

# SBN informa

Publicação Oficial da  
Sociedade Brasileira  
de Nefrologia

Ano 24 | Nº 111  
Julho Agosto Setembro | 2017

“A construção de uma SBN forte  
é um processo coletivo.  
Seus frutos, um benefício  
para todos”



# Com a palavra, a presidente.



Carmen Tzanno Branco Martins

Presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia

Um nefrologista brasileiro pode nascer, cursar medicina e obter sua especialização em qualquer canto do país, mas, não importa de onde for, será representado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Formamos uma entidade nacional que se beneficia do sentimento de pertencer e se fortalece com as ações de cada um de seus membros. Somos mais do que um grupo de nefrologistas, nós temos uma identidade.

Por meio de nossa sociedade, nós nos fazemos ouvir, temos voz, recebemos convites para contribuir com as políticas públicas e privadas da especialidade e, como consequência, zelamos pela educação e pelas boas práticas uns dos outros.

Outro dia, um nefrologista solicitou carta de recomendação da SBN para realizar um estágio no exterior. Enviou a tal carta já redigida, faltando apenas o logo e a chance-la com nossa assinatura, mas esqueceu-se de um detalhe: não era sócio ativo da SBN.

Recentemente, perguntei a um membro de departamento da nossa sociedade: "Por que vocês do seu departamento não prepararam nenhuma atividade ou evento com a SBN para determinada data comemorativa?", ao que ele respondeu: "Como todos nós temos nossos próprios serviços e fazemos atividades neles, não preparamos nada diretamente pela SBN".

Ambas as situações ilustram uma triste postura que ainda se faz presente em nossa sociedade. Muitos pensam no próprio currículo, no status que têm na comunidade, no seu hospital ou seu serviço, no seu município, Estado ou região sem se lembrar de que todos estes elementos estão juntos num mesmo barco, o nosso barco, aquele que chamamos de Sociedade Brasileira de Nefrologia. Sem sustentação, este navio afunda.

São atitudes como essas que temos observado com espanto e consternação. Peço a todos um momento de reflexão sobre nosso futuro, porque ele é incerto enquanto nosso presente é fugaz.

É justamente a soma de todos nós e de nossos esforços que auferem à SBN o prestígio que significa muito numa carta de recomendação ou confere credibilidade a um evento.

Ser membro da SBN exige compromisso. Afinal, a SBN tem um custo mensal elevado. É um orçamento robusto, necessário para manter a sede própria, sua contabilidade, o departamento jurídico, suas assessorias, nossa Revista Científica, os informativos, a assinatura de publicações internacionais, os programas de educação continuada, representatividade nacional e internacional, mídias sociais, a ajuda a eventos regionais e iniciativas como Dia Mundial do Rim e muitas outras; em suma, boa parte daquilo que nos confere relevância.

Lamentavelmente, se o custo é elevado, a verba de que dispomos é pequena, provém das anuidades e da receita do Congresso Brasileiro, que, por decisão de gestões passadas, tornou-se bienal em vez de anual como seus equivalentes americano, europeu e tantos outros. Em contrapartida, passamos a ter congressos regionais em vez de jornadas, cursos ou simpósios locais, com o agravante de que a renda obtida nesses eventos não é repassada para a Sociedade Brasileira. O desequilíbrio ainda é maior uma vez que o Congresso Brasileiro destina 25% de seu lucro à regional cujo Estado é a sede daquele ano.

Quais são as consequências desse desbalanço? Os patrocinadores focam apenas em congressos e seus próprios eventos (o compliance permite atividades concorrentes) e reduzem drasticamente o patrocínio oferecido à SBN nos anos ímpares quando não temos nosso evento nacional. No entanto, neste período, os custos da entidade se mantêm inalterados.

Como se não bastasse, muitas indústrias farmacêuticas, cientes do peso que representa o apoio científico da SBN, organizam cursos com palestrantes remunerados e temas de interesse próprio e decididos apenas por elas, pedindo para usar nosso logo, nossa chancela e sistema de divulgação. No entanto, em momento algum, fecham qualquer parceria de patrocínio institucional com a SBN.

