase final da elaboração da grade científica do Congresso Brasileiro de Nefrologia a ser realizado no próximo ano em Vitória. Os palestrantes estrangeiros já foram convidados e vários “speakers” de primeira grandeza já confirmaram a sua presença.

Um grande abraço, um ótimo final de ano a todos e obrigado pelo apoio, pelas críticas construtivas e pelas sugestões à nossa Diretoria,

**Emmanuel A. Burdmann**



## Consulta Prima

Notícias que afetam a prática médica

**Equipe identifica anticorpo que desencadeia a nefropatia membranosa idiopática** | A maior parte dos pacientes com nefropatia membranosa idiopática, uma causa comum de síndrome nefrótica, possui autoanticorpos contra um antígeno específico na membrana de células glomerulares.

A descoberta, divulgada no *New England Journal of Medicine*, pode ter profundas implicações para o diagnóstico e tratamento da doença.

Laurence Beck, da Boston University School of Medicine, nos EUA, e colegas de centros americanos e franceses, analisaram a reação de extratos de proteínas de glomerulos normais com amostras séricas de pacientes com nefropatia membranosa idiopática, nefropatia membranosa secundária e outras condições autoimunes, além de amostras de pessoas saudáveis.

Nas amostras séricas de 26 dos 37 pacientes (70%) com nefropatia membranosa idiopática, foi identificada uma glicoproteína e, a partir dela, foi identificado o receptor da fosfolipase A2. (PLA2R). A glicoproteína não foi detectada em pacientes com nefropatia membranosa secundária ou com outras doenças renais.

Os autoanticorpos contra o PLA2R identificados nas amostras séricas eram IgG4, a

principal forma de imunoglobulina nos depósitos glomerulares.

Os autores identificaram em seguida que o PLA2R tem expressão em podócitos de glomerulos normais. Além disso, o PLA2R foi também identificado em complexos com IgG4 em depósitos imunes de glomerulos de pacientes com nefropatia membranosa.

“Parece que o mistério foi resolvido”, comenta em editorial Richard Glasscock, da Universidade da Califórnia em Los Angeles. “É um grande avanço que marca o início de uma nova era.”

Para o editorialista, a descoberta terá profundas mudanças clínicas. “Ela poderá permitir formas de diagnóstico não invasivo e fornecer maneiras convenientes de acompanhar a atividade da doença”, conclui.

Beck Jr LH, Bonegio RGB, Lambeau G et al. M-Type Phospholipase A2 Receptor as Target Antigen in Idiopathic Membranous Nephropathy. *N Engl J Med* 2009;361:11-21.

Os bloqueadores dos canais de cálcio devem ser o agente de primeira escolha para pacientes hipertensos que recebem um transplante renal. O benefício do medicamento é tão pronunciado que a terapia deve ser considerada mesmo em pacientes sem hipertensão arterial. Essas são as principais

conclusões de uma revisão sistemática e metanálise publicada na Cochrane Database of Systematic Reviews.

Os principais métodos disponíveis para identificar pacientes que apresentam resistência à aspirina – e por isso expostos a um risco elevado de efeitos adversos – não são clinicamente confiáveis, de acordo com um artigo publicado na edição de agosto da *Heart*.

A lavagem de mãos e o uso de máscaras em casa reduzem a taxa de transmissão do vírus da gripe – se as medidas foram implementadas nas primeiras 36 horas após o início dos sintomas na primeira pessoa infectada no domicílio. Essa é a principal conclusão de um ensaio randomizado publicado nos *Annals of Internal Medicine*.

▶ Leia os resumos completos, em português, em [www.consultaprima.com.br](http://www.consultaprima.com.br).

▶ Faça parte da elite médica mundial – receba gratuitamente e em tempo real informações sobre as pesquisas de maior impacto clínico das principais publicações do mundo. *Consulta Prima* – notícias que afetam a prática médica.

© Copyright Consulta Prima. As informações fornecidas pela Consulta Prima têm função meramente informativa.

## CALENDÁRIO DE EVENTOS - 2009 / 2010

## NOVEMBRO

**13 a 14** • II Curso de Atualização em Insuficiência Renal Aguda  
Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa  
Rua Coronel Nicolau dos Santos, 69 - Bela Vista - SP  
Público-alvo: nefrologistas e enfermeiros nefrologistas  
Informações e Inscrição: [www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep](http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/iep) ou pelo telefone: 11 3155-0200 ou pelo e-mail: [iep@hsl.org.br](mailto:iep@hsl.org.br)

**26 a 28** • Nephrologie: a Nefrologia da França no Brasil  
Paraty - Rio de Janeiro  
Informações: [sonerj@jz.com.br](mailto:sonerj@jz.com.br)

## 2010

## JANEIRO

**20 A 23** • International Cardiology Metabolism and Thrombosis Congress (ICMTC)  
Local: WTC Convention Center - Av. das Nações Unidas, 12.559 - São Paulo - SP - Brazil  
Presidente: Dr. Ari Timerman  
Site: [www.socesp.org.br](http://www.socesp.org.br)

## MARÇO

**19 a 20** • Enuresis, daytime incontinence and other bladder disturbances in childhood  
Local: ICCS - International Continence Children Society na America Latina  
Rio de Janeiro - RJ  
Inf.: <http://www.sbn.org.br/eventos/enuresis.doc>

## ABRIL

**1 a 5** • 2º Congresso ABCDT  
Site: [www.abcdt.org.br](http://www.abcdt.org.br)

E-mail: [abcdt@abcdt.org.br](mailto:abcdt@abcdt.org.br)  
Tel.: (61) 3321-0663 / 3322-0078 / 3223-0672

## MAIO

**25 a 28** • International Society of Renal Nutrition and Metabolism in Renal Disease  
Lausanne - Suíça  
Site: <http://www.isrnm-lausanne2010.org/general-information.php>

## JUNHO

**25 a 28** • XLVII ERA-EDTA Congress  
Munich - Germany  
[www.era-edta.orgg](http://www.era-edta.orgg)

## AGOSTO

**15 a 19** • XXIII International Congress of The Transplantation Society  
Vancouver / Canada  
Vancouver Convention Centre  
Congress Secretariat: International Conference Services Ltd.  
Suite 2101 - 1177 West Hastings Street  
Vancouver, BC, Canada V6E 2K3  
Phone +1 604 681 2153  
Fax +1 604 681 1049  
e-mail: [tts2010@meet-ics.com](mailto:tts2010@meet-ics.com) - Privacy Policy

## OUTUBRO

**11 a 15** • XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia  
XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia  
III Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia  
Vitória - ES  
Inf.: (31) 3291.9899 / (27) 3035.0880  
[www.nefrologia2010.com.br](http://www.nefrologia2010.com.br)

## SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

**Sede:** Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º andar - Conjunto 53 - Vila Clementino  
CEP 04044-000 - SÃO PAULO - SP  
Fone (11) 5579-1242 - Fax (11) 5573-6000  
E-mail: [secret@sbn.org.br](mailto:secret@sbn.org.br)  
Site: [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br)

**Secretaria:** Adriana Paladini, Jailson Ramos e Rosalina Soares

## DIRETORIA NACIONAL

**Presidente:** Emmanuel de Almeida Burdmann

**Vice-Presidente:** Alvimar Gonçalves Delgado

**Secretário Geral:** Daniel Rinaldi dos Santos

**1º Secretário:** Rodrigo Bueno de Oliveira

**Tesoureiro:** Luis Yu

## CONSELHO FISCAL

Carmen Tzanno Branco Martins (Presidente)

## DEPARTAMENTOS

**DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL**  
Carmen Tzanno Branco Martins (Coordenadora)

**DEPARTAMENTO DE DIÁLISE**  
João Egídio Romão Jr (Coordenador)

**DEPARTAMENTO DE TRANSPLANTE**  
José Osmar Medina Pestana (Coordenador)

## DEPARTAMENTO DE ENSINO, RECICLAGEM E TITULAÇÃO

Nestor Schor (Coordenador)

## DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA RENAL

Terezila Machado Coimbra (Coordenadora)

## DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Cibele Isaac Saad Rodrigues (Coordenadora)

## DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

Yoshimi José Ávila Watanabe (Coordenador)

**DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA CLÍNICA**  
Rui Toledo Barros (Coordenador)

**DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA PEDIÁTRICA**

Maria Goretti Moreira Guimarães Penido (Coordenadora)

## SBN INFORMA

Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

**EDITORES:** Dr. Daniel Rinaldi dos Santos e Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira

**PRODUÇÃO EDITORIAL:** Ideia Livre Comunicação

**FOTÓGRAFO:** Jailson Ramos

**JORNALISTAS RESPONSÁVEIS:** Ruy Guilherme Barata Neto (MTB - 48.202) e Soraya P. Gomes (MTB - 52.759)

**PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO:** NSA Gráfica | [nsacom@uol.com.br](mailto:nsacom@uol.com.br)  
[www.nsacomunicacao.com.br](http://www.nsacomunicacao.com.br)

*Os textos assinados não refletem necessariamente a opinião do SBN Informa*

## ATIVIDADES da Diretoria

Caros leitores, vejam a seguir algumas das principais atividades da Diretoria realizadas no período de agosto à outubro de 2009.

