

SBN Informa

ÓRGÃO OFICIAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA
DE NEFROLOGIA

Visão

Ocupar posição de destaque na sociedade e nas comunidades médica e científica, facilitando o acesso ao conhecimento e à saúde renal, em consonância com as necessidades dos profissionais que atuam na área, dos pacientes com doença renal e do Sistema Único de Saúde e Sistema de Saúde Suplementar, através de uma gestão econômica autossustentável.

Valores

Compromisso com o associado e sociedade, prezando pela ética e transparência nas suas relações.



- 4 A RIMVIVER conta o dia-a-dia e os desafios de uma associação de pacientes renais
- 6 Novos Depoimentos dos Decanos da Nefrologia
- 11 Jovem Nefrologista: Frederico Knupp Augusto
- 14 Dr. Fernando Saldanha Thomé é entrevistado sobre o impacto da qualidade de água em pacientes renais

BCM - Monitor de Composição Corporal

Inovação para um melhor controle da volemia

sgf



- 1º dispositivo no mercado idealizado para medir a volemia de cada paciente objetivamente, permitindo a definição do peso seco com maior segurança.
- Melhora o gerenciamento da hipertensão e da volemia.

- Fornece informação relevante para avaliação do estado nutricional.
- Determina o "V" para avaliação da dose de diálise.



Fresenius Medical Care



Estamos ainda comemorando o grande sucesso do XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia, que teve um público recorde e uma excelente programação científica.

Os cinquenta anos de nossa Sociedade também foram contemplados e lembrados com a exposição do painel dos ex-presidentes e mais uma vez comemorados com o lançamento oficial do Selo Comemorativo da SBN. Um selo que une compromisso, prevenção e perseverança.

Levamos também para o congresso a notícia do reajuste da TRS de 7,5%, a partir de outubro. O reajuste se mostrou muito aquém das nossas necessidades e expectativas. Vale ressaltar também, que será mantido um canal permanente de comunicação com o Ministério da Saúde.

Neste número estamos entrevistando Dona Isoldi, que nos mostrará os desafios e conquistas frente à Associação de Renais Crônicos da região nordeste do Rio Grande do Sul.

Dando sequência, a revista desta edição traz a matéria de comemoração aos 50 anos da SBN, novos depoimentos dos decanos da nefrologia estão registrados nas próximas páginas. Os Profs. Júlio Toporovski, Horácio Aizen e Carlos Villela de Faria, revelam fatos de nossa especialidade e a história de anos de trabalho e dedicação.

Na coluna “Opinião do Especialista”, o nosso colega Dr. Thomé aborda a qualidade da água de forma extremamente didática. Vale a pena conferir.

O Registro Brasileiro de Diálise já definiu seu formulário que em breve será divulgado nos veículos de comunicação da SBN.

A Câmara Municipal do Rio de Janeiro, a partir de janeiro de 2011, contará com um representante da Nefrologia, o Dr. Edison Souza, editor do Você Sabia e Acontece Científico. Nossos parabéns ao Dr. Edison da Creatinina!

A Diretoria



Persistência

A Abbott tem o orgulho de ser como você, incansável na busca para que as pessoas tenham melhores cuidados com a saúde



Acerte no princípio.



janeiro/2010

uai brasil

genzyme

inovando o tratamento renal

ATIVIDADES da Diretoria

Caros leitores, vejam a seguir as principais Atividades da Diretoria realizadas no período de julho à setembro de 2010

MÊS	DIA	LOCAL	PARTICIPANTES/REUNIÕES/EVENTOS
Julho	01	BRASÍLIA	SBN/Drs: Burdmann, Daniel e Rodrigo e Dr. Paulo Luconi/ABCDT com o Sr. Elias Jorge do Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento - DESD / Secretaria Executiva / Ministério da Saúde - MS
Julho	01 e 02	BRASÍLIA	I Fórum de Ensino Médico / Drs. Daniel e Rodrigo
Julho	05	SBN	Diretoria da SBN e Srs: Luciana e Augusto da 3º Ato sobre 10 Vídeos para o Público Leigo
Julho	05	SBN	Diretoria da SBN e Diretoria da SOBEN / Pauta: XXV CBN
Julho	12	SBN	Dr. Rodrigo e Dr. Daniel com Márcia Cordas da Elsevier
Julho	12	SBN	Diretoria e Fridon – Corretora de Seguros, Sr. Eduardo Coutinho – Anúncios na mídia SBN
Julho	26	SBN	Diretoria e Coordenadores do RBD, Drs: Jocemir e Ricardo Sesso
Julho	26	SBN	Diretoria, Prof. Marcus Bastos e Elsevier (Márcia e Marina)
Julho	26	SBN	Dr. Burdmann e Elisa Santiago da Fresenius
Julho	28	BRASÍLIA	Dr. Daniel e Dra. Maria Inêz Gadelha/Diretora do DAE sobre Projeto de Nefrologia desenvolvido pelo HAOC
Agosto	02	SBN	Drs: Rodrigo Bueno e Edison Souza e Tânia da Unimagem
Agosto	06 e 07	SBN	Drs: Gianna, Marcus Bastos, Edison Souza e Supervisora da AMB / Redação das Diretrizes Brasileiras de DRC
Agosto	06	SBN	Diretoria, Dra. Almerinda e Flávia da Unimagem – SBN Transmeeting
Agosto	09	SBN	Diretoria e Dr. Marcus Elidius
Agosto	09	SBN	Diretoria da SBN com Sr. Juarez da JZ / XXVI CBN
Agosto	09	SBN	Diretoria e III Ato, Sr. Daniel – Pauta: Vídeo Institucional
Agosto	10	SP - ESTÚDIO UNIMAGEM	Drs: Burdmann e Daniel / Aula do SBN Transmeeting
Agosto	10	CFM	Dra. Carmen Tzanno e Dr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima (Vice-Presidente do CFM)
Agosto	11	SBN	Diretoria da SBN e Membros do DERT
Agosto	13	SÃO PAULO	Dr. Burdmann – Palestra no Curso da SOPATI
Agosto	16	SBN	Diretoria e Giuliana Gregori (Baxter) Planejamento de Comunicação da SBN
Agosto	16	SBN	Conselho Fiscal da SBN
Setembro	09	BRASÍLIA	Drs: Daniel e Rodrigo com Dr. Alberto Beltrame (aumento da diálise)
Setembro	11 a 15	VITÓRIA	XXV CBN – Vitória/ES

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN)

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

Sede: Rua Machado Bittencourt, 205 – 5º andar – Conjunto 53/54 – Vila Clementino - CEP 04044-000 – SÃO PAULO – SP

Fone (11) 5579-1242

Fax (11) 5573-6000

E-mail: secret@sbn.org.br

Site: w.w.w.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 (Coordenadores)

DEPARTAMENTO DE DEFESA PROFISSIONAL

Carmen Tzanno Branco Martins

DEPARTAMENTO DE DIÁLISE

João Egídio Romão Jr

DEPARTAMENTO DE TRANSPLANTE

José Osmar Medina Pestana

DEPARTAMENTO DE ENSINO, RECICLAGEM E TITULAÇÃO

Nestor Schor

DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA RENAL

Terezila Machado Coimbra

DEPARTAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Cibele Isaac Saad Rodrigues

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE

Yoshimi José Ávila Watanabe

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA CLÍNICA

Rui Toledo Barros

DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA

PEDIÁTRICA

Maria Goretti Moreira Guimarães Penido

SBN INFORMA

Órgão oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

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

PRODUÇÃO EDITORIAL: Karen Gasparetto

FOTÓGRAFO: Jailson Ramos

JORNALISTA RESPONSÁVEL: Soraya P. Gomes (MTB - 52.759)

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: NSA Gráfica | nsacom@uol.com.br

Os textos assinados não refletem necessariamente a opinião do SBN Informa

DONA ISOLDI QUE PRESIDE A RIMVIVER RELATA OS DESAFIOS DA ENTIDADE



A Associação dos Renais Crônicos da Região Nordeste do Rio Grande do Sul foi criada em Junho de 1993 por um grupo de renais crônicos e seus familiares para se tornar um elo com profissionais da saúde e renais de outras regiões a fim de discutir problemas relacionados ao tratamento e assuntos de interesse e esclarecimento sobre a doença.