Ora, são nossa chancela e logomarca registrada no INPI que garantem a credibilidade aos eventos que apoiamos, porque somos sérios. E dos eventos que apoiamos somos coparticipantes.

Desde o início de nossa gestão, temos nos empenhado em nos alinhar apenas com empresas que partilhem de nossas ideias, propostas e objetivos, companhias que estejam dispostas a estabelecer patrocínio institucional e não eventual. Queremos verdadeiros parceiros e não interessados ocasionais em oportunidades que nem sempre condizem com nossos padrões.

Dito isso, cabe refletirmos. Não seria mais benéfico para a saúde de uma sociedade de especialistas com número modesto de membros ter um congresso que aconteça todo ano a fim de garantir a sobrevivência da entidade e a representatividade nacional ao mesmo tempo em que se estimulam eventos regionais, mas de menor porte?

Pensem nisso e aguardem, para breve, o manual de boas práticas da SBN.



Sociedade  
Brasileira de  
Nefrologia

**ASSOCIE-SE: [sbn.org.br/associe-se](http://sbn.org.br/associe-se)**

## Vamos fortalecer a Nefrologia!

Ser sócio da SBN é contribuir para o fortalecimento da Sociedade, para a luta pelo mercado de trabalho e pela visibilidade científica e social.

**Mais que um sócio, seja instrumento de mudança!**

**São muitos benefícios exclusivos para os associados:**

### - Conhecimento

- 
- Descontos em Eventos e Congressos Nacionais e Internacionais, inclusive os oferecidos pela SLANH e WCN (ISN)
- Desconto no UpToDate®
- Acesso gratuito às revistas científicas da Karger Publishers:
  - American Journal of Nephrology
  - Transfusion Medicine and Hemotherapy
  - Cardiorenal Medicine
  - Blood Purification
  - Nephron
  - Kidney Diseases
- Acesso gratuito aos artigos do NDT

### - Interação

- 
- Acesso ao SBN On-line
- Acesso ao Blog Científico
- Acesso aos dados do Censo realizado pelo Comitê de Registros e Projetos da SBN
- Recebimento da revista SBN Informa

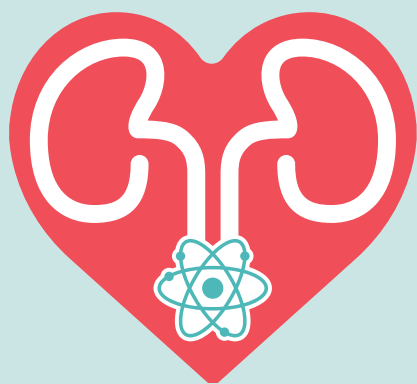
### - Divulgação

- 
- Listagem do endereço do consultório na página da SBN
- Anúncios de livros em Nefrologia editados pelo Sócio

### - Brazilian Journal of Nephrology

- 
- Indexado no Lilacs, SciELO e Medline
- 30% de editores estrangeiros no Corpo Editorial
- Remodelação de layout do site e do impresso
- 100% do conteúdo impresso em inglês
- Arquivo PDF em português no site
- Maior visibilidade internacional e melhor Fator de Impacto na Thomson Reuters





# ENCONTRO RADIO•CARDIO•RENAL

1º ENCONTRO MULTIDISCIPLINAR SOBRE DOENÇA  
CARDIOVASCULAR E USO DE CONTRASTE NA DOENÇA RENAL

-  
**Garanta  
sua vaga no  
1º Encontro  
RADIO•  
CARDIO•  
RENAL**

-  
**O evento acontecerá  
no Clube Homs,  
Av. Paulista, 735 – SP,  
nos dias 17 e 18 de  
novembro.**

O 1º Encontro Multidisciplinar de Doença Cardiovascular e uso de contraste na Doença Renal Crônica é uma iniciativa inédita que engloba quatro entidades – Sociedade Brasileira de Nefrologia, Colégio Brasileiro de Radiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia e a Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista – com o objetivo de se estabelecer uma interação e debate de temas de interesse comum aos especialistas proporcionando uma troca de experiências, além de uma atualização científica em situações clínicas que fazem parte do dia a dia de cada especialidade.