MÊS	DIA	LOCAL	PARTICIPANTES/REUNIÕES/EVENTOS
Agosto	04	 AUDITÓRIO	Reunião com Indústrias para apresentação dos pacotes <i>Platinum</i> , <i>Golden</i> e <i>Silver</i> para anunciar na mídia da SBN em 2010. O encontro contou com vários representantes das maiores empresas do setor, como a E.M.S; ABBOTT; Nycomed; Fresenius Medical Care; Baxter; Roche; Genzyme; Mantecorp; B.Braun; Covidien; Gambro; Saubern, etc.
Agosto	14	 AUDITÓRIO	Aconteceu a “II Jornada de Editoração Científica do JBN” com a participação dos membros da Comissão Editorial do JBN, O Editor Chefe do JBN, Prof. Marcus Bastos, o Presidente da ABEC (Associação Brasileira de Editores Científicos), Sr. Benedito Barravieira, a Editora Elsevier, a Sra. Fabiana Montanari (SciELO) e a Sra. Suely de Brito Clemente Soares (UNESP).
Agosto	24	SBN	Diretoria da SBN e Dra. Denise Diniz (Comitê Multidisciplinar) – Reativação do Comitê Multidisciplinar em Nefrologia.
Agosto	31	SBN	Diretoria da SBN e Sras. Marina Jancso e Márcia Monteiro Cordas da Elsevier para assinatura do Contrato para Editoração do Jornal Brasileiro de Nefrologia
Agosto	31	SBN	Diretoria da SBN e Sra. Célia Rossini / Baxter – assinatura da carta de intenção ao Pacote <i>Silver</i> na mídia 2010.
Agosto	25 a 29	CLUBE SÍRIO	Os doutores Daniel e Rodrigo participaram da IV Conferência Nacional de Ética Médica (CONEM).
Agosto	27	SBN	Aprimoramento da Ficha Cadastral do Registro de Diálise da SBN com o T.I. da SBN Marcos Inocenti. Prof. Emmanuel, Dr. Yoshimi, Dr. Jocemir e Dr. Ricardo Sesso.
Setembro	03	SBN	EMC/Dra. Almerinda e empresa Unimagem/Sra. Flávia – Apresentação da Empresa Unimagem com experiência na assessoria de Educação Médica Continuada para Sociedades Médicas.
Setembro	16	SBN	Reunião do Comitê do Registro de Diálise (Dr. Jocemir e Dr. Sesso/ Coordenador do Depto de Informática – Yoshimi - Watanabe/ Empresas: Nefrodata; Hemosys; Dialsist; Renal Manager e Nefrosoft. Assinatura do Acordo de Cooperação.
Setembro	16	 AUDITÓRIO	Diretoria da SBN, Membros dos Deptos de Diálise e de Defesa Profissional e Comitê de IRA. Recomendações Técnicas para a realização de Hemodepuração intra-hospitalar fora da unidade de Diálise. Consolidação do documento final.
Setembro	18	SBN	Diretoria/EMC- Dra. Almerinda e ABBOTT- Sra. Miranda Vicentin para apresentação dos projetos da EMC/SBN.
Setembro	21	SBN	Diretoria da SBN, Dr. Nilson Mesquita para discutir detalhes do XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia em Vitória.
Setembro	21	SBN	Diretoria da SBN e Marcos Inocenti, T.I. da SBN.
Setembro	22	SBN	Diretoria da SBN/Prof. Marcus Bastos/Elsevier (Marina e Márcia), Márcio e Daniel GN <sub>1</sub> /Sílvia Abensur. Novo site do JBN para submissão on-line do sistema SGP.
Setembro	24	SBN	Reunião dos Editores Científicos na AMB/RAMB – Participação do Dr. Jorge Strogoff, Coeditor do JBN.

Setembro	23 a 26		CAMPOS DO JORDÃO	XV Congresso Paulista de Nefrologia e XII Congresso Paulista de Enfermagem em Nefrologia.
Setembro	18 e 28		SBN	Os Drs. Rodrigo e Daniel reuniram-se com várias empresas interessadas em participar do Clube de Vantagens da SBN. Foi acordada parceria, até o momento, com as empresas Gol (Linhas Aéreas Inteligentes), a <i>Beeline Turismo</i> e a <i>Wise Up</i> .
Setembro	28		SBN	Diretoria e Nycomed- Tatiana Ramos. Assinatura da Carta de Intenção ao Pacote Silver para anunciar na mídia da SBN em 2010.
Setembro	28		SBN	Diretoria da SBN e Dr. Marcus Ellidius da Assessoria Jurídica da Sociedade.
Outubro	02		SBN	Diretoria e a Presidente da Regional de Alagoas, Dra. Maria Eliete Pinheiro.
Outubro	05		SBN	Diretoria da SBN, Dr. Nilson Mesquita e Dr. Nestor Schor - (Grade Científica do XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia).
Outubro	05		SBN	Diretoria da SBN e Dr. Marcus Ellidius.
Outubro	15		AMB	Dr. Rui Toledo Barros, representando o JBN participa, da reunião na AMB com revistas Científicas das especialidades e Editores Científicos - ABEC e Coordenadores da Capes.
Outubro	19		UNIMAGEM	O Prof. Emmanuel Burdmann grava o lançamento do SBN Transmeeting – 1º Curso Online de Atualização em Nefrologia no estúdio da UNIMAGEM.

## BALANÇO DOS MESES DE SETEMBRO E OUTUBRO

A SBN realiza, mensalmente, um registro de atendimentos e visitas sempre visando um melhor atendimento aos seus associados. Veja a tabela com o balanço dos meses de setembro e outubro.

Atendimentos de telefone Sócio = 570

Atendimentos de telefone outros = 355

Atendimentos de telefone total = 925

Visitas Sócio = 48

Visitas outros = 67

Visitas total = 115

Correspondências recebidas registradas = 42

Consultas Técnicas \*

Respostas à Consultas Técnicas via Correios = 08

Respostas à Consultas Técnicas via E-mails = 36

**\* Comunicado Importante:** Informamos que desde 1º de maio de 2009 as Consultas Técnicas à Diretoria da SBN e aos seus Departamentos são restritas aos sócios – Semelhante ao Formato de Consultas do CREMESP – e devem ser feitas por escrito, contendo dados para contato com o nome legível e assinatura do interessado e encaminhadas via Correios à: Secretaria da SBN, Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º andar - conj. 53, Vila Clementino, São Paulo – SP, CEP 04044-000. Maiores informações: rosalina@sbn.org.br

## A SBN INAUGURA O CLUBE DE VANTAGENS

Com o objetivo de proporcionar mais benefícios aos seus associados, a Diretoria criou o **Clube de Vantagens da Sociedade Brasileira de Nefrologia**, que oferece a seus associados e dependentes descontos em produtos e serviços nos estabelecimentos credenciados, tendo a rede de estabelecimentos credenciados abrangência em todo o Território Nacional.