O impulso real foi dado em 1996 quando um grupo de alunos do Curso de Administração de Empresas, da Universidade de Caxias do Sul, desenvolveu e instalou o Projeto **Rimviver**, com o objetivo de aprimorar o atendimento já oferecido. Hoje as atividades desenvolvidas na Entidade são as mais variadas envolvendo pacientes, familiares, direção, voluntários, funcionários e comunidade. O horário de funcionamento é das 8 h até às 17h30 e é oferecido café da manhã, almoço e café da tarde.

Durante o dia funcionam as mais variadas oficinas (artesanato, tapeçaria, pintura).

- » Atividades produtivas terceirizadas por outras empresas, como Correios, Unimed e clubes;
- » Atividades de recreação, lazer, cultura como leitura, vídeos, música, teatro;
- » Dinâmicas de grupo e acompanhamento psicológico;
- » Treinamento voltado para o desenvolvimento de lideranças e profissionalismo, de acordo com as habilidades de cada um;
- » Esclarecimentos sobre o tratamento, cuidados de saúde,

higiene, conservação de alimentos, com acompanhamento de nutricionista.

- » Digitação de notas fiscais do Programa Nota Solidária, de onde obtemos recursos para manutenção da Entidade.

Uma das últimas ações desenvolvidas é o PAIF - Programa de Apoio Integral a Família, onde uma Psicóloga e uma Assistente Social procuram dar acompanhamento à sessenta famílias de renais crônicos, na Entidade e fazendo também visitas domiciliares para conhecer melhor o dia a dia das famílias e assim poder orientar com maior segurança.

ESTAR À FRENTE DA ENTIDADE

Estar à frente de uma Entidade hoje é um desafio constante. Precisamos operar transformações positivas sobre nós mesmos diariamente. Quando abraçamos uma causa não podemos imaginar o envolvimento que isso nos trás.

O envolvimento favorece a auto-estima, a aceitação, a alegria, além de desenvolver valores éticos. Estimula a convivên-

cia, cria novos relacionamentos, lidera um processo de criatividade ao buscar soluções. Ao conviver, passa a perceber o sentimento do outro, convive dentro de realidades diferentes da sua e assim aprende e começa a desenvolver o respeito por tudo e por todos. É incluir no seu projeto de vida o projeto de vida do outro e somos ajudados automaticamente pelos outros.

OS PROBLEMAS ENFRENTADOS E OS DESAFIOS DA ENTIDADE

Sendo uma entidade que busca promover a qualidade de vida do renal crônico e seus familiares, desenvolvemos uma série de atividades envolvendo profissionais da saúde, assistentes sociais, psicólogos, voluntários de diversas áreas, órgãos públicos, empresas privadas e comunidade. No entanto,

qualquer avanço na qualidade de vida depende do engajamento da própria pessoa. Há muito que se pode fazer pelo outro, criando oportunidades ou oferecendo condições, mas há coisas que só a própria pessoa pode fazer por si mesma.

Por mais que a Entidade em seu conjunto propicie, mui-

tas vezes é difícil mobilizar quem precisa. Isso evidencia o desafio de ir além da assistência ou da ajuda, estimulando a pessoa a valorizar e desenvolver seus potenciais apesar das limitações em saúde.

Outro desafio é envolver as pessoas na gestão da Entidade. Há muitas tarefas a cumprir, responsabilidades a assumir e, nem sempre tem pessoas dispostas a tal. É difícil, é desafiador, mas absolutamente necessário que as pessoas participem de entidades associativas, participem da vida de sua comunidade, de Conselhos, da vida política.

É por esse caminho que podem desenvolver suas potencialidades e contribuir para a qualidade de vida de seu próximo e de sua cidade.

Na questão dos renais crônicos, temos visto por todo o Brasil a fora, que se os próprios não se envolvem se não há formação de lideranças, o tratamento e as políticas de saúde decaem muito. Há certos papéis que nem os médicos, nem

os governos, nem as igrejas, nem os voluntários podem desempenhar em lugar dos próprios renais crônicos e seus familiares. Seu envolvimento nas políticas públicas de saúde é condição fundamental para a qualidade de vida dos mesmos.

Sem desafios parece que não há razão para a luta e quando acabamos de enfrentá-los, já outro se avizinha. A luta pelo aumento da auto-estima do renal crônico e de toda a sua família e a conscientização de que ele é o maior responsável pela qualidade do tratamento é fundamental e mais:

- Disseminar na comunidade a importância da prevenção da doença renal.
- Diagnóstico precoce e o acesso a diálise em todo país.
- Conseguir que os responsáveis pela Saúde Pública do Município conheçam mais a realidade do tratamento e suas implicações.

Associação dos Renais Crônicos de Caxias do Sul - RIMVIVER

(54) 3214-1707 www.rimviver.org.br

CALENDÁRIO DE EVENTOS - 2010

NOVEMBRO

12 a 13 • V Encontro Sul Brasileiro de Transplantes

Local: Fundação Pró-Rim - Joinville - SC

Informações: www.prorim.org.br/

14 e 18 • XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia Pediátrica

• XIII Congresso Brasileiro de Urologia Pediátrica

• II Congresso Brasileiro de Cirurgia Pediátrica

Vídeo-assistida

Local: Ouro Minas Palace Hotel - Belo Horizonte - MG

Informações: Lúmina Eventos: Solange Cabral /

Renê Rui de Souza

Fones: (11) 3951-2813 / 3856-0237

congressocipe@luminaeventos.com.br

www.luminaeventos.com.br

16 a 21 • Renal Week 2010

Local: Denver, CO

Informações: www.asn-online.org/education_and_meetings/renal_week/

25 a 26 • Encontro Nacional de Prevenção da Doença Renal Crônica

Local: São Paulo, SP

25 a 27 • III ESED - Encontro de Serviço de Endocrinologia e Diabetes

V Fórum de Síndrome Metabólica

Local: Hotel Vila Galé em Fortaleza

Informações: (85)4011-1572

divulgacao@arxweb.com.br

DEZEMBRO

29 de novembro a 03 de dezembro • Curso de Reciclagem em Nefrologia da SONESP

Informações e Inscrições: carla@sonesp.org.br

ABRIL 2011

08 a 12 • World Congress of Nephrology 2011

Vancouver, Canada

Informações: <http://www.wcn2011.org/>



*Reconhecimento, respeito e condições
de trabalhar pela saúde de todos.
É preciso dar valor a quem cuida da gente.*

18 de Outubro. Homenagem ao Dia do Médico.



CFM | CRM's
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA | CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA



OS DECANOS DA NEFR

“...A ASSISTÊNCIA À CRIANÇA NEFROPATA AINDA TEM UM LONGO PERCURSO A PERCORRER.”

Prof. Dr. Julio Toporovski



A participação dos pediatras no contexto da Nefrologia iniciou-se no IV Congresso Brasileiro de Nefrologia, realizado em São Paulo em 1961, presidido pelo Prof. Oswaldo Luiz Ramos, quando simultaneamente 2 serviços de pediatria apresentaram temas livres, cujo conteúdo científico era dirigido à Nefrologia Infantil:

- 1º Serviço de Nefrologia Infantil da Santa Casa de São Paulo;

- 2º Serviço de Nefrologia Infantil do Hospital das Clínicas - Departamento de Pediatria da USP, dirigido pelo Prof. Antranik Manissadjan.

A partir deste Congresso constatamos a participação efetiva dos nefrologistas voltados para a criança em todos os eventos da SBN.

Neste período tanto a Sociedade Brasileira de Nefrologia como a Sociedade Brasileira de Pediatria criaram o Departamento de Nefrologia Pediátrica que efetivamente divulgou a especialidade em nosso país. Na última década as duas Sociedades passaram também a outorgar o Título de Especialista em Nefrologia.

Posteriormente, ressaltamos que em todas as atividades científicas da SBN e da SBP, principalmente em seus eventos máximos - os Congressos Brasileiros - parte da temática científica foi destinada à Nefrologia Pediátrica.

A partir deste impulso inicial a especialidade no âmbito da pediatria se disseminou para outros Estados e novos centros foram criados no Rio Grande do Sul com a Profª Noemia Perli Goldraich; Minas Gerais com o Prof. José Silvério Diniz e Aduino Barros Amin; Rio de Janeiro com o Prof. Maurício Gonzaga, etc.

O desdobramento destes serviços pioneiros constituiu um avanço importante no aprimoramento de inúmeros pediatras e nefrologistas que posteriormente se

dedicaram ao atendimento das crianças portadoras de nefropatias em seus sítios de origem.

Evidentemente realçamos que apesar desse progresso a assistência à criança nefropata ainda tem um longo percurso a percorrer.