Segundo o diretor científico da SBN, Dr. Marcelo Mazza, que participa da Comissão Científica na organização e elaboração da programação, o evento irá enfatizar os aspectos referentes ao diagnóstico e tratamento por meio de um painel de discussão multidisciplinar. *“A prevalência de hipertensão e de hipertrofia ventricular esquerda em pacientes que iniciam diálise está presente em até 90% dos casos, sendo que, em algumas séries, ao redor de um terço dos pacientes com DRC têm evidência de doença arterial coronariana (com história de angina elou infarto agudo do miocárdio) no momento da consulta com o nefrologista. Temos que de alguma forma integrar o atendimento da população com doença renal junto a outras especialidades médicas, dando condições individualizadas de reconhecimento da doença cardiovascular nos pacientes que desenvolvem DRC.”*

Para o futuro diretor científico da Sociedade Brasileira de Cardiologia gestão 2018-2019, Dr. Dalton Précoma, o evento vem ao encontro com os anseios da SBC. *“Nós temos priorizado a inter-relação entre as especialidades médicas que têm interesse comum, no intuito de cada vez mais aprimorar o conhecimento por meio da capacitação do clínico prático para que o paciente seja atendido com dedicação e esmero. As doenças cardiovasculares são muito prevalentes e possuem uma fisiopatogenia multifatorial, com uma interface com outros órgãos, podendo ter influência oriunda do tratamento farmacológico por intermédio de suas interações e possíveis efeitos sistêmicos adversos. Os exames complementares, principalmente os de imagem, tiveram um avanço tecnológico surpreendente, o que torna imprescindível a discussão dos efeitos na parte renal, irradiação, possíveis consequências e cuidados a serem tomados para prevenção de danos. Por isso, esse intercâmbio de experiências é importante para prováveis ações conjuntas no futuro.”*

**INSCREVA-SE AGORA. DESCONTO PARA SÓCIOS DA SBN.**

**[www.radiocardiorenal.org.br](http://www.radiocardiorenal.org.br)**

O Dr. Marcelo José de Carvalho Cantarelli, presidente da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, lembra que a doença cardiovascular é a maior causa de morte no mundo todo, não só entre os pacientes com DRC. *“Entretanto, nesses, os passos para o diagnóstico e a decisão de qual o melhor tratamento abrange um raciocínio clínico mais amplo, interdisciplinar, e ao mesmo tempo mais individualizado enraçado da carência de grandes estudos randomizados nessa população. Diante desse contexto, a troca de informações entre as diferentes especialidades envolvidas no cuidado desse paciente é fundamental.”*

De acordo com a Dra. Adonis Manzella, membro titular do Colégio Brasileiro de Radiologia, *“o evento representa para os radiologistas uma oportunidade única de discutir temas polêmicos que fazem parte da prática diária e que por vezes são responsáveis por conflitos entre os profissionais dessas áreas. É importante conhecer a opinião e a experiência dos diversos profissionais sobre os assuntos a serem debatidos. Espera-se que o debate permita a criação de diretrizes baseadas no consenso entre as especialidades e que estas sejam posteriormente amplamente divulgadas. Acreditamos que este será o primeiro de muitos encontros similares que permitirão uma maior integração entre os especialistas e que resultarão em consensos e diretrizes tipicamente brasileiros.”*