Até o momento firmamos parceria com as empresas do quadro:



Para desfrutar as vantagens, basta consultar em nosso site [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br) quais estabelecimentos fazem parte do

Clube de Vantagens da SBN e quais os critérios determinados pelo estabelecimento credenciado escolhido, e solicitar as vantagens que são oferecidas.

A SBN informa, no entanto, que não possui qualquer responsabilidade pelos produtos e serviços prestados por parte dos estabelecimentos credenciados, uma vez que apenas permite, através do site, o conhecimento das vantagens que se encontram disponíveis aos associados.

## JOVEM NEFROLOGISTA

### GERALDO BEZERRA DA SILVA JÚNIOR

Nasci em 30 de agosto de 1980, em Juazeiro do Norte, Ceará, e mudei-me com a minha família para Fortaleza em 1981. Cursei o ensino fundamental e médio em Fortaleza e desde criança tinha o desejo de ser médico. A maior influência foi do meu pai, Dr. Geraldo Bezerra da Silva, que é Obstetra do Hospital Geral de Fortaleza – HGF, quem sempre me incentivou a seguir a carreira médica e, é até hoje o meu maior exemplo.

Sempre tive uma enorme admiração pela Medicina, pois sabia que era uma profissão nobre, uma vez que através dela se pode ajudar muitas pessoas. É a profissão em que mais se pode ajudar ao próximo. Alguns professores da escola e amigos diziam que eu iria ser cientista. Ao final do ensino médio não tinha dúvida: queria ser médico. Prestei vestibular para a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC, em 1999 e fui aprovado.

Durante a Faculdade também fui bastante dedicado e ingressei no ramo das pesquisas científicas logo no primeiro ano do curso. As primeiras pesquisas que eu realizei foram nas áreas de Medicina Reprodutiva e Virologia. Recebi dois prêmios nos Encontros Científicos dos Estudantes de Medicina (ECEM) com algumas destas primeiras pesquisas. Meu interesse pela Clínica Médica surgiu durante a disciplina de Semiologia, onde eu tive aulas com grandes professores. Logo no período seguinte da Faculdade eu cursei a disciplina de Nefrologia, onde surgiu o meu interesse pela especialidade. Neste período eu tive o privilégio de ter aulas com a Profa. Dra. Elizabeth Daher. Durante as aulas práticas, a Profa. Elizabeth, com inteligência e bom humor, nos mostrou o quão interessante e importante é a Nefrologia.

Comecei então a acompanhá-la na prática e a fazer pesquisas clínicas, em meados de 2002. Escrevi relatos de casos, com a descrição dos casos interessantes que acompanhávamos nas enfermarias do Hospital Universitário da UFC e do HGF. A partir daí, iniciamos estudos clínicos e eu tornei-me bolsista do programa de iniciação científica do CNPq, orientado pela Profa. Elizabeth. Durante a graduação realizamos duas principais pesquisas: uma sobre **insuficiência renal aguda na unidade de terapia intensiva**, cujos resultados foram publicados no São Paulo Medical Journal, e outra sobre **alterações renais na hanseníase**, sendo publicada no Brazilian Journal of Infectious Diseases, dando continuidade à linha de pesquisa de doenças tropicais que a Profa. Elizabeth já vinha desenvolvendo desde o final da década de 80.

Ainda durante a graduação criamos a Liga de Nefrologia - projeto filiado à Pró-Reitoria de Extensão da UFC. Reunimos um grupo de estudantes da graduação e começamos a prestar serviços à comunidade, com palestras em escolas, participações nas campanhas da Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN, como o Dia Mundial do Rim. Foi a primeira liga de apoio à Nefrologia criada no Brasil, em setembro de 2003.



A Nefrologia é uma das especialidades clínicas mais abrangentes, em que é preciso ter conhecimento de várias outras especialidades, uma vez que as doenças renais se inter-relacionam com praticamente todos os sistemas do organismo. Cursei a residência de Clínica Médica no Hospital Geral Dr. César Cals, em Fortaleza, onde tive outros grandes mestres. Logo depois, ingressei na Residência de Nefrologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC, onde continuo até hoje e, juntamente, com a Profa. Elizabeth, faço parte de três grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, sendo as principais linhas de pesquisa a de Nefrologia Tropical, Insuficiência Renal Aguda e Doença Renal Crônica.

#### PRINCIPAL PRÊMIO CONCEDIDO A RESIDENTES DE NEFROLOGIA DO BRASIL

Fui o vencedor do Prêmio Jenner Cruz, escolhido pela comissão julgadora da SBN e Comissão Científica do XV Congresso Paulista de Nefrologia, como o melhor trabalho de residentes em Nefrologia. Antes do surgimento do prêmio eu tive a honra de conhecer, em um dos congressos de Nefrologia, o Prof. Dr. Jenner Cruz (um dos maiores ícones da Nefrologia). Sua dedicação profissional me chamou a atenção. Enviei a este concurso o trabalho que havia realizado durante a residência e que serviria de base para a monografia de conclusão. Estava completamente despretensioso, pois sabia que iria concorrer com trabalhos de todo o Brasil, tendo sido uma enorme surpresa para mim a premiação. Senti-me extremamente recompensado com o prêmio. Temos algumas dificuldades em desenvolver pesquisas no nordeste, sobretudo devido à escassez de recursos. Este prêmio é uma forma de nos incentivar a continuar o nosso trabalho.

O tema do meu trabalho foi a **“Avaliação da classificação RIFLE em pacientes portadores de HIV”**. Dentro da linha de pesquisa em Nefrologia Tropical, já havíamos estudado as alterações renais na Histoplasmoze Disseminada (doença oportunista do HIV) e a acidose metabólica em pacientes com HIV, e observamos que a incidência de IRA no HIV era relativamente alta. Então decidimos estudar este grupo de pacientes mais detalhadamente.

Atualmente estou terminando a Residência de Nefrologia no Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza, e pretendo seguir a especialidade, trabalhando na parte assistencial, em clínicas de hemodiálise e em hospitais da rede pública e privada, e na parte acadêmica, dando continuidade às pesquisas que já estão em desenvolvimento. Por fim, pretendo também, ingressar na pós-graduação (mestrado e doutorado) e seguir a carreira de professor universitário. ●