A partir de 1981 e a cada 2 anos, até o presente momento foram realizadas as jornadas e posteriormente os congressos de nefrologia pediátrica.

Não poderia deixar de homenagear os professores de Nefrologia Pediátrica de outros Países que receberam em seus respectivos serviços os médicos brasileiros e colaboraram de maneira marcante no aprimoramento técnico-científico destes nefropediatras. Estes colegas posteriormente desenvolveram importantes centros de referência em Nefrologia Pediátrica no Brasil. Salientamos os seguintes Professores estrangeiros:

Gustavo Gordillo Paniagua - México;

Reneê Habib, Michel Broyer e Pierre Cochat - França;

Richard Fime e Joseph Strauss - EUA;

Martin Barrat e Stewart Cameron - Inglaterra.

Rodriguez Soriano - Espanha.

Carlos Gianantonio - Argentina.

No contexto internacional a Nefrologia Pediátrica Brasileira participou ativamente de inúmeros Congressos da IPNA (International Pediatric Nephrology Association) e da ALANEPE (Asociación Latina Americana de Nefrologia Pediátrica). Seus membros contribuíram de forma marcante nestes eventos apresentando temas livres, painéis, assim como coordenando simpósios e mesas-redondas.

É com satisfação que vemos inserido em renomadas publicações científicas voltadas para a especialidade, artigos de autoria de colegas brasileiros.

Um dos principais estudos colaborativos internacionais o ISKDC (International Study of Kidney Di-

NEFROLOGIA DE SÃO PAULO

sease in Children), que padronizou o tratamento da Síndrome Nefrótica e outras Glomerulopatias, contou com a efetiva participação do Brasil (enviando casos clínicos e discutindo os diferentes aspectos das glomerulopatias).

Outros estudos colaborativos vem se desenvolvendo em nosso meio.

Há pouco tempo os Comitês de Nefrologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Nefrologia, realizaram levantamento preliminar dos diferentes serviços de Nefrologia Infantil em nosso Estado.

Podemos afirmar com segurança, que atualmente em todos os Estados da União, principalmente nas Capitais, encontramos colegas habilitados a atender crianças com problemática renal.

Além disso, constatamos que nesta pesquisa os

resultados evidenciaram que a assistência especializada à criança nefropata infelizmente está muito aquém das nossas necessidades. Acreditamos que esta situação deplorável deverá ser revertida em um futuro próximo.

Orgulhamo-nos de ter participado do núcleo pioneiro que entre acertos e erros, conseguiu desempenhar sua missão, quer preparando nefropediatras, quer difundindo conhecimentos pertinentes à especialidade, assim como dentro do possível, realizando pesquisas científicas.

Estamos confiantes que a nova geração, assim como as autoridades da área da saúde em nosso Estado, dará continuidade ao nosso impulso inicial, desenvolvendo a nefrologia pediátrica e se constituindo dessa maneira no apoio inegável às crianças portadoras de afecções renais.

Dr. Carlos Villela de Faria



Formado em 1947 pela FMUSP. Sou talvez um dos poucos remanescentes deste grupo.

Devo minha formação médica ao grande mestre e amigo Professor José de Barros Magaldi, que me entusiasmou para o estudo e pesquisas referentes à Hipertensão Arterial.

Inicialmente cardiologista, percebi as correlações entre pressão arterial e problemas renais. Foi isto que me levou a aderir aos colegas e amigos que com o passar do tempo constituíram uma especialidade que posteriormente evoluiu para a criação da Nefrologia.

Falar sobre o que mudou nesta especialidade nestes 50 anos é falar sobre o óbvio; mas precisamos ressaltar o quanto nossos companheiros, à custa de muita dedicação e sacrifício, conseguiram acompanhar e se ombrear às grandes conquistas da especialidade.



NYCOMED

Somos 12 mil colaboradores, motivados pelo desejo de ajudar as pessoas a terem uma vida plena.

Nossa missão é prover medicamentos que realmente façam a diferença tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde.

“O NEFROLOGISTA É UM CLÍNICO GENERALISTA DIANTE DO CONHECIMENTO QUE ADQUIRE DURANTE A SUA FORMAÇÃO”

Horácio Ajzen



Nesses 50 anos, a nefrologia brasileira teve progresso em todos os sentidos. No início um grupo de médicos da faculdade de medicina da USP e outro da Escola Paulista de Medicina, hoje UNIFESP, se reuniu para discutir doenças relacionadas ao rim, doenças metabólicas e alterações eletrolíticas relacionadas a estas patologias.

A etiologia dos vários tipos de hipertensão arterial e da nefropatia diabética, bem como das moléstias de alto agressão também eram discutidas.

Era ainda difícil definir com presteza as causas que determinavam as doenças renais.

Anos depois, com o uso da biópsia renal, novos métodos laboratoriais e de imagem determinaram um salto na resolução das doenças acima relatadas.

Após estes cinquenta anos, a Nefrologia brasileira hoje não é mais uma especialidade “aventureira” e cheia de dúvidas. A formação da Sociedade Brasileira de Nefrologia, fundada por dois eminentes nefrologistas - José Barros Magaldi e Israel Nussenzvein trouxe um maior interesse pela especialidade. Um maior direcionamento e dedicação aos métodos dialíticos e de transplantes renais, iniciados pelos Professores Geraldo Freire e Emil Sabbaga em 1965 determinaram uma melhor sobrevida aos renais crônicos.

Com a formação da SBN regionais, foram se desenvolvendo uma maior difusão da especialidade por meio de congressos. Um fator importante no desenvolvimento da especialidade foram a criação de cursos de

pós graduação que graduaram mestres e doutores que possibilitaram a formação de docentes em outras escolas médicas do país.

A perspectiva é que a Nefrologia evolua na preservação da vida do renal crônico com o aparecimento da descoberta de novas drogas que tornem a rejeição menos frequente e com menos efeitos secundários.

Os novos métodos de diagnóstico precoce das doenças renais, o uso de regimes alimentares bem como novos medicamentos para melhorar o controle da hipertensão arterial, melhor controle do diabetes mielito e de outras doenças de alto agressão possam prolongar a vida do renal sem auxílio de métodos dialíticos e de transplante.

Acho que a SBN e as regionais deveriam fazer uma maior pressão sobre os órgãos governamentais nas medicinas de grupo exigindo uma melhor remuneração aos centros dialíticos e de transplante, fazendo com que o médico se fixe em um único emprego impedindo a existência do médico “viajante”, que tenha liberdade em exercer sua profissão sem pressões dos órgãos que o empregam facilitando assim a sua atualização.

O nefrologista deve ter um conhecimento cardiológico, urológico das doenças metabólicas e endócrinas, saber interpretar um eletrocardiograma e saber realizar exame de fundo de olho.

Com estes conhecimentos, é claro que o diagnóstico muitas vezes ainda é difícil, o que exige uma atualização cada vez mais constante.



Persistência

A Abbott tem o orgulho de ser como você, incansável na busca para que as pessoas tenham melhores cuidados com a saúde

Consulta Prima

Notícias que afetam a prática médica

O início mais cedo da diálise não reduz mortalidade de renais crônicos

Planejar um início mais cedo da diálise não está associado a uma redução da mortalidade ou da morbidade em pacientes com insuficiência renal crônica, conclui o primeiro ensaio randomizado a investigar a questão.

A conclusão faz parte de um artigo do *New England Journal of Medicine*.

Bruce Cooper, da *University of Sydney*, na Austrália, e colegas do estudo IDEAL (*Initiating Dialysis Early and Late*) recrutaram 828 pacientes em 32 centros na Austrália e na Nova Zelândia com insuficiência renal crônica e uma taxa de filtração glomerular entre 10,0 e 15,0 mL/min/1,73m².

Os pacientes tinham em média 60 anos de idade (542 homens; 355 diabéticos). Eles foram randomizados para iniciar a diálise quando o ritmo de filtração glomerular caísse para a faixa entre 10,0 e 14,0 mL por minuto (início cedo) ou entre 5,0 e 7,0 mL por minuto (início postergado).

Em média, os pacientes no grupo de início cedo começaram o tratamento dialítico 1,8 meses após a randomização, contra 7,40 meses no grupo com início

postergado.

O período de seguimento médio foi de 3,6 anos.

Devido à progressão do quadro clínico, a maioria (75,9%) dos pacientes do grupo de início postergado teve de começar o tratamento dialítico com uma filtração glomerular acima do limite pré-especificado, ou seja, de 7,0 ml por minuto.