Além disso, Dr. Mazza menciona que *“a pesquisa Amacing apontou que a não utilização de medidas profiláticas (indivíduos com aplicação de contraste de e  $RFG_e > 30 \text{ mL/min/m}^2$ ) não foi inferior ao uso de solução de salina isotônica na indução da NIC em indivíduos com  $RFG_e$  acima de  $30 \text{ mL/min/m}^2$ ”. Assim, em novembro será propício debater os resultados desse recente estudo publicado no LANCET e também a utilização de contrastes e de outros exames radiológicos nos pacientes renais.*

# CONFIRA A PROGRAMAÇÃO

## Abertura:

### Presidentes das Sociedades

- Dra. Carmen Tzanno Branco Martins – SBN
- Dr. Manuel de Souza Rocha – CBR
- Dr. Marcus Vinícius Bolívar Malachias – SBC
- Dr. Marcelo Cantarelli – SBHCl

## Sessão 1: DRC e Contrastes

- Dr. Manuel de Souza Rocha – CBR
- Dra. Carmen Tzanno Branco Martins – SBN

- Nefropatia Induzida por Contraste (NIC): mito ou realidade?  
Antonio Carlos Seguro – SBN
- Uma atualização dos contrastes utilizados no Brasil.  
Adonis Manzella – CBR
- Uso de Gadolínio em pacientes com DRC.  
Adonis Manzella – CBR

## Sessão 2: Situações especiais: uso de contraste na DRC

- Maurício Younes – SBN
- Dante Escussato – CBR
- Interpretação da creatinina e do ritmo de filtração glomerular estimado antes da realização de exames contrastados.  
Débora Miguel Soares – SBN
- Como utilizar contrastes iodados nos pacientes em diálise.  
Marcelo Rocha – CBR
- O uso de modelos preditores (ESCORES) como medida preventiva da lesão renal.  
Victor Seabra – SBN

## Sessão 3: Medidas preventivas para se evitar a Nefrotoxicidade

- Giovania Vieira da Silva – SBN
- Marinella Centemero – SBHCl
- Hidratação profilática: o que muda após o estudo AMACING.  
Marcelo Mazza – SBN
- Cuidados na administração de contraste em pacientes usando metformina e/ou IECA/ARA e outras drogas.  
Camila Eleutério Rodrigues – SBN
- Resumo da ópera: em quem, como e quando realizar a profilaxia na NIC.  
Lúcia Andrade – SBN

## Sessão 4: Síndrome Cardiorrenal

- Marcelo Mazza – SBN
- Fernando Costa – SBC
- Fisiopatologia da Síndrome Cardiorrenal.  
Fabiana Marcondes Braga – SBC
- Novas estratégias medicamentosas no tratamento da insuficiência cardíaca aplicada aos pacientes portadores de DRC.  
Victor Issa – SBC
- Exames de imagem nos pacientes com Insuficiência cardíaca.  
Carlos Eduardo Rochitte – SBC
- Estratégias dialíticas na SCR: papel da diálise peritoneal.  
Leda Lotaif – SBN

## Sessão 5: Síndrome Coronariana Aguda no paciente com DRC

- Irene Noronha – SBN
- Ibraim Masciarelli Pinto – SBC
- Avanços nos marcadores de injúria miocárdica na SCA nos pacientes com DRC.  
Roberto Rocha V. Giraldez – SBC
- Segurança e eficácia da utilização de terapias antiagregantes e antitrombóticas nos pacientes com DRC e SCA.  
Rui Fernando Ramos – SBC
- Indicações e Métodos de Revascularização Miocárdica (Intervenção coronariana percutânea no paciente com DRC).  
Expedito Ribeiro – SBHCl
- Procedimentos dialíticos no paciente com SCA  
José Suassuna – SBN

## Sessão 6: Doença Renovascular: diagnóstico e manejo

- Claudia Maria Rodrigues Alves – SBHCl
- Ricardo Pavanello – SBC
- Os exames não invasivos podem substituir a angiografia no diagnóstico da DRV?  
Denis Szejnfeld – CBR
- Terapia medicamentosa na Hipertensão Renovascular.  
Fernando Almeida – SBN
- Benefício da angioplastia nos pacientes com estenose da artéria renal. Quando realizar?  
Manuel Pereira Marques Gomes Jr. – SBHCl