## VOCÊ SABIA ?

Dr. Edison Souza

Edição nº 8



- 1 Que Lucas, em 1883, foi o primeiro a descrever a associação entre a doença renal crônica e a doença óssea e que termo osteodistrofia renal foi criado por Liu SH e Chu HI, chineses, em 1943?
- 2 Que a conhecida síndrome de Churg-Strauss foi descrita pelo patologista Jacob Churg nascido em Dolhinow (1910-2005- antes Rússia hoje Polônia) e pela também patologista Dra Lotte Strauss, nascida em Nuremberg (1913-1985) e considerada uma das fundadoras da patologia pediátrica? Os dois trabalharam no Mount Sinai Hospital de N. York e se naturalizaram americanos.
- 3 Que a urinoterapia é uma terapia alternativa que busca a harmonia do corpo, da mente e do espírito através da ingestão de urina? A prática remonta aos primórdios da história dos países orientais tendo se difundido também em culturas dos países do ocidente. Os japoneses e indianos já conhecem a prática da urinoterapia há milênios, sendo que os primeiros a utilizam inclusive como cosmético, rejuvenescendo a pele com a aplicação de urina.
- 4 Que na década de 1970 a hemodiálise foi proposta como tratamento da esquizofrenia? O artigo publicado no N Engl J Med. 1983 Mar 24;308(12):669-75, terminou com a afirmação: These results provide important experimental evidence of the lack of therapeutic efficacy of hemodialysis in schizophrenia.
- 5 Que Paul Kimmelstiel (1900-1970) nasceu na Alemanha, imigrou para os EUA e se tornou professor de Patologia em Boston? Clifford Wilson (1906-1997) era inglês e embora clínico, em função de uma bolsa da fundação Rockefeller ficou no laboratório de Kimmelstiel no ano 1930. Lá publicaram o clássico trabalho: Kimmestiel P, Wilson C. - Inter-capillary lesions in the glomeruli of kidney. Am J Pathol. 1936;12:83-97.
- 6 Que o primeiro a reconhecer e interpretar que a proteinúria estava relacionada à doença renal foi o italiano nascido em Nápoles Domenico Cotugno (1736-1822)? Sua biografia foi revista por Schena FP. Domenico Cotugno and his interest in proteinuria. Am J Nephrol 1994; 14: 325-329
- 7 Que em 1950, Igor Tamm (1923- 1995) e Fank Lappin Horsfall ( 1906- 1971), ambos virologistas, isolaram uma proteína urinária com alto conteúdo de açúcar? Eles a consideraram como uma mucoproteína e descreveram que havia uma reação com alguns tipos de vírus. Adultos normais eliminavam 50mg por dia. Hoje, esta proteína é conhecida pelo nome de seus descobridores. Proteína de Tamm-Horsfall.
- 8 Que o artigo publicado por Coresh J et al (Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the US adult population . Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Kidney Diseases 2003; 41 - 1-12), mostra que apenas um (1) em cada 20 indivíduos com doença renal crônica será admitido em programa de diálise ou transplante porque a maioria terá falecido de doença cardiovascular antes de atingir os estágios avançados da doença?
- 9 Que os argentinos já receberam cinco Prêmios Nobel – Dois da Paz, um de Química e dois de Medicina? O último foi dado em 1984 à César Milstein (1927- 2002), que em 1975, junto com o alemão Georges Köhler (1946-1995) introduziu a técnica para produzir in vitro anticorpos monoclonais.
- 10 Que o primeiro transplante renal da América Latina foi realizado na Argentina, em 1957, no Instituto de Investigações Médicas de Buenos Aires sob a direção do professor Alfredo Lanari?
- 11 Que o primeiro transplante isolado de pâncreas do mundo foi realizado em 25 de maio de 1968, no Hospital Silvestre no Rio de Janeiro pelo professor Edson Teixeira? O paciente era um homem de 28 anos, diabético tipo 1 com alterações vasculares incipientes, moderada retinopatia e sem nefropatia.

## Uma História de Cuidados com a Saúde

Transformar ciência em cuidado, de forma apaixonada e dedicada. Esta é a essência do trabalho que a Abbott realiza há mais de um século. Seus produtos acompanham as pessoas desde o nascimento até a maturidade, com a missão de renovar a esperança na vida.

**Abbott**  
A Promise for Life



# BLOQUEIO DUPLO DO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA NA DRC: DEVO PRESCREVER?

## COM DRA. SILVIA TITAN



**A**té o presente momento, o tratamento farmacológico da DRC (doença renal crônica) reside essencialmente no controle da hipertensão arterial, no controle da glicemia (no caso de nefropatia diabética) e no bloqueio do sistema renina-angiotensina. Assim, o tratamento monoterápico com IECA (inibidor da enzima de conversão da angiotensina) ou com BRA (bloqueador do receptor AT<sup>1</sup> da angiotensina II) tornou-se a principal medida específica da qual o nefrologista dispõe no sentido de obter uma desaceleração no processo de progressão da DRC. No entanto, passados aproximadamente 20 anos da publicação dos principais ensaios clínicos com IECA e BRA, sabemos que as medidas atualmente empregadas não são suficientes. As estimativas mundiais ainda são de crescimento da DRC, com um aumento nos casos prevalentes de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS). Além disso, há muita variabilidade na resposta ao tratamento conservador da DRC, com uma parcela significativa dos casos tratados ainda apresentando uma taxa de progressão para TRS muito elevada. Um dos motivos supostamente envolvidos nesta resposta parcial ao tratamento conservador seria a ocorrência de um bloqueio incompleto do SRA (sistema renina-angiotensina).

Este fenômeno poderia decorrer de diversos fatores: 1) as doses utilizadas nos principais trabalhos clínicos poderiam ser insuficientes para o bloqueio do sistema em nível tecidual (parácrino); 2) o uso de IECA associa-se à ocorrência de escape (mensurado

no plasma) após alguns meses, numa parcela pequena de pacientes; além disso, sabemos que, paracrinalmente, há vias alternativas de formação de angiotensina II, sendo a quimase a via aparentemente mais importante; 3) o uso de BRA eleva a concentração de angiotensina II e seus metabólitos (angiotensina III e IV), apesar de não se saber a real importância disso em termos patológicos; 4) outras vias de escape podem ocorrer, como é o caso da renina e da aldosterona, que passaram a ser novos alvos terapêuticos no tratamento da DRC.

Dessa forma, a associação de IECA e BRA surgiu como uma possível medida no sentido de otimizar o bloqueio de angiotensina II. Nos últimos 10 anos, diversos trabalhos clínicos pequenos foram publicados, tanto em nefropatia diabética, como não-diabética<sup>1</sup>. De uma forma geral, estes estudos sugerem que o tratamento com bloqueio duplo IECA + BRA é benéfico em termos de redução da proteinúria. No entanto, alguns fatores limitam a generalização destes resultados: 1) o principal desfecho utilizado nestes estudos foi proteinúria e não função renal; 2) o efeito do tratamento combinado sobre a pressão arterial é uma possível variável de confusão na avaliação do efeito do bloqueio duplo sobre a proteinúria; 3) tamanho de amostra pequeno; 4) poucos estudos envolvendo pacientes com perda mais grave de função renal, principalmente pacientes diabéticos com DRC mais avançada. Além disso, estes estudos sugeriam não haver aumento

nas taxas de hipercalemia nos grupos tratados com bloqueio duplo.

Em 2003, foi publicado o estudo COOPERATE<sup>2</sup>, o único estudo até o presente momento que avaliou o efeito da associação IECA + BRA sobre função renal e não apenas proteinúria. Esse estudo avaliou o efeito do tratamento combinado em relação às monoterapias com IECA e BRA em pacientes portadores de nefropatia crônica não-diabética, com dados finais mostrando um efeito renoprotetor do tratamento combinado significativamente superior a qualquer uma das monoterapias. Entretanto, esse estudo foi intensamente questionado em aspectos éticos e estatísticos<sup>3</sup>, sem resposta por parte dos autores.

Em 2008, o estudo ONTARGET<sup>4</sup> foi publicado. Este estudo consiste num ensaio clínico randomizado multicêntrico que visava avaliar o efeito do tratamento combinado em relação às monoterapias com IECA e BRA sobre desfechos cardiovasculares. A população recrutada compreendia pacientes de risco cardiovascular elevado (pacientes portadores de doença coronária, cerebrovascular ou insuficiência vascular periférica ou pacientes diabéticos com lesão em órgãos-alvo), com aproximadamente 8500 pacientes em cada um dos três braços. Os pacientes apresentavam clearance de creatinina médio ao redor de 70 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, com um percentual relativamente pequeno de pacientes com micro ou macroalbuminúria. Os resultados deste estudo mostraram não haver benefício



*“...há muita variabilidade na resposta ao tratamento conservador da DRC, com uma parcela significativa dos casos tratados ainda apresentando uma taxa de progressão para TRS muito elevada”.*

do tratamento combinado sobre desfechos cardiovasculares após 5 anos de seguimento, mas foi notada uma taxa significativamente maior de efeitos colaterais no grupo tratado com IECA + BRA. Estes efeitos colaterais compreendiam não apenas hipotensão postural e síncope, mas também hipercalemia e piora de função renal. Numa leitura exclusivamente renal<sup>5</sup>, o mesmo grupo de autores demonstra que apesar de ter ocorrido uma redução da proteinúria no grupo dos pacientes tratados com associação IECA + BRA, houve uma pior evolução em termos de *clearance* de creatinina e, dado muito preocupante, uma maior incidência de IRA dialítica (definida pelos investigadores como perda de função renal com necessidade de diálise, seguida de recuperação da função renal após o período máximo de 2 meses).