No período, não houve diferença significativa na mortalidade entre os grupos (37,6% no grupo de início cedo vs. 36,6%; *hazard ratio*: 1,04; *p* = 0,75).

Também não houve diferenças nas taxas de eventos cardiovasculares, infecções ou complicações.

Para Norbert Lameire, da *University of Ghent*, na Bélgica, a alta taxa de quebra de protocolo (75,9%) indica que fatores clínicos para indicar o início da diálise continuam mais importantes do que critérios numéricos, como a taxa de filtração glomerular.

“O encaminhamento rápido para um nefrologista, a orientação do paciente e o planejamento cuidadoso do tratamento são a base do manejo desses pacientes”, escreve.

Cooper BA, Branley P, Bulfone L et al. A

Randomized, Controlled Trial of Early versus Late Initiation of Dialysis. N Engl J Med 2010;10.1056/NEJMoa1000552.

O tratamento de infecções urinárias com sulfametoxazol-trimetoprima está associado a um risco **sete vezes maior de o paciente ser internado por causa de hiperpotassemia** em relação a outros antibióticos - isso nos casos em que o paciente também estiver recebendo um inibidor da enzima conversora da angiotensina (ECA) ou um bloqueador do receptor da angiotensina (BRA). O risco da interação medicamentosa foi identificado em um artigo publicado nos *Archives of Internal Medicine*.

Erros médicos graves cometidos por cirurgiões estão associados ao esgotamento mental e não ao cansaço físico ou fatores relacionados, como quantidade de plantões ou de horas trabalhadas. As conclusões são de um estudo americano publicado nos *Annals of Surgery*.

► Leia mais em 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.

BALANÇO DOS MESES DE JULHO, AGOSTO E SETEMBRO

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 julho, agosto e setembro.**

MÊS DE JULHO	MÊS DE AGOSTO	MÊS DE SETEMBRO
TOTAL: 347	TOTAL: 555	TOTAL: 211
Atendimentos de telefone Sócio = 148 Atendimentos de telefone outros = 132 Atendimentos de telefone total = 280 Visitas Sócio = 31 Visitas não Sócio = 36 Visitas total = 67	Atendimentos de telefone Sócio = 201 Atendimentos de telefone outros = 280 Atendimentos de telefone total = 481 Visitas Sócio = 56 Visitas não Sócio = 18 Visitas total = 74	Atendimentos de telefone Sócio = 97 Atendimentos de telefone outros = 114 Atendimentos de telefone total = 207 Visitas Sócio = 07 Visitas não Sócio = 17 Visitas total = 24
Fale Conosco - últimos 3 meses = 569		
Consultas Técnicas via E-mail - últimos 3 meses = 05		

***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: Secretária da SBN, Rua Machado Bittencourt, 205 - 5º andar - conj. 53, Vila Clementino, São Paulo - SP, CEP: 04044-000. Maiores informações: rosalina@sbn.org.br



VOCÊ SABIA ?

Dr. Edison Souza

Edição nº 11



1 Que, até o início do século XX, a Botânica era uma disciplina importante do curso médico, porquanto grande parte dos medicamentos até então utilizados provinha de plantas e consistia de extratos de vegetais preparados artesanalmente, muitas vezes pelo próprio médico?

2 Que o termo glomerulonefrite foi usado pela 1ª vez em 1868 pelo alemão *Georg Albrecht Klebs*, definido como uma forma de nefrite intersticial com envolvimento do tecido intersticial do glomérulo?

3 Que “*dropsy*” (hidropsia) foi o termo usado para descrever anasarca, independentemente da suas causas, durante os séculos XVII e XVIII?

4 Que o termo “Nefrose” foi introduzido por *Muller*, um patologista alemão, na tentativa de diferenciar os rins nefríticos, que eram inflamados e exsudativos, das doenças não inflamatórias, que eram parenquimatosas e faziam o rim parecer gorduroso?

5 Que em 1887 um olho de coelho foi transplantado em um paciente e, em 1896 a uretra de uma ovelha foi usada na reparação de uretra humana? (ref: “Transplante de Órgãos” de Garcia V., Abudd- Filho M, Neumann J e Medina JO.

6 Que a Sociedade Internacional de Transplantes de mãos e tecido composto relatou no último Congresso da Sociedade Internacional de Transplantes, realizado no mês de agosto de 2010 em Vancouver, que já houve 150 transplantes compostos sendo 59 de mãos uni ou bilateralmente e de 12 tecidos faciais?

7 Que a primeira biópsia renal percutânea foi realizada,

em 1934, por Ball em Londres, usando técnica aspirativa? Posteriormente, em 1950, trabalhos como os de *Perez-Ara* e de *Iversen* e *Brun* deram início ao estudo sistemático de patologias renais a partir de aspirações de tecido renal com agulha.

8 Que na anemia falciforme o aumento do clearance de creatinina deve-se principalmente ao hiperfluxo renal e maior secreção de creatinina pelos túbulos proximais, atingindo níveis em torno de 160ml/min?

9 Que análogos sintéticos da hirudina (retirada da cabeça de sanguessugas e usada como anticoagulante nos primórdios da hemodiálise) tais como a Bivalirudina estão sendo utilizados como alternativa em pacientes que apresentam complicações com o uso da heparina.

10 Que a agenesia renal foi reconhecida como um defeito de desenvolvimento fetal por *Wolfstrigel* em 1671? Em 1946 a patologista americana *Edith Potter* (1901- 1993) descreveu uma série de 20 casos com agenesia renal bilateral acompanhada de orelhas em duende, prega epicantal proeminente, hipertelorismo, nariz largo e achatado e queixo retraído. Estas características são conhecidas como “*Fácies de Potter*”.

11 Que 4 rins artificiais de tambor rotatório tipo *Kolff-Briham* foram trazidos de Boston para o Brasil na década de 1950? Dois ficaram em São Paulo, um deles na USP e 2 foram para o Rio de Janeiro: um para a UERJ e o outro para o HSE. Recentemente o Nefrologista Marcos Hoett, intermediado pelo Urologista/Acadêmico Sergio Aguinaga, fez oficialmente a doação do único remanescente para a Academia Nacional de Medicina localizada no Rio de Janeiro e lá poderá ser visto por todos os médicos, enfermeiros, estudantes de medicina mas principalmente por nós, Nefrologistas do Brasil.