**Sociedade  
Brasileira de  
Nefrologia**

**SBN Informa – Ano 24 – nº111**  
Julho Agosto Setembro – 2017

Uma publicação da  
**SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE NEFROLOGIA (SBN)**  
Departamento de Nefrologia da  
Associação Médica Brasileira (AMB)

Rua Machado Bittencourt, 205  
Conjuntos 53-54  
Vila Clementino – CEP 04044-000  
São Paulo-SP – Brasil  
Tel.: (11) 5579-1242  
Fax: (11) 5573-6000  
secret@sbn.org.br  
[www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br)

**Secretaria:**

Adriana Paladini, Vanessa Mesquita,  
Juliana Zanetti Lucas e Jailson Ramos

**Editor científico:**

Dr. Alexandre Silvestre Cabral

**Fotografia:** Divulgação

**Jornalista Responsável:**

Paula Saletti (MtB 59.708-SP)

**Redação:** Andrea Malafatti,  
Paula Saletti e Marcus Cacaís

**Revisão:**

Marcela de Baumont

**Produção Editorial:**

Time Comunicação Ltda.

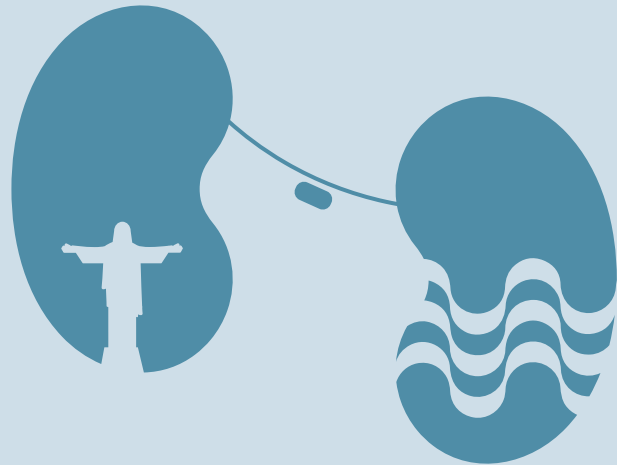
**Projeto Gráfico e Diagramação:**

Alexandre Mello

[www.alemello.com.br](http://www.alemello.com.br)

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

-  
**CBN 2018 espera  
reunir 2.500  
participantes  
no Rio de Janeiro**  
-



RIO DE JANEIRO - 2018

## CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA

**A organização também pretende  
aumentar o número de painéis  
de pôsteres eletrônicos,  
programar atividades *hands-on*  
e interativas e apresentar  
inovações tecnológicas.**

**Veja os highlights do CPN 2017  
na próxima edição.**

## Confira as especialidades-chaves do CBN 2018

Nefrologia  
Geriatría / Gerontologia  
Infectologia  
Cardiologia Intervencionista  
Radiologia  
Transplantes  
Nutrologia  
Reumatologia

Nefrologia Intervencionista  
Endocrinologia  
Cardiologia  
Hepatologia  
Epidemiologia  
Genética  
Home Care  
Oncologia

O **XXIX Congresso Brasileiro de Nefrologia** está programado para acontecer entre os dias **19 e 22 de setembro de 2018**, na cidade do **Rio de Janeiro**. Pela primeira vez, o evento será realizado no Hotel Windsor Oceânico, que possui uma ampla área de eventos inaugurada recentemente e que fica em uma área de fácil acesso, logo no início da Barra da Tijuca.

O presidente do CBN 2018, Prof. Dr. Jocemir Lugon, comenta sobre a expectativa da realização da maior confraternização científica nacional da Nefrologia no Rio: *“Como a cidade oferece uma variedade de atrações turísticas, dispõe de uma malha aérea atrativa e de uma ampla rede hoteleira e ocupa uma posição quase central no país, espera-se que o número de participantes inscritos possa alcançar 2.500. Por essas mesmas razões, a vinda de experts internacionais é facilitada permitindo a participação de grandes nomes da Nefrologia internacional que, ao lado dos experts nacionais, poderão trazer informações acerca dos últimos progressos e inovações de nossa área”*.