Após a publicação deste estudo, muita discussão ocorreu, mostrando que apesar dos últimos anos de pesquisa, continuamos com mais dúvidas do que certezas no que se refere ao uso de bloqueio duplo. Os resultados do ONTARGET não decorreriam do aumento muito rápido nas doses das drogas utilizadas no protocolo? Há diferença nos efeitos do tratamento combinado em nefropatia diabética e não-diabética? E em pacientes com DRC mais avançada? Há mais risco, ou mais benefício? A população do estudo ONTARGET não é semelhante às populações utilizadas nos diversos estudos clínicos em DRC, o que poderia justificar as diferenças nos resultados observados. Por outro lado, se uma taxa maior de efeitos colaterais foi detectada mesmo numa população com *clearance* de creatinina >60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> e sem microalbu-

minúria, será que esta taxa não seria ainda maior numa população com DRC classes III ou IV?

A leitura dos diversos editoriais publicados sobre este assunto ilustra a diversidade de opiniões dos pesquisadores. No entanto, com tantas dúvidas lançadas e dado a gravidade dos sintomas colaterais relatados, pare-nos mais correto propor que, por ora, o tratamento combinado IECA + BRA não seja utilizado sistematicamente em pacientes com DRC. Torna-se, entretanto, uma nova área de pesquisa a identificação de possíveis subgrupos de pacientes que eventualmente se beneficiem do tratamento combinado, assim como a forma de fazê-lo. ●

**Silvia Titan**, doutora em Nefrologia pela FMUSP, médica assistente do Departamento de Nefrologia, HC-FMUSP

## REFERÊNCIAS

1. Wolf G, Ritz E. **Combination therapy with ACE inhibitors and angiotensin II receptor blockers to halt progression of chronic renal disease: pathophysiology and indications.** *Kidney Int* 2005;67:799-812
2. Nakao N, Yoshimura A, Morita H, et al. **Combination treatment of angiotensin-II receptor blocker and angiotensin-converting-enzyme inhibitor in non-diabetic renal disease (COOPERATE): a randomised controlled trial.** *Lancet* 2003;361:117-24
3. Kunz R, Wolbers M, Glass T, et al. **The COOPERATE trial: a letter of concern.** *Lancet* 2008;371:1575-6
4. Yusuf S, Teo KK, Pogue J, et al. **Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events.** *The New England journal of medicine* 2008;358:1547-59
5. Mann JF, Schmieder RE, McQueen M, et al. **Renal outcomes with telmisartan, ramipril, or both, in people at high vascular risk (the ONTARGET study): a multicentre, randomised, double-blind, controlled trial.** *Lancet* 2008;372:547-53

Em breve, você poderá beneficiar ainda mais os pacientes renais crônicos com **Hiperparatireoidismo Secundário.**



**Uma inovação terapêutica está chegando.**

Um maior número de pacientes conseguirá reduzir os níveis de PTH enquanto simultaneamente controla os níveis de Cálcio e Fósforo séricos. Porque quanto antes alcançar os **4 parâmetros do K/DOQI**, melhor.<sup>1,2</sup>

Referências Bibliográficas: 1. Delcomin F, et al. Association of parathyroid hormone (PTH), phosphorus (P), and calcium (Ca) K/DOQI target achievement, mortality in patients on dialysis. *J Am Soc Nephrol*. 2002; 17:311A. 2. Barman Sarkar JA, Scott LJ. Cinacalcet hydrochloride. *Drugs*. 2003;65(2):271-81.

WWW.NEFTROLOGIA2010.COM.BR



XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia  
XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia  
III Congresso Luso-brasileiro de Nefrologia  
11 a 15 de setembro de 2010 - Vitória - ES

# VENHA VER O QUE VITÓRIA TEM...

**O CRITÉRIO DE ESCOLHA PARA A SEDE DO EVENTO FOI RIGOROSO, MAS VITÓRIA SE SUPEROU EM TODOS**

Com uma beleza contagiante e inimaginável, Vitória irá sediar de 11 a 15 de setembro de 2010, o XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia, o XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia e o III Congresso Luso-brasileiro de Nefrologia (CBN-2010). O critério foi rigoroso e técnico, mas a cidade se superou. A capital capixaba oferece boa posição geográfica, excelente rede hoteleira, ótimas condições oferecidas pelo Centro de Convenções e uma beleza estonteante com atrações turísticas oferecidas para todos os gostos.

**A COMISSÃO ORGANIZADORA DO EVENTO ESCOLHEU UM SLOGAN QUE FAZ JUS À CAPITAL CAPIXABA: VENHA VER O QUE VITÓRIA TEM.**

Em setembro do ano que vem Vitória não terá só sol e mar, praia e montanhas, mas também um grande evento que reunirá médicos nefrologistas, enfermeiros, profissionais da área de saúde e acadêmicos de medicina, além de empresas ligadas a essa importante especialidade médica, que estarão reunidos para apresentar, dialogar, discutir e abordar os avanços da medicina e sua especialidade, a nefrologia.

Segundo o presidente do XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia, o XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia e o III Congresso Luso-brasileiro de Nefrologia, Dr. Nilson Mesquita Filho, a Comissão organizadora do evento já está trabalhando em ritmo acelerado para que o congresso supere as expectativas. "Outro motivo especial é que a SBN estará completando 50 anos (Bodas de Ouro) no próximo ano. Portanto, temos motivos de sobra para realizarmos um congresso a altura das tradições da SBN. Evidentemente, a nossa responsabilidade também é muito grande. A comunidade capixaba de nefrologia está

empenhada e trabalhando para o brilho do congresso. Esperamos mais de 3 mil inscrições para o nosso evento. O Centro de Convenções foi ampliado e sua capacidade hoje é de 4,5 mil pessoas. Vitória está cada dia mais bonita, com suas praias, sua culinária rica e diversificada e sua gente hospitaleira", enfatiza.

#### PREPARATIVOS

A preparação do CBN-2010 está bem adiantada. O trabalho foi dividido por áreas, obedecendo um cronograma que está sendo cumprido a risca. "A nossa grade científica está em fase de conclusão, e em breve deveremos anunciar os convidados internacionais. Já estamos com o nosso site no ar ([www.neftrologia2010.com.br](http://www.neftrologia2010.com.br)) e as inscrições também já podem ser feitas. Chamo atenção para o fato de que os valores das inscrições são inferiores as do último congresso. É importante ressaltar, também, que sem o apoio da SBN não poderíamos aplicar estes valores", explica Dr. Nilson.

#### TEMA

O tema principal do congresso é: 'Nefrologia brasileira 50 anos: Atual e Plural'. Para Mesquita poucas especialidades médicas se desenvolveram tanto nos últimos anos. "O nefrologista é reconhecido pela sua competência, sua capacidade de responder as demandas, e de manter-se bem atualizado, aliado ao fato da tradição de grandes nomes que marcaram a medicina brasileira. A pluralidade se explica pelo fato de que a nefrologia está em várias áreas importantes da prática médica, como transplantes de órgãos, hipertensão arterial, doença renal crônica e insuficiência renal aguda", conclui.

#### PATROCINADORES E PARCEIROS

A Sociedade Brasileira de Nefrologia se destaca como uma das principais parceiras para a realização do CBN-2010. De acordo com Dr. Nilson "o Congresso

contará com a presença dos nossos irmãos portugueses, pois será realizado o III Congresso Luso - Brasileiro paralelamente, também teremos o XIV Congresso de Enfermagem em Nefrologia. A parceria que nós destacamos é com a Diretoria da SBN, assim como, dos seus respectivos Departamentos, que estão nos ajudando nos vários processos do evento. Além disso, contamos com as indústrias, pois a participação das mesmas é fundamental para o sucesso do evento".

**FIQUE POR DENTRO** - Para participar como patrocinador ou expositor, solicite um contato da equipe da Consult Eventos acessando o link 'Patrocinadores e expositores' do site: [www.neftrologia2010.com.br](http://www.neftrologia2010.com.br).

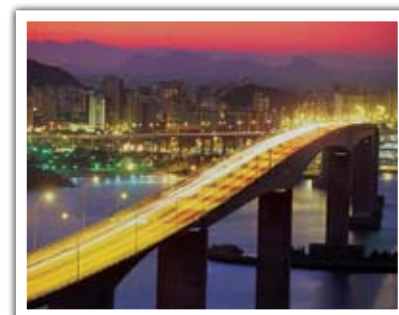
#### TRABALHOS

O regulamento para apresentação de trabalhos estará disponível, no site do evento, a partir de 01/12/2009.