micofenolato de mofetila “Medicamento genérico Lei nº 9.787, de 1999” **Forma Farmacêutica e Apresentações:** comprimidos revestidos de 500 mg - caixas com 50 comprimidos. **Uso adulto. Uso oral. Indicações:** o micofenolato de mofetila está indicado para a profilaxia da rejeição aguda de órgãos e para o tratamento da rejeição refratária de órgãos em pacientes adultos recebendo transplantes renais alogênicos. O micofenolato de mofetila está indicado na profilaxia da rejeição aguda de órgãos, em pacientes adultos recebendo transplante cardíaco alogênico. **Contraindicações:** foram observadas reações alérgicas ao micofenolato de mofetila. Portanto, micofenolato de mofetila está contraindicado em pacientes com hipersensibilidade ao micofenolato de mofetila ou ácido micofenólico. **Posologia:** dosagem padrão para profilaxia da rejeição renal. A dose de 1 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 2 g) é recomendada em pacientes submetidos ao transplante renal. Dosagem padrão para profilaxia de rejeição cardíaca: a dose de 1,5 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada em pacientes que foram submetidos a transplante cardíaco. Dosagem padrão para profilaxia da rejeição hepática: a dose de 1,5 g administrada duas vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada em pacientes submetidos a transplante hepático. Dosagem para o tratamento da primeira rejeição e da rejeição refratária renal: a dose de 1,5 g administrada 2 vezes ao dia (dose diária de 3 g) é recomendada para o tratamento da primeira rejeição e da rejeição refratária. A dose inicial de micofenolato de mofetila deve ser administrada o mais breve possível após o transplante renal, cardíaco ou hepático. **ADVERTÊNCIAS:** de forma similar aos pacientes recebendo regimes imunossupressores abrangendo combinações de drogas, os pacientes que recebem micofenolato de mofetila como parte de um regime imunossupressor tem maior risco de desenvolver linfomas e outros tumores malignos, particularmente de pele. Não se recomenda a administração concomitante de micofenolato de mofetila com azatioprina, uma vez que ambos possuem o potencial de causar supressão da medula óssea e a referida administração concomitante não foi estudada. **Interações Medicamentosas:** **Aciclovir:** concentrações plasmáticas maiores de aciclovir e MPAG foram observadas quando o micofenolato de mofetila foi administrado com aciclovir em comparação com a administração de cada droga isoladamente. **Antiácidos e hidróxido de alumínio ou magnésio:** absorção de micofenolato de mofetila foi diminuída quando administrado com antiácidos. **Colestiramina:** após administração de 1,5 g do micofenolato de mofetila em indivíduos saudáveis pré-tratados com colestiramina 4 g três vezes ao dia durante 4 dias, houve uma redução de 40% na AUC do MPA. **Ganciclovir:** baseado nos resultados de um estudo com administração de dose única, nas doses recomendadas, do micofenolato de mofetila oral e ganciclovir endovenoso e nos efeitos conhecidos da deterioração renal sobre a farmacocinética do micofenolato de mofetila (vide *Farmacocinética e Advertências*) e do ganciclovir, prevê-se que a coadministração desses agentes (que competem pelos mecanismos de secreção tubular renal) resultará em aumento na concentração do MPAG e do ganciclovir. Nenhuma alteração substancial na farmacocinética do MPA é prevista, não sendo necessário o ajuste da dose do micofenolato de mofetila. Pacientes com deterioração renal nos quais o micofenolato de mofetila e o ganciclovir ou suas pró-drogas como o valganciclovir são coadministrados devem ser monitorados cuidadosamente. **Contraceptivos orais:** a farmacocinética dos contraceptivos orais não foi afetada pela coadministração do micofenolato de mofetila. Um estudo de coadministração do micofenolato de mofetila (1 g duas vezes ao dia) e contraceptivo oral combinado contendo etinilestradiol (0,02-0,04 mg) e levonorgestrel (0,05-0,20 mg), desogestrel (0,15 mg) ou gestodene (0,05-0,10 mg) envolvendo 18 mulheres com psoríase e conduzido por mais de 3 ciclos menstruais não mostrou influência clínica relevante do micofenolato de mofetila nos níveis séricos da progesterona, do LH e do FSH, não indicando, portanto, influência do micofenolato de mofetila no efeito supressor da ovulação dos contraceptivos orais (vide *Gravidez e Lactação*). **Trimetoprima/sulfametoxazol:** não se observou efeito na biodisponibilidade do MPA. **Outras interações:** coadministração de probenecida com micofenolato de mofetila em macacos aumenta a AUC plasmática do MPAG em 3 vezes. Portanto, outras drogas que sofrem secreção tubular renal podem competir com o MPAG e aumentar a concentração plasmática de ambas. **Vacinas de vírus vivos:** vacinas de vírus vivos não devem ser administradas a pacientes com alteração da resposta imune. A resposta de anticorpos a outras vacinas pode estar diminuída (vide *Precauções*). **Reações Adversas:** o perfil de eventos adversos associados ao uso de drogas imunossupressoras é normalmente difícil de ser estabelecido, devido à presença da doença de base e à utilização concomitante de várias medicações. **Superdose:** a experiência com superdose de micofenolato de mofetila em humanos é muito limitada. Os eventos recebidos como relato de superdose estão de acordo com o perfil de segurança já conhecido da droga. Registro MS nº 1.0235.0865. EMS S/A. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Referência bibliográfica: 1. Dario Cattaneo, Monica Cortinovis, Sara Baldelli, Alessandra Bitto, Eliana Gotti, Giuseppe Remuzzi, and Norberto Perico. Pharmacokinetics of Mycophenolate Sodium and Comparison with the Mofetil Formulation in Stable Kidney Transplant Recipients. Clin. J. Am. Soc. Nephrol., Nov 2007; 2: 1147 - 1155.

JOVEM NEFROLOGISTA

DR. FREDERICO KNUPP AUGUSTO FALA SOBRE OS VÁRIOS DESAFIOS DA PROFISSÃO, DAS SUAS INTENÇÕES E QUAIS SÃO AS EXPECTATIVAS PARA O FUTURO



Dr. Frederico Knupp Augusto

Meu nome é Frederico Knupp Augusto, nasci em Belo Horizonte - Minas Gerais, em 20 de março de 1981. Até os 27 anos morei e estudei em BH, no Instituto da Criança e depois no Colégio Pitágoras, onde concluí o ensino médio. A opção pela medicina não teve influência de parentes, apesar de meu irmão ser estudante de medicina na ocasião. Eu já havia tomado a decisão antes; ainda criança me interessava em cuidar das pessoas e acho que isso, mais tarde, favoreceu a escolha da profissão.

Em 2000 iniciei a graduação na Universidade Federal de Minas Gerais. A maior dificuldade no ciclo básico, realizado no campus da UFMG na Pampulha, foi a falta de contato com pacientes. Somente no quinto período da faculdade as aulas teóricas passaram a ser na faculdade de medicina, e as práticas nos ambulatórios e no hospital. Durante a faculdade sempre tive vontade de atuar como generalista, assim que me formasse, enfatizando medidas preventivas. Inicialmente fiquei tentado pela medicina de família, por incentivo do meu irmão. Porém, após os estágios e os internatos, quando me identifiquei com alguns professores, optei pela clínica médica.

No internato em Saúde Coletiva (que chamamos de internato rural) passei 3 meses em uma pequena cidade do interior de Minas. Pude constatar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, em todas as especialidades. Na cidade que morei, os pacientes que recebiam hemodiálise tinham que viajar, num ônibus da prefeitura, 70 km de estrada de terra, três vezes por semana, para a cidade vizinha.

Fiz residência em clínica médica no Hospital Alberto Cavalcanti - da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte, onde tive a oportunidade de aprender medicina interna pura com ótimos preceptores clínicos. A intenção era fazer "apenas" clínica médica, e não outra residência. Foram 2 excelen-

tes anos, de muito trabalho e aprendizado. Novamente constatei a necessidade de um nefrologista no hospital (só havia para as diálises no CTI). O estágio obrigatório em nefrologia realizei no HC-UFMG, sob supervisão do Dr Valério Rodrigues. O contato próximo entre a nefrologia e a clínica médica, a abrangência - da prevenção à medicina intensiva, procedimentos, glomerulopatias, diálise e transplante: tudo isso despertou grande entusiasmo.

Optei pela residência em nefrologia na Universidade Federal Fluminense, que iniciei em fevereiro de 2009. Não havia razão para tentar prova em outro hospital, pois as referências que tinha do Serviço de Nefrologia eram excelentes. Minha noiva estudava na UFF e falava muito bem. Hoje posso dizer que minhas expectativas foram preenchidas, pois a residência é bastante completa e organizada. Gosto de todas áreas de atuação dentro da especialidade, mas tenho maior afinidade pela hemodiálise e nefrologia clínica, especialmente ambulatorial. Meu interesse por pesquisa surgiu tardiamente, agora na residência. Planejo fazer pós-graduação e futuramente conciliar assistência, ensino e pesquisa. A médio ou longo prazo pretendo voltar para perto de Belo Horizonte, alguma cidade do interior, e ficar próximo da família.

Dentro da profissão, considero que existem vários desafios: prevenir a doença renal crônica e suas complicações, preparar melhor o paciente antes de iniciar terapia substitutiva, incentivar mais a diálise peritoneal, melhorar programas de transplante renal em vários estados e aumentar o financiamento para diálise. Na minha opinião, o maior desafio vem antes: agilizar e ampliar o acesso ao nefrologista no Sistema Único de Saúde, especialmente no interior. Meu dever é servir essa população e retribuir as oportunidades que tive ao longo de minha formação em instituições públicas. ●

BCM - Monitor de Composição Corporal

Inovação para um melhor controle da volemia

- 1º dispositivo no mercado idealizado para medir a volemia de cada paciente objetivamente, permitindo a definição do peso seco com maior segurança.
- Melhora o gerenciamento da hipertensão e da volemia.
- Fornece informação relevante para avaliação do estado nutricional.
- Determina o "V" para avaliação da dose de diálise.