De acordo com o Dr. Lugon, os desafios para organizar um evento tão relevante para a Nefrologia brasileira são inúmeros e, por isso, os preparativos demandam primazia e prévio planejamento. *“Eles abrangem desde a escolha do local do evento, passando pela programação científica e social, até a escolha dos conteúdos e palestrantes que possam melhor atender aos anseios da nossa classe. Entretanto, com a ajuda dos colegas da diretoria atual, em especial, a Dra. Carmen Tzanno e o Dr. Marcelo Mazza, que trazem a experiência de ter participado da organização do congresso anterior, e da comunidade nefrológica como um todo, entendemos que essas dificuldades não se constituirão em obstáculos para que seja logrado êxito nessa iniciativa”*, ressalta.

A programação científica do próximo CBN está em fase de desenvolvimento, todavia, o fortalecimento da integração de entidades internacionais e parcerias com Sociedades

Médicas Nacionais são algumas das metas já estabelecidas. *“Estamos procurando trazer colegas de outras sociedades internacionais como a europeia e a espanhola, além dos tradicionais colegas portugueses para participarem desse evento. Espera-se, assim, a presença da American Society of Nephrology, da ERA-EDTA e do KDIGO, entre outros”*, revela o presidente.

O **CBN 2016 “Nefrologia Integrativa”**, realizado em Maceió, teve 1.945 inscritos e contou com quatro dias de intensa programação, entre palestras, mesas redondas e simpósios. Dos 726 trabalhos científicos, 508 foram aprovados para exposição de pôsteres, 96 para sessão de pôster comentado e 88 para apresentação oral.

Outro destaque foi a participação de 38% de nefrologistas sócios da SBN e 31% de estudantes de graduação, residentes e pós-graduação. A região com maior número de participantes foi a Sudeste, entretanto houve um número recorde de participantes da região Nordeste. Foram introduzidas novidades como a premiação dos melhores trabalhos apresentados, pôsteres eletrônicos, KDIGO, mesas com parcerias de outras especialidades, entre outras. O evento rendeu muitos elogios e mais de 90% dos participantes indicariam o Congresso para outros colegas.

**A Comissão Organizadora e a Diretoria Nacional da SBN convidam todos para mais um sucesso da Nefrologia brasileira em 2018. Participe! Em breve, serão divulgadas mais informações no site e nas redes sociais da SBN.**



## A escolha pela Nefrologia em épocas diferentes

A velha e a nova geração falam sobre a evolução da especialidade no Brasil

Em 1960, o número de nefrologistas não chegava a 120 em todo o país.

Dos primeiros passos até os dias de hoje, a especialidade passou por grandes mudanças, driblou obstáculos e teve a contribuição expressiva da Sociedade Brasileira de Nefrologia para seu desenvolvimento por meio da promoção de atividades científicas e na difusão da importância desses profissionais.

Considerado um marco evolutivo de toda a Medicina, o transplante renal interferiu e revolucionou a imunologia, a infectologia e a terapêutica imunossupressora e tantas outras áreas. Com quase 50 anos de experiência, o Livre-Docente em Nefrologia pela Faculdade de Medicina da USP, Dr. Pedro Renato Chocair, acompanhou e participou desse progresso. *“Certamente, foi um privilégio que o destino me reservou e sou grato a Deus e aos médicos, professores, residentes, estagiários, enfermeiros, funcionários e pacientes por tudo isso. Quanta coisa nós vivemos desde seu início. O Prof. Milton Borrelli – docente de Urologia nos dizia: vocês (nefrologistas) estão criando um novo mundo, o dos imunossuprimidos, tal o contingente de infectados por agentes até então praticamente desconhecidos. Nessa época, a Unidade de Transplante Renal (UTR) da Clínica Urológica do Hospital das Clínicas em São Paulo (HCU/USP) se transformou em um centro renomado internacionalmente de formação de transplantadores no Brasil. Quando lá entrei, tínhamos cerca de 20 a 30 transplantados, incluindo o primeiro que foi realizado no dia 25 de janeiro de 1965. A boa evolução do transplante do Walter foi um estímulo para a realização dos outros transplantes e seu nome definitivamente pertence à história da Medicina brasileira”,* conta o veterano.