#### INSCRIÇÕES

As taxas de inscrição para o XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia e do XV Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia serão feitas, exclusivamente, através do preenchimento e envio do formulário eletrônico acessado através do link 'inscrições' do site [www.neftrologia2010.com.br](http://www.neftrologia2010.com.br).

**APROVEITE O CONGRESSO PARA VER E APRECIAR TUDO O QUE VITÓRIA TEM.**



# SBN Transmeeting

1º Curso Online de Atualização em Nefrologia



Sociedade Brasileira  
de Nefrologia

## Educação Médica Continuada da SBN inova com aulas ao vivo!

A Educação Médica Continuada da Sociedade Brasileira de Nefrologia (EMC-SBN) tem como foco principal atingir todos os nefrologistas brasileiros e sócios da SBN. Para isto, desenvolvemos um programa de Educação Continuada abrangente, incluindo a maioria dos conteúdos em nefrologia, com espaço para a participação *online* dos internautas.

E foi pensando nesta abrangência que foi desenvolvido o SBN Transmeeting, que levará a todos os interessados, aulas ao vivo para atualização profissional.

Este programa é coordenado pelo Prof. Dr. Pedro Gordan e pela Profa. Dra. Maria Almerinda Alves, onde anunciam que a grande novidade ficará por conta das aulas ao vivo. (Veja tabela, abaixo).

Os representantes dos Depar-

tamentos da EMC-SBN são: Dra. Cláudia Maria de Barros Helou, do Departamento de Fisiologia e Fisiopatologia; Dra. Maria Ermecília Almeida Melo, do Departamento de Defesa Profissional; Dra. Maria Almerinda Alves, do Departamento de Nefrologia Clínica e Dra. Vera Hermína Kalika Koch, do Departamento de Nefrologia Pediátrica.

### Fique por dentro

A EMC-SBN propiciará aos seus usuários créditos de acordo com os critérios definidos pela AMB que auxiliarão tanto para apresentar-se apto ao exame para obtenção do Título de Especialista, quanto para sua Certificação de Atualização Profissional de Título de Especialista, conforme Resolução do CFM Nº 1.772/2005 disponível para consulta no site: [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br), no link <http://www.cna-cap.org.br/resolucao.php4>

Acesse o SBN Transmeeting <http://www.sbntransmeeting.com.br> e desejamos a todos **boa aula!**

## Módulo I - IRA - Educação Médica Continuada

Nome	Temas	Dias das Filmagens
LUIS YU	Conceito e epidemiologia da IRA	28/out
EDUARDO HOMSI	Fisiopatologia da IRA	28/out
EMMANUEL DE ALMEIDA BURDMANN	Prevenção e tratamento não dialítico da IRA	04/nov
ANDRÉ LUIS BALBI	Quadro clínico e diagnóstico da IRA	04/nov
EMERSON QUINTINO DE LIMA	Indicações e métodos de tratamento hemodialítico da IRA	11/nov
AMÉRICO LOURENCO CUVELLO NETO	Demonstração prática dos métodos hemodialíticos	11/nov
BENTO FORTUNATO CARDOSO SANTOS	Métodos de anticoagulação no tratamento hemodialítico	18/nov
DANIELA PONCE GABRIEL	Dialise peritoneal na IRA	18/nov
JOSÉ HERMOGENES ROCCO SUASSUNA	Tratamento dialítico da IRA: Quando, Como e Quanto?	25/nov
MARISTELA CARVALHO DA COSTA	IRA em UTI	25/nov
EDUARDO ROCHA	Tratamento hemodialítico contínuo <i>versus</i> intermitente ou híbrido?	02/dez
VERÔNICA TORRES DA COSTA E SILVA	Prognóstico da IRA em UTI	02/dez
PAULO CESAR AYROZA GALVÃO	IRA na sepsis - aspectos clínicos e manuseio	09/dez
OSCAR FERNANDO PAVÃO DOS SANTOS	IRA na sepsis - aspectos fisiopatológicos	09/dez
ELIZABETH DE FRANCESCO DAHER	IRA leptospirose	16/dez
ANTONIO CARLOS SEGURO	Nefrotoxicidade de drogas	16/dez
Total de conferencistas: 16		



# CAMPANHA PREVINA-SE 2009



*Faça parte desta campanha; veja as orientações e o material que encontra-se à disposição*

No Brasil e no mundo, um número expressivo de indivíduos só fica sabendo que é portador de doença renal crônica (DRC) em fase terminal. Vale lembrar que o diagnóstico precoce pode ser feito com um simples exame de urina e uma dosagem de creatinina no sangue.

A Campanha Previna-se busca a divulgação do problema junto à população, aos profissionais de saúde e às autoridades governamentais, ao mesmo tempo em que estimula os nefrologistas a fazerem mutirões para detecção da doença o mais cedo possível.

O envolvimento de voluntários vem crescendo ano a ano. Em 2009, o número de localidades é mais de 10 vezes superior ao de 2004, e já alcançou todos os Estados brasileiros. Mais de 700 localidades realizaram programações de prevenção no país, integrando a campanha contínua de prevenção.

Nos mutirões a população é atendida em parques, clínicas e escolas oferecendo orientação, palestras, verificação de pressão arterial, testes de urina, dosagens de creatinina sérica e exames

para diagnóstico de diabetes e avaliação de risco cardiovascular, entre outros serviços.

Também no Brasil, o Encontro Nacional de Prevenção de DRC vem sendo realizado anualmente. Trata-se de evento itinerante, multidisciplinar, que terá sua quinta edição em março de 2010, em Salvador, e reúne atividades junto à comunidade e aos políticos a um encontro científico.

Aumentando o alcance dos esforços de prevenção de DRC, a partir de 2006, foi criado pela Sociedade Internacional de Nefrologia e entidades relacionadas, o Dia Mundial do Rim. Em 2010, este evento será comemorado no dia 11 de março. O Brasil participa deste evento através da programação da campanha 'Previna-se' desde a sua criação.

No portal da SBN encontram-se relatórios e fotos de tais eventos, assim como orientações para participar da campanha. O primeiro passo é cadastrar-se no site e propor uma programação.

## COMO PARTICIPAR DA CAMPANHA PREVINA-SE?

Muitas abordagens podem ser utilizadas. Seguem algumas orientações para montar eventos de prevenção:

(1) Os mutirões de rastreamento devem ser dirigidos aos grupos de risco para desenvolvimento de DRC (diabéticos, hipertensos, idosos, cardiopatas). Quando possível, podem abranger toda a população, com o objetivo de esclarecer sobre o diagnóstico precoce.

I. Para organizar um mutirão é importante contar com um médico nefrologista (ou não-nefrologista com treinamento), para tirar as dúvidas da população e fazer o devido encaminhamento;

II. O grupo de atendimento "especializado" deve ser constituído por pessoal da área de saúde (médicos e enfermeiros), além de alunos treinados, que curseem Medicina e Enfermagem.

III. É importante contar com um grupo de voluntários para preenchimento de fichas, encaminhamento e orientações.

IV. Testes de urina com tira reagente são ideais para triagem de alterações urinárias, com destaque para a pesquisa de proteinúria.

V. Se o grupo não dispuser de recursos para adquirir este material (além de potes para coleta de urina ou copos descartáveis, luvas, outros), poderá fazer a avaliação da pressão arterial, com pessoal devidamente treinado, que é também importante como triagem.

VI. Dosagem de glicemia capilar é um recurso interessante em campanhas, uma vez que diabetes é causa importante de DRC e será o tema de 2010.

VII. Lembrar de não se propor a atender um número de pessoas superior ao dos recursos de que dispõe.

VIII. Modelo de ficha para atendimento está disponível no

portal; embora bastante completa, esta ficha pode ser impressa como está e usada parcialmente, conforme as condições do local. O Comitê tem interesse em receber esses dados para contabilização.

(2) Palestras nos locais de mutirões ou apenas palestras sobre os temas de interesse podem ser organizadas em diferentes comunidades.