Fresenius Medical Care

SAC: 0800-0123434 . www.fmc-ag.com.br



ATA CONSELHO FISCAL DA SBN



SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

Fundada em 1960

ATA DA SEGUNDA REUNIÃO DO CONSELHO FISCAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - BIÊNIO 2009/2010

Aos dezesseis dias do mês de agosto de 2010 na sede da Sociedade Brasileira de Nefrologia, em São Paulo, reuniu-se o Conselho Fiscal. Presentes Dra. Carmen Tzanno Branco Martins, Dr. Antonio Américo Alves e Dr. Mauricio Younes Ibrahim substituindo o Dr. Valter Duro Garcia, presentes ainda: Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann, Presidente da SBN, Dr. Daniel Rinaldi dos Santos, Secretário Geral, Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira, 1º Secretário, Dr. Luis Yu, Tesoureiro e o Sr. Edeno Teodoro Tostes, Contador da SBN. Iniciando a reunião o Sr. Presidente agradeceu a presença de todos e passou a palavra para o Sr. Contador que informou já ter enviado a todos os presentes os relatórios que serão analisados. Esclareceu que o último Conselho Fiscal reunido em dezembro de 2009 havia aprovado as contas até 31 de outubro de 2009 e então apresentou o balanço patrimonial levantado em 31 de dezembro de 2009 e o balancete levantado em 30 de junho de 2010, bem como as certidões negativas da SRB referente a contribuições previdenciárias, da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional referente a Tributos Federais e Dívida Ativa da União, o Certificado de Regularidade do FGTS, a Certidão da Secretaria da Fazenda do Estado de São Paulo e da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Feita a comparação dos dois últimos exercícios ficou estabelecido em comum acordo com a Diretoria alguma mudança no plano de contas contábil da SBN, visando a criação de alguns centros de custos e análise global por tipo de despesas. Também ficou convencionado a contabilização de provisões de recebimento de patrocínios e outros. O Conselho Fiscal referendou a sugestão para que as próximas Diretorias sempre deixem programados patrocínios para exercícios seguintes, principalmente nos anos que não existe receita com eventos. Após troca de informações todos os demonstrativos contábeis foram aprovados por unanimidade pelo Conselho Fiscal que recomenda sua aprovação na Assembléia Geral dos Associados que se reunirá em Vitória no próximo mês de setembro. Nada mais havendo a tratar foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata para assinatura dos presentes.

Dra. Carmen Tzanno Branco Martins

Dr. Luis Yu

Dr. Rodrigo Bueno de Oliveira

Dr. Mauricio Younes Ibrahim

Dr. Antonio Américo Alves

Sr. Edeno Teodoro Tostes

Dr. Daniel Rinaldi dos Santos

Dr. Emmanuel de Almeida Burdmann

Rua Machado Bittencourt, 205 - Conj. 53 - Vila Clementino - 04044-000 - São Paulo - SP
Fone: (11) 5579-1242 - Fax: (11) 5573-6000

E-mail: secret@sbn.org.br
E-mail: jbn@sbn.org.br

Acerte no princípio.

Comece agora a construir o futuro.

inovando o tratamento renal

BALANÇO SBN

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

CNPJ Nº 43.197.615/0001-62

SEM INFLUÊNCIA DE EVENTOS

BALANÇO PATRIMONIAL REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2009

ATIVO		PASSIVO	
CIRCULANTE	656.458,38	CIRCULANTE	31.342,39
Disponibilidades Efetivas	629.999,52	Obrigações Diversas	31.342,39
• Caixa	394,23	• Impostos e Obrigações	3.803,68
• Bancos	147.115,03	• Obrigações Sociais	9.042,30
• Aplicações	482.490,26	• Contas a Pagar	3.132,28
		• Provisões	15.364,13
Créditos e Valores	26.458,86		
• Adiantamento de Despesas	6.458,86		
• XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia / 2010	10.000,00		
• 12ª Internacional Symposium on Urolithiasis	10.000,00		
ATIVO NÃO-CIRCULANTE	538.275,75	PATRIMÔNIO SOCIAL	1.163.391,74
Realizável a Longo Prazo	205.711,87	• Patrimônio Social	1.449.010,34
• Aplicações Financeiras	205.711,87	• Déficit Apurado do Período	(285.618,60)
Imobilizado	332.563,88		
• Tangível	551.454,51		
• (-) Depreciação	(236.100,35)		
• Intangível	23.121,21		
• (-) Amortização	(5.911,49)		
TOTAL DO ATIVO	1.194.734,13	TOTAL DO PASSIVO	1.194.734,13

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

CNPJ Nº 43.197.615/0001-62

SEM INFLUÊNCIA DE EVENTOS

BALANÇO PATRIMONIAL REFERENTE AO PERÍODO DE JANEIRO A JUNHO DE 2010

ATIVO		PASSIVO	
CIRCULANTE	525.730,82	CIRCULANTE	62.813,41
Disponibilidades Efetivas	483.641,87	Obrigações Diversas	62.813,41
• Caixa	118,11	• Impostos e Obrigações	292,00
• Bancos	24.813,85	• Obrigações Sociais	20.453,13
• Aplicações	458.709,91	• Contas a Pagar	19.008,00
		• Provisões	23.060,28
Créditos e Valores	42.088,95		
• Adiantamento de 13º Salário	5.357,93		
• Adiantamento de Despesas	6.731,02		
• XXV Congresso Brasileiro de Nefrologia / 2010	10.000,00		
• 12ª Internacional Symposium on Urolithiasis	10.000,00		
• V Encontro Nacional	10.000,00		
ATIVO NÃO-CIRCULANTE	899.455,37	PATRIMÔNIO SOCIAL	1.362.372,78
Realizável a Longo Prazo	589.353,99	• Patrimônio Social	1.163.391,74
• Aplicações Financeiras	589.353,99	• Superávit Apurado no Período	(198.981,04)
Imobilizado	310.101,38		
• Tangível	553.706,51		
• (-) Depreciação	(249.429,87)		
• Intangível	11.807,03		
• (-) Amortização	(5.982,29)		
TOTAL DO ATIVO	1.194.734,13	TOTAL DO PASSIVO	1.194.734,13

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

CNPJ Nº 43.197.615/0001-62

SEM INFLUÊNCIA DE EVENTOS

DEMONSTRAÇÃO DO DÉFICIT REFERENTE AO EXERCÍCIO DE 2009

RECEITAS		DESPEAS	
RECEITAS GERAIS	1.339.188,37	DESPEAS GERAIS	1.624.806,97
• Anuidades/Mensalidades	697.867,22	• Pessoal	332.955,85
• Patrocínios	77.000,00	• Administrativas	749.771,95
• Publicações	454.979,11	• Serviços Profissionais - PJ	110.330,42
• Financeiras	54.859,76	• Locações	2.847,00
• Diversas	54.482,28	• Depreciação e Amortização	27.456,31
		• Impostos e Taxas	28.258,38
		• Financeiras	2.746,43
		• Publicações	370.440,63
		DÉFICIT APURADO NO PERÍODO	(285.618,60)
TOTAL	1.339.188,37	TOTAL	1.339.188,37

SBN – SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA

CNPJ Nº 43.197.615/0001-62

SEM INFLUÊNCIA DE EVENTOS

DEMONSTRAÇÃO DO SUPERÁVIT REFERENTE AO PERÍODO DE JAN. A JUN. DE 2010

RECEITAS		DESPEAS	
RECEITAS GERAIS	1.235.748,34	DESPEAS GERAIS	1.036.766,30
• Anuidades/Mensalidades	708.087,79	• Pessoal	193.367,18
• Patrocínios	35.520,00	• Administrativas	387.534,26
• Publicações	451.234,52	• Serviços Profissionais - PJ	58.706,00
• Financeiras	22.882,72	• Locações	2.558,00
• Diversas	18.022,31	• Depreciação e Amortização	13.400,32
		• Impostos e Taxas	5.034,50
		• Financeiras	1.794,23
		• Publicações	374.371,81
		DÉFICIT APURADO NO PERÍODO	(198.981,04)
TOTAL	1.235.747,34	TOTAL	1.235.747,34



ÁGUA – O “X” DA QUESTÃO! Com o DR. FERNANDO SALDANHA THOMÉ, PROFESSOR ADJUNTO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

1. Qual é o impacto da qualidade da água de hemodiálise sobre os pacientes?

Temos hoje no Brasil cerca de 80.000 pacientes em hemodiálise regular, apenas ao redor de um terço destes pacientes é candidato a transplante renal, e sabemos que uma fração menor destes é que será transplantada, apesar de todos os avanços nessa área. Além disso, a sobrevivência dos pacientes em diálise não é tão baixa (mais de 80% em um ano). Portanto, a possibilidade de um paciente permanecer em tratamento dialítico por muitos anos é grande. Se imaginarmos que o sangue do paciente é exposto a 18.720 litros de líquido de diálise por ano ($500 \text{ ml/min} \times 4\text{h} = 120 \text{ litros} \times 156 \text{ sessões/ano}$), facilmente se deduz que mesmo dentro dos padrões atuais de pureza da água esse paciente ficará exposto a 18,72 mg de endotoxina, mais de 37 mil vezes a quantidade presente no plasma do paciente séptico. Para comparação, o limite para pirogenia se situa ao redor de 0,00005 mg (Arch Surg, 1988) e basta 0,00024 mg para aumentar a permeabilidade intestinal (J Endotox Res, 1994). Essa exposição se deve a uma quantidade cumulativa de cerca de 38 bilhões de bactérias, o que equivale a mais ou menos 40-380 mg de fezes! Isso sem contar a exposição cumulativa a 150 g de material particulado (dos materiais extra-corpóreos). Obviamente que essa exposição não causa efeitos agudos, porque é uma exposição indireta, amortecida pela barreira da membrana do dialisador, e que ocorre em doses pequenas a cada sessão, permitindo a atuação dos sistemas de defesa do paciente. Entretanto, exatamente essa ativação de defesas pode com o tempo provocar alterações inflamatórias crônicas que trarão prejuízo ao paciente.