Segundo o experiente especialista, o paciente renal crônico, sobretudo no passado quando as diálises ainda engatinhavam, apresentava alterações generalizadas que envolviam todos os órgãos e aparelhos do corpo humano, sem exceção. *“Era frequente encontrarmos neve urêmica com prurido quase insuportável, a chamada miocardiopatia urêmica, pericardites e tamponamentos do coração, hipertensão arterial de controle quase impossível, edema agudo dos pulmões recorrente, osteodistrofia com calcificação vascular generalizada, convulsões e outras manifestações ligadas ao Sistema Nervoso Central, sintomas digestivos variados, anemia que exigia transfusões de repetição, pois a eritropoietina veio bem mais tarde, sistema imunológico comprovadamente comprometido”,* relembra o Dr. Chocair. A diálise evoluiu muito com equipamentos modernos e conhecimento mais facilitado pela tecnologia. Felizmente, com o desenvolvimento do tratamento dialítico, as complicações da insuficiência renal foram atenuadas.

Desde a última década, a Nefrologia Intervencionista tem ganhado destaque por ser uma das áreas de atuação que mais desperta o interesse dos jovens especialistas. O coordenador do Centro de Nefrologia Intervencionista da Fundação Pró-Renal de Curitiba, Dr. Domingos Candiota Chula, membro do Comitê de Nefrologia Intervencionista da SBN, define esse campo como entusiasmante e vibrante e se orgulha de ser um dos



pioneiros nesse assunto no país. *“Aproximadamente há 13 anos, sob o incentivo e orientação do Dr. Miguel Riella, fiz parte da primeira turma e não conseguia imaginar a dimensão e as possibilidades que surgiriam. Tudo foi muito difícil. Enfrentamos a escassez de recursos didáticos, a falta de incentivo e até mesmo reprovação de algumas especialidades, além da incerteza dos resultados. Entretanto, penso que somente agora conseguimos vislumbrar os efeitos daquilo que idealizamos e desenvolvemos. A ideia da formação desse Comitê foi uma necessidade percebida de forma perspicaz pela atual Diretoria da Sociedade.”*

Chula ainda salienta que em um país com tamanha dimensão ainda existe enorme dificuldade para criar e identificar centros de treinamento e aprimoramento: *“Não consigo imaginar o futuro da Nefrologia sem a intervenção. A gama de possibilidades e oportunidades é absolutamente incrível. Existem áreas que sequer começamos a explorar, há menos de cinco anos eu mesmo não imaginava que nós, nefrologistas brasileiros, pudéssemos realizar procedimentos endovasculares com extrema habilidade e competência como fazemos hoje. É essencial que nossa Sociedade pense na elaboração e padronização do treinamento dos futuros especialistas. A Nefrologia Intervencionista acontece em todo o Brasil, a maior parte das vezes de maneira informal, dependente da necessidade e do esforço individual de colegas de especialidade, precisamos aprimorá-la e torná-la mais acessível”,* apela.