(3) Eventos para conscientização dos governantes e a solicitação de apoio junto aos mesmos para diagnosticar DRC são necessários, assim como a criação oficial de dias ou semanas especiais para chamar a atenção do problema da DRC em cada cidade.

(4) Representantes de diferentes meios de comunicação podem ser contatados, sobretudo quando um evento estiver organizado, pois as entrevistas alcançam um grande número de pessoas.

(5) Os eventos devem ser documentados e fotografados, solicitando-se que um relatório, com os resultados, seja enviado posteriormente à secretaria da SBN.

Por fim, estão à disposição dos organizadores de evento materiais informativos destinados ao público (folhetos, gibis), broches, camisetas, modelo de folha de coleta de dados, entre outros recursos, para uso durante as campanhas de prevenção. Para tanto, é preciso enviar-nos, antes, sua programação, preenchendo o cadastro no site da SBN. Também, pode-se utilizar o filme "Visitando o mundo dos rins" (download disponível).

**Prof.ª. Dr.ª. Gianna Mastroianni Kirsztajn**  
Coordenadora da Campanha Previna-se

# RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS PARA A REALIZAÇÃO DE HEMODEPURAÇÃO INTRA-HOSPITALAR EM AMBIENTES FORA DA UNIDADE DE DIÁLISE

*A elaboração destas Recomendações representa a opinião consensual entre a Diretoria da SBN e os Membros dos Departamentos de Diálise, Defesa Profissional e o Comitê de Insuficiência Renal Aguda.*

## CONSIDERANDO:

- I) O aumento atual das taxas de incidência e prevalência da lesão renal aguda ou crônica que evoluem com necessidade de tratamento dialítico,
- II) A ausência de recomendações técnicas específicas para hemodepuração intra-hospitalar em ambientes fora da unidade de diálise,
- III) O intuito de auxiliar na segurança do paciente com lesão renal aguda ou crônica, e fornecer orientações para suporte aos médicos envolvidos no tratamento dialítico.

## A SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA RECOMENDA QUE:

### MÉDICO

- a) O Médico Nefrologista (isto é, portador de Título de Especialista emitido pela Associação Médica Brasileira ou pelo Conselho Federal de Medicina ou pelo Ministério da Educação e Cultura) deve avaliar clinicamente o paciente, com possível indicação de Hemodepuração. Esta avaliação deve ser anotada no prontuário do paciente previamente ao procedimento.
- b) A indicação, prescrição e supervisão da hemodepuração são de responsabilidade do Médico Nefrologista.
- c) Durante o período em que estiver(em) ocorrendo a(as) Hemodepurações, por método de curta duração, deve haver Médico Nefrologista presente no Hospital.
- d) No Hospital em que estiver ocorrendo a(s) hemodepurações deve haver Médico capacitado para atender emergências clínicas.
- e) Métodos híbridos e contínuos de hemodepuração devem ser realizados em Unidades de Terapia Intensiva ou Semi-Intensiva. Deve haver Médico Nefrologista disponível para consulta e resolução de eventuais problemas durante todo o procedimento.

### ENFERMAGEM

Sugerimos seguir as recomendações da SOBEN – Associação Brasileira de Enfermagem em Nefrologia.

### EQUIPAMENTOS

- a) Os equipamentos e insumos utilizados para o procedimento de hemodepuração devem ser registrados no Ministério da Saúde e aprovados pela ANVISA.
- b) A água utilizada deve ser tratada minimamente por osmose reversa.
- c) Os filtros e linhas sanguíneas não devem ser reutilizados.
- d) A água utilizada deve obedecer aos critérios de qualidade de controle microbiológico usados pela CCIH (Comissão de Controle de Infecções Hospitalares) do Hospital.

### AMBIENTE

A hemodepuração deve ser realizada em Unidade de Terapia Intensiva ou de Semi-Intensiva, ou em Hospital Dia ou em ambiente adequado para atender emergências clínicas (é da responsabilidade e competência do Diretor Técnico do Hospital atestar que o ambiente é adequado).

## DEFINIÇÕES DOS TIPOS DE HEMODEPURAÇÃO CITADOS NO TEXTO

- a) Método de curta duração: hemodiálise e ultrafiltração convencionais, de curta duração (até quatro horas).
- b) Método híbrido (estendido ou prolongado): métodos com fluxo de sangue e de banho menores do que os usados nos métodos convencionais e duração estendida (com frações de até 12 horas de duração).
- c) Método contínuo: método de Hemodepuração renal realizado para hemofiltração, hemodiafiltração ou hemodiálise contínua, com frações de mais de 12 horas contínuas de duração.

## JBN TEM PRESENÇA NO CANADÁ

O JBN, representado por seu Editor Chefe, participa do XI Congresso Internacional sobre Revisão por Pares e Publicações Médicas



O XI Congresso Internacional sobre Revisão por Pares e Publicações Médicas foi realizado nos dias 10, 11 e 12 de Setembro de 2009, na cidade canadense de Vancouver. A novidade do evento foi o grande número de pesquisas na área de conhecimento “publicação científica”.

O Prof. Marcus Gomes Bastos, Editor Chefe do Jornal Brasileiro de Nefrologia, professor associado da UFJF, responsável pela disciplina e serviço de nefrologia da UFJF e coordenador do Programa de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) em Ciências da Saúde, área de concentração: Saúde Brasileira, participou do congresso e enfatiza que a maioria de editores presentes no evento eram de jornais de grande impacto, por

exemplo, JAMA, New England Journal Medicine, LANCET, British Medical Journal, Archives of Internal Medicine, Annals of Internal Medicine. “Alguns aspectos das discussões no congresso poderão e serão implementadas. Por exemplo, melhorar a qualidade dos resumos dos artigos, exigir as declarações de aprovação dos artigos nos Comitês de Ética em Pesquisa e de conflito de interesse, solicitar declaração dos autores de participação na realização dos trabalhos científicos e oferecer assessoria aos revisores do JBN em análise estatística. Proporemos a Diretoria da SBN um ‘Curso sobre Revisão por Pares’, tema de fundamental importância na busca incessante de melhoria da qualidade do JBN”, explica Bastos. ●

### TRABALHOS APRESENTADOS



No XI Congresso Internacional sobre Revisão por Pares e Publicações Médicas foram apresentados vários trabalhos sobre os seguintes temas: “Autoria e co-autoria nas publicações científicas”, “Compartilhamento de dados e conflito de interesse”, “Treinamento editorial: Decisões, políticas e ética”, “Os caminhos das publicações científicas”, “Viés nas publicações científicas”, “Registros de ensaios clínicos”, “Qualidade dos relatórios” e “Fator de impacto e indexação”.

## Brasileiros publicam artigo no Kidney International

1: Kidney Int. 2009 Oct 7.

SAPS 3 scores at the start of renal replacement therapy predict mortality in critically ill patients with acute kidney injury. Maccariello E, Valente C, Nogueira L, Bonomo H, Ismael M, Machado JE, Baldotto F, Godinho M, Valença R, Rocha E, Soares M.

[1] NepHro Consultoria em Doenças Renais, Rio de Janeiro, Brazil [2] Rede D'Or de Hospitais, Rio de Janeiro, Brazil [3] Department of Nephrology, Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brazil.

*Patients can experience acute kidney injury and require renal replacement therapy at any time during their admission to intensive care units. Prognostic scores have been used to characterize and stratify patients by the severity of acute disease, but scores based on findings during the day of admission may not be reliable surrogate markers of the severity of acute illness in this population. The aim of this study was to evaluate the performance of SAPS 3 and MPM(o)-III scores, determined at the start of renal replacement therapy, in 244 patients admitted to 11 units of three hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. Continuous renal replacement therapy was used as first indication in 84% of these patients. Discrimination by area under the receiver operating characteristic curve was significantly better for SAPS 3 than for MPM(o)-III, as was the calibration measured by the Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit test. Mortality prediction and calibration approached those eventually found when a customized equation of SAPS 3 for Central and South America was used. After adjusting for other relevant covariates in multivariate analyses, both higher prognostic scores and length of stay in the unit prior to the start of renal replacement therapy were the main predictive factors for hospital mortality. Our study shows that a customized SAPS 3 model was accurate in predicting mortality and seems a promising algorithm to characterize and stratify patients in clinical studies. Kidney International advance online publication, 7 October 2009; doi:10.1038/ki.2009.385.*

PMID: 19812539 [PubMed - as supplied by publisher]

## Bula resumida: Hemosev (cloridrato de sevelâmer)

**INDICAÇÕES:** indicado para reduzir as concentrações séricas de fósforo em pacientes com doença renal em estágio final (ESRD) em hemodiálise.