2. Que elementos da água colocam o paciente em risco? Nos primórdios da hemodiálise, o tratamento da insuficiência renal aguda era realizado com água bruta, e logo se percebeu os problemas que isso causava ao tratamento regular do paciente crônico. Impurezas mais grosseiras podiam ser removidas com filtros de sedimentação e filtros de carvão, mas elementos químicos prejudiciais necessitavam do uso de abrandadores e deionizadores. Dentre os muitos elementos perigosos, estavam o alumínio (causador de doença óssea adinâmica, anemia e encefalopatia), cloro e cloraminas (anemia hemolítica), nitratos (metemoglobinemia), cálcio e magnésio, cobre (anemia hemolítica), flúor (dano ósseo e cardiovascular), mercúrio, chumbo e outros (cromo, cádmio, etc.). A evolução dos sistemas de purificação introduziu a osmose reversa, no sentido de reduzir esses componentes químicos a valores considerados seguros. Hoje em dia se usam múltiplos componentes, o que reduziu muito o problema da contaminação química. Entretanto, a contaminação bacteriana da água não clorada transitando por diversos equipamentos e pelo circuito de distribuição tornou-se o maior problema, e a presença de microrganismos, especialmente bactérias e a liberação das chamadas CIS, substâncias indutoras de citocinas (especialmente endotoxinas), é o grande vilão da água para hemodiálise. O uso de ultrafiltros se por um lado reduziu a concentração de elementos orgânicos, por outro lado também pode contribuir para a con-

taminação do sistema se não bem monitorado. O futuro talvez nos reserve uma perspectiva de líquido estéril, o que ainda é um sonho na nossa realidade.

3. Que fatores influenciam na qualidade da água para o tratamento de hemodiálise regular?

A quantidade de pirogênio ou de CIS no dialisato é o que mais preocupa. O planejamento do sistema de purificação e sua correta manutenção são os fatores mais importantes para manter a contaminação química e particularmente o nível de CIS sob controle. A contaminação bacteriana é a ameaça mais temida, e grau de liberação de CIS varia com o tipo de bactéria, sendo Gram negativas mais indutoras do que Gram positivas, e Pseudomonas mais do que E.coli, por exemplo. A permeabilidade da membrana dialisadora também influi, sendo algumas membranas de alto fluxo mais permeáveis a CIS do que as de baixo fluxo. Entretanto, estudos mostraram que algumas membranas de alto fluxo têm a capacidade de adsorção de endotoxinas, o que reduziria esse problema, pelo menos em situações de uso único. De qualquer modo, o material da membrana dialisadora também influi na indução de atividade inflamatória do paciente, com mais indução por cuprofane e menos por membranas sintéticas. O reuso de dialisadores parece também ser um fator de maior oferta de CIS aos pacientes.

4. Quais as consequências da água fora dos parâmetros recomendados?

Afora a contaminação química, cujas consequências já foram mencionadas, a contaminação microbiológica pode levar a reações pirogênicas e mesmo a francas bacteremias, o que seria um extremo da inadequação da água fornecida. Mesmo sem essas consequências mais dramáticas, a água impura induz à formação de citocinas inflamatórias, como interleucina-6, interleucina 1 α , fator de necrose tumoral. Essas citocinas, que também são estimuladas por outros fatores (circuito extra-corpóreo, colonização do acesso vascular, periodontite, infecções, adiposidade visceral e a própria uremia) trazem consequências a longo prazo, como alteração do perfil aterogênico das lipoproteínas, síntese diminuída de algumas proteínas (albumina) e aumentada de outras (proteína C-reativa, ferritina), deficiência funcional de ferro e resistência a eritropoetina, emagrecimento e perda muscular, e principalmente dano endotelial vascular (aterosclerose).

5. Os parâmetros de qualidade da água para hemodiálise estipulados pela lei brasileira estão adequados?

Conforme já mencionamos, a oferta de água para hemodiálise dentro dos padrões estipulados pela lei brasileira protege contra os efeitos químicos e os efeitos agudos da contaminação por CIS, mas a exposição contínua a pequenas doses de contaminantes orgânicos a longo prazo tem consequências ainda não bem esclarecidas. Padrões de qualidade em outros países têm sido mais rigorosos.

6. Teoricamente a água para hemodiálise mais pura, pelo que foi dito, traria resultados mais favoráveis para os pacientes. Porém,

OPINIÃO DO ESPECIALISTA

há evidências que comprovem esses resultados? Fizemos estudos demonstrando que pacientes submetidos a tratamento com água dentro dos limites estabelecidos pela RDC 154, quando passaram a usar água com purificação mais rigorosa, tiveram redução dos níveis de proteína C-reativa e interleucina-6. Além disso, a elevação desses marcadores inflamatórios que ocorre durante uma sessão de hemodiálise foi sensivelmente atenuada pela água melhor purificada. Vários estudos confirmam estes achados, e expandem o benefício da água ultrapura para redução dos produtos finais de glicação avançada (AGEs), redução de pentosidina, beta2-microglobulina e outros marcadores inflamatórios e melhora de níveis de albumina. É importante mencionar que dentro de um contexto de múltiplas causas de morbi-mortalidade, o efeito isolado de melhor purificação da água é difícil de demonstrar. Entretanto, dentro de nossa realidade brasileira, considerando todas as dificuldades que nosso sistema de saúde impõe, e outras dificuldades relacionadas ao tratamento (acesso vascular, adesão, reuso, baixo nível social de pacientes, e outras) minha opinião é de que pelo menos devemos objetivar a eliminação de pirogenias e bacteremias associadas a dialisato nas nossas unidades.

7. Quais os elementos importantes para que se efetive uma purificação adequada da água para hemodiálise? Em primeiro lugar, é fundamental que o fornecimento de água potável, preferentemente clorada a 0,5 PPM, seja feito de forma confiável. Se o fornecimento não for por rede, deve-se garantir a qualidade da fonte. O armazenamento dessa água deve ser feito no menor reservatório possível que garanta oferta, e que seja periodicamente higienizado. A seguir, o pré-tratamento deve prever a retirada de material particulado, o que pode ser feito com filtros de areia (que retêm partículas de 40 µ) ou por filtros multi-meios (retêm 12-15 µ), ou ainda por novos produtos como a clinoptilolita (retém 3 µ) ou o Catalox®. O objetivo aqui é a retirada da sílica coloidal dissolvida (SCD). O pré-tratamento também deve retirar íons e reduzir a dureza, o que pode ser feito com resinas trocadoras, abrandadores com sal, resinas mistas, resinas específicas para retirada de ferro, ou produtos mais sofisticados, como o NextScaleStop® (TAC). A retirada de cloro pode ser realizada com carvão ativado, mas este retém matéria orgânica, e pode sofrer contaminação, razão de recente norma americana condenar seu uso. O carvão ativado com prata coloidal ou o carvão mineral não apresentam essa complicação. Outra opção é o KDF 55, que promove uma reação redox, liberando cobre e zinco que são removidos nos passos seguintes.

O tratamento da água, propriamente dito, hoje em dia é realizado majoritariamente pelo processo de osmose reversa, que pode ser por passagem única, suficiente para manter os padrões atualmente exigidos, ou de dupla passagem, importante para obtenção de água ultrapura. Existem diversos tipos de membranas para o processo de osmose reversa, e de sua escolha depende a eficácia da purificação.