**CONTRAINDICAÇÕES:** Paciente com: hipofosfatemia ou obstrução intestinal; hipersensibilidade conhecida ao cloridrato de sevelâmer ou qualquer um dos componentes da fórmula. **POSOLOGIA:** Deve ser administrado por via oral com as refeições, os comprimidos devem ser consumidos intactos. Pacientes que estão sob tratamento com quelante de fósforo: dose inicial recomendada é de 800 a 1600 mg, que pode ser alcançada através da administração de um ou dois comprimidos, dependendo dos níveis séricos de fósforo. Esquema posológico de doses iniciais de Hemosev recomendado para pacientes que não estão usando quelate de fósforo. **Dose inicial para pacientes que não utilizam quelante de fósforo:** Concentração de fósforo no sangue > 6,0 e < 7,5 mg/dL tomar 1 comprimido três vezes ao dia com as refeições. Concentração de fósforo no sangue  $\geq$  7,5 e < 9,0 mg/dL tomar 2 comprimidos três vezes ao dia com as refeições. Concentração de fósforo de sangue  $\geq$  9,0 mg/dL tomar 2 comprimidos três vezes ao dia com as refeições. **Pacientes que substituíram o tratamento com sais de cálcio por Hemosev:** Substituir a quantidade de comprimidos de acetato de cálcio 667mg administrado por refeição, por comprimidos de Hemosev 800 mg. **Titulação de dose para todos os pacientes utilizando Hemosev:** A dose deve ser ajustada baseada na concentração sérica de fósforo, objetivando diminuir o fósforo sérico para 6,0 mg/dL ou menos. A dose pode ser aumentada ou diminuída em um comprimido por refeição, em intervalos de duas semanas, se necessário. A dose média nos estudos clínicos Fase III foi de 4 cápsulas de 403 mg por refeição. A dose máxima estudada foi de 10 cápsulas de 403 mg por refeição (o equivalente a 5 comprimidos de Hemosev 800 mg por refeição). **Esquema posológico para titulação de dose:** Concentração de fósforo no sangue > 6,0 mg/dL, aumento de 1 comprimido por refeição em intervalos de 2 semanas. Concentração de fósforo no sangue de 3,5 a 6,0 mg/dL, manutenção da dose. Concentração de fósforo no sangue < 3,5 mg/dL, diminuição de 1 comprimido por refeição em intervalos de 2 semanas **ADVERTÊNCIAS:** Hemosev não contém cálcio ou suplementação alcalina; os níveis séricos de cálcio, bicarbonato e cloreto devem ser monitorados. Hemosev não deve ser utilizado durante a gravidez ou lactação. Efeitos gastrointestinais: Não foram estabelecidas a segurança e eficácia de cloridrato de sevelâmer em pacientes com disfagia, distúrbios de deglutição, distúrbios de motilidade gastrointestinal severos, ou cirurgia maior no trato GI, deve-se administrar Hemosev com cautela nos pacientes com estas alterações GI. A segurança e eficácia não foram estabelecidas em pacientes pediátricos. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** cloridrato de sevelâmer não afeta a biodisponibilidade da digoxina, warfarina, enalapril e metoprolol. Um estudo de dose única demonstrou haver diminuição de 50% da biodisponibilidade de ciprofloxacino na administração simultânea com cloridrato de sevelâmer ou acetato de cálcio. Outros medicamentos também podem ter sua biodisponibilidade diminuída quando administrados simultaneamente com cloridrato de sevelâmer. Portanto, quando estiverem sendo administrados ciprofloxacino ou qualquer outro medicamento por via oral para qual uma redução na biodisponibilidade deste medicamento trazer efeitos clinicamente significantes em termos de segurança e eficácia, o médico deve considerar o monitoramento dos níveis sanguíneos da droga ou a administração da medicação pelo menos uma hora antes ou três horas após a administração de Hemosev. Os pacientes que fazem uso de antiarrítmicos e anticonvulsivantes foram excluídos deste estudo. Cuidados especiais devem ser tomados quando da administração concomitante de Hemosev e outras medicações. **REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS:** Durante o tratamento com cloridrato de sevelâmer os efeitos indesejáveis mais comuns são: dispepsia, flatulência, constipação, diarreia e náusea. **SUPERDOSE:** O sevelâmer não é absorvido pelo tubo intestinal, portanto o risco de toxicidade sistêmica é praticamente nulo. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** - Reg. MS 1.0235.0960. Farm. Resp.: Dr<sup>a</sup> Erika Santos Martins - CRF-SP nº 37.386 - EMS S/A. Rua Com. Carlo M. Gardano, 450 - S. B. do Campo/SP – CEP 09720-470 - CNPJ: 57.507.378/0001-01 - INDÚSTRIA BRASILEIRA. Fabricado por: EMS S/A. - Rod. Jornalista F. A. Proença, km 08 - Bairro Chácara Assay - CEP 13186-901 - Hortolândia/SP - SAC: 0800-191914. Material destinado exclusivamente a classe médica.

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

telepesquisa  
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.



# Hemosev

cloridrato de sevelâmer

O Hemosev chegou ao mercado farmacêutico como uma **nova opção** para o tratamento da hiperfosfatemia dos pacientes portadores de Doença Renal Crônica. Seu princípio ativo é o cloridrato de sevelâmer, um **quelante de fósforo, que não causa acúmulo de cálcio e alumínio**<sup>2</sup>.

- 🍊 Níveis séricos elevados de fósforo estão associados com maior mortalidade em diálise.<sup>1</sup>
- 🍊 Cloridrato de sevelâmer tem poder quelante de fósforo semelhante ao carbono de cálcio, porém não causa hipercalcemia.<sup>2</sup>
- 🍊 Cloridrato de sevelâmer além de reduzir os níveis séricos de fósforo, contribui para redução dos níveis séricos de colesterol total e LDL colesterol sem afetar os níveis de HDL colesterol.<sup>3</sup>
- 🍊 Sevelâmer diminui níveis séricos de ácido úrico em pacientes com hiperuricemia em hemodiálise.<sup>4</sup>

**Contraindicação:** pacientes com hipofosfatemia

**Interação medicamentosa:** ciprofloxacino

#### Referências Bibliográficas:

1. Block GA, Hulbert-Shearon TE, Levin NW, Port FK. Association of serum phosphorus and calcium x phosphate product with mortality risk in chronic hemodialysis patients: a national study. Am J Kidney Dis. 1998; 31(4):607-17. 2. Goldberg DI, Dillon MA, Slatopolsky EA, Garret B, Gray JR, Marbury T, Weinberg M, Wombolt D, Burke SK. Effect of RenaGel, a non-absorbed, calcium - and aluminium-free phosphate binder, on serum phosphorus, calcium, and intact parathyroid hormone in end-stage renal disease patients. Nephrol Dial Transplant. 1998 Sep;13(9):2303-10. 3. Wilkes BM, Reiner D, Kern M, Burke S. Simultaneous lowering of serum phosphate and LDL-cholesterol by sevelâmer hydrochloride in dialysis patients. Clin Nephrol. 1998 Dec;50(6):381-6. 4. Ohno I, Yamaguchi Y, Saikawa H, Uetake D, Hikita M, Okabe H, Ichida K, Hooya T. Sevelâmer decreases serum uric acid concentration through adsorption of uric acid in maintenance hemodialysis patients. Intern Med. 2009;48(6):415-20.

**Bula resumida encontra-se no interior desta edição.**

SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO

telepesquisa  
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.