Após a purificação da água, deve-se ter um sistema de bombeamento e distribuição que mantenha suas qualidades. Isso exige um circuito que tenha recirculação contínua - sistema de "looping" - na velocidade certa para manter fluxo laminar, com diâmetro constante e que não tenha joelhos nem pontos cegos. Muitos técnicos, entretanto, recomendam um ponto final na sala de reuso, para evitar aspiração de material contaminado ao circuito. Nesse caso, a desinfecção deste ponto deve ser freqüente e cuidadosa. O material recomendado para o encanamento é o PVC SCH80, o PVDF, o polipropileno natural, ou o aço inoxidável 316L. A manutenção da circulação exige bombas duplas, que não sejam aquecidas pelo motor que as impulsiona. O reservatório da água purificada deve ser o menor possível com autonomia suficiente para possibilitar o reuso (n pontos X 30 litros), e deve ser selado com fundo cônico.

Com o objetivo de melhorar a purificação da água, tem sido preconizado o uso adicional de ultrafiltros, que podem ser instalados antes do pré-tratamento (1-25µ), antes da osmose reversa (1-25µ), após a osmose reversa, ou mesmo antes do equipamento de diálise, para retenção de endotoxinas. Isso tem proporcionado o fornecimento de água com melhor qualidade, inclusive ultrapura. Entretanto, devemos lembrar a frase do Dr. Kjellstrand (Hemod.Int.2007, 11:S39): "...tudo que é adicionado ao circuito pode ser liberado, portanto... ..pode reduzir uma forma de impureza mas adicionar outra.". O cuidado de manutenção desses filtros, portanto, deve ser rigoroso.

De nada adianta todo esse cuidado com a água, se o nosso concentrado de eletrólitos não tiver padrão elevado de qualidade. Lembrar que o concentrado de bicarbonato é suscetível a proliferação bacteriana, e que seu tempo de validade não excede algumas horas.

Por fim, e mais importante, é que as rotinas de manutenção sejam bem planejadas e rigorosamente cumpridas. Para sanitização do circuito de distribuição pode-se usar ozônio diário ou intermitente, lembrando de manter um residual necessário de 0,4 PPM (mg/l), manter temperatura abaixo de 30°C e pH neutro. Pode-se também adicionar raios ultra-violeta ao ozônio. A alternativa é a desinfecção química com hipoclorito de sódio 1%. Nesse caso, lembrar os pontos de não circulação: reuso, conexão ao equipamento. A desinfecção da membrana pode ser feita com ácido peracético entre 1 e 3,5% (concentrações maiores podem agredir a membrana) ou com microtretibio. É fundamental também estabelecer rotinas de controle: cloro, dureza, pressão sobre as membranas, fluxo do permeado/fluxo do rejeito (→30%), controle de qualidade da água bruta, monitorização microbiológica, de endotoxinas, e da qualidade química. ●

Agradecimento:

Agradeço ao técnico Luís Gustavo Martins de Oliveira, da Sultech, pela orientação emprestada à execução deste texto.

REFERÊNCIAS

1. Association for the Advancement of Medical Instrumentation: American National Standard, *Dialysate for Hemodialysis*. ANSI/AAMI RD52: 2004.
2. Benjelloun, *Blood Purif*, 2010, 30(1):64.
3. European Best Practice Guidelines Expert Group on Hemodialysis, *European Renal Association, Nephrol Dial Transplant* 2002; 17(suppl 7):45.
4. Furuya, *Blood Purif*, 2005.
5. Gerdemann, *Nephrol Dial Transplant*, 2002,17:1045.
6. Glorieux, *Nephrol Dial Transplant*, 2009, 24(2):548.
7. Handelman, *Blood Purif*, 2009, 27(1):81.
8. Hsu, *J Nephrol*, 2004.
9. Hoenich, *Blood Purif*, 2008,26(1):6.
10. Kawanishi, *Ther Apher Dial*, 2009, 13:161.
11. Kawasaki, *Blood Purif*, 2009.
12. Kaysen, *CJASN*, 2009, 4:S56.
13. Kjellstrand, *Hemod Int*, 2007, 11:S39.
14. Lamas, *Nephrol Dial Transplant*, 2006, 21:2851.
15. Lars Penne, *Kidney Int.*, 2009, 76(6):665.
16. Levin, *Contrib Nephrol*, 2008,161:1.
17. Lonnemann, *Artif Organs*, 2002, 26(9):817.
18. Ronco, *Blood Purif*, 2009, 27(1):11.
19. Ronco, *Blood Purif*, 2010, 29(2):81.
20. Schiffli, *Nephrol Dial Transplant*, 2001, 16 :1863.
21. Schindler, *Clin Nephrol*, 2003, 59(6):447.
22. Sundaram, *J Am Soc Nephrol*, 1996, 7(10):2183.
23. Tao, *Int J Artif Organs*, 2010, 33(5):290.
24. Thomé, *F Braz J Med Biol Res*, 2005.
25. Uchino, *Blood Purif*, 2009, 27(suppl1):64.
26. Ward, *Blood Purif*, 2009, 27(suppl1):2.

MAHURKAR™ QPLUS**

Cateter de alto fluxo



MAXIMIZE OS FLUXOS NA HEMODIÁLISE AGUDA

BENEFÍCIOS AO PACIENTE

- Extensões retas, curvas e cateteres pré-curvados que maximizam o conforto do paciente.

DESEMPENHO

- O material em poliuretano proporciona fácil inserção e adaptação à temperatura corporal do paciente;
- Múltiplas configurações de cateteres e tamanhos, que se ajustam a diferentes locais de inserção.

SEGURANÇA

- Asa da sutura transparente giratória que proporciona fácil visualização do local de inserção;
- Radiopaco para rápida visualização.



COVIDIEN e COVIDIEN com logotipo são marcas registradas de COVIDIEN AG. © 2010 Covidien. Todos os direitos reservados.

Av. das Nações Unidas, 12.995 Cj. 23
São Paulo - SP - 04578-000
Tel.: 11 - 2187.6200
Fax: 11 - 2187.6375

atendimento.brasil@covidiem.com
www.covidiem.com



Para que seus pacientes tenham tranquilidade,
a Baxter sempre vai mais longe.



Cicladora Automática Homechoice: a solução da Baxter que garante a tranquilidade na hora da diálise peritoneal automatizada.

Baxter

Baxter Healthcare Ltda
Av. Alfredo Egídio de Sousa Aguiar, 100, 5º andar C
Of. central comercial, 7º e 8º andares - São Paulo, SP - Cep: 04705-008
SABIA: 0800 012 8522 - www.baxter.com.br
© 2013 Baxter Healthcare Ltda. Todos os direitos reservados.
Baxter e Homechoice são marcas de Baxter International Inc.
ANVISA: 10068202122
Mar/2010

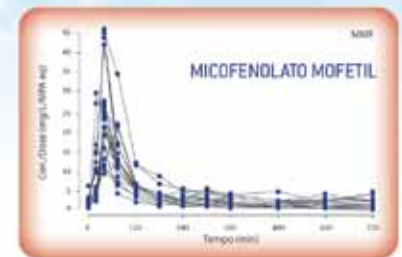
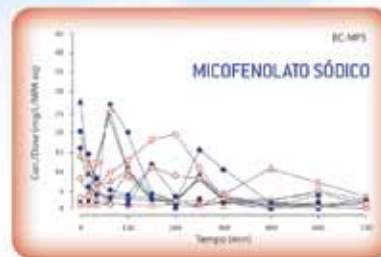


micofenolato de mofetila

Medicamento genérico lei nº 9.787, de 1999.

MAIOR ADEQUAÇÃO AO TRATAMENTO COM MENOR VARIAÇÃO FARMACOCINÉTICA™

- No transplante de órgãos a manutenção adequada da imunossupressão é essencial.^[1]
- A farmacocinética do MMF é menos variável do que a do micofenolato sódico no transplante renal.^[1]



Distribuição da concentração de ácido micofenólico em transplantados renais.^[1]

Contraindicação: em pacientes com hipersensibilidade ao micofenolato de mofetila ou ácido micofenólico.
Interação Medicamentosa: não se recomenda administração concomitante com azatioprina uma vez que ambos possuem o potencial de causar supressão da medula óssea.



A PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

MAR. 2010

telepesquisa
0800 194 194



Trabalhando sério para você sorrir.