A nefrologista responsável pelo serviço de diálise peritoneal do Centro de Tratamento de Doenças Renais de Joinville e membro do Comitê Jovem Nefrologistas da SBN, Dra. Viviane Calice da Silva, defende que o jovem nefrologista precisa se envolver cada vez mais e compreender que o futuro da especialidade depende de seu envolvimento. *“Ao longo dos anos, temos enfrentado muitas dificuldades, não só como reflexo da crise econômica atual do país, mas também como consequência da baixa procura da especialidade por parte dos egressos dos cursos de Medicina. Muitos são os esforços da SBN e demais sociedades regionais para tentarem modificar essa realidade. Eu, como Jovem Nefrologista, acredito que somos formadores de opinião, especialmente aqueles que trabalham em serviços de Residência Médica, e que podemos mostrar todo o lado bom que a especialidade tem. Apesar de todos os problemas do dia a dia, me sinto motivada e apaixonada pela Nefrologia. As subspecialidades como o transplante renal e a Nefrologia Intervencionista têm muito potencial de se tornarem um atrativo para os novos médicos, pois modificam a visão do nefrologista vinculado eternamente ao serviço de hemodiálise e seus turnos, abrindo as portas para um universo diferente.”*

O tempo e os desafios são outros, mas a paixão pela Nefrologia é o que une duas gerações engajadas em melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem com a Doença Renal Crônica.



## - Prêmio Jovem Nefrologista ISN -

**D**urante o **Congresso Mundial de Nefrologia** deste ano, realizado na Cidade do México, a **Dra. Viviane Calice da Silva** recebeu o prêmio Jovem Nefrologista da ISN pelo melhor resumo clínico apresentado por jovens nefrologistas de países em desenvolvimento (ISN Young Nephrologists Awards – Young Nephrologists Best Clinical Abstracts – Developing Countries).

*“Os dados apontados nesse trabalho são referentes à Tese de Doutorado do Dr. Euclides Sacomboio pela PUC-PR, orientado pelo Dr. Roberto Pecoits-Filho e co-orientado por mim, sendo ainda uma parte de um projeto de pesquisa financiado pela ISN, o qual tinha como objetivo avaliar o desempenho diagnóstico da fita\* reagente de nitrogênio urêico salivar na detecção da Injúria Renal Aguda (IRA) em diferentes cenários. Essa conquista é importante não só pelo reconhecimento de todo o trabalho que o grupo vem realizando ao longo de mais de quatro anos do projeto, mas também por servir como incentivo para os nefrologistas divulgarem as iniciativas que têm sido desenvolvidas na luta por uma assistência melhor aos pacientes com doenças renais. Além disso, prêmios como esse trazem visibilidade para a nossa Nefrologia, abrindo novas portas para parcerias em pesquisa tanto nacionais quanto internacionais”,* comemora a jovem nefrologista.

A médica explica que a mensagem principal desse projeto é que, apesar de o nitrogênio urêico sérico não ser o método padrão ouro e tampouco estar presente nas classificações de IRA, ele é detectado na saliva através da fita reagente de nitrogênio urêico salivar. Dessa forma, a fita poderia se tornar um método, aplicado à beira do leito, para o screening ou diagnóstico de LRA em locais em que os exames laboratoriais não são disponíveis. Por ser um procedimento fácil, barato, de rápida aplicação e resultado, essa ferramenta pode auxiliar no aumento da detecção da doença em muitos lugares nos quais hoje os pacientes morrem sem sequer receberem o diagnóstico.

\*A fita atualmente vem sendo aperfeiçoada para sanar os pontos fracos detectados nos demais estudos realizados pelo grupo.

# O progresso da Nefrologia por meio do Censo

**Essa iniciativa da SBN é fundamental para conhecer a realidade do tratamento dialítico no Brasil e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas.**

Desde 2000, a Sociedade Brasileira de Nefrologia coleta anualmente dados referentes aos pacientes com Insuficiência Renal Crônica em tratamento dialítico. Com abrangência nacional, o Censo de Diálise compila informações exclusivas fornecidas pelas Unidades de Terapia Renal cadastradas, servindo de base inclusive para as instituições governamentais. A cada ano, um comitê designado realiza uma revisão e o aperfeiçoamento da pesquisa, que tem sido imprescindível para direcionar o planejamento de assistência a essa parcela da população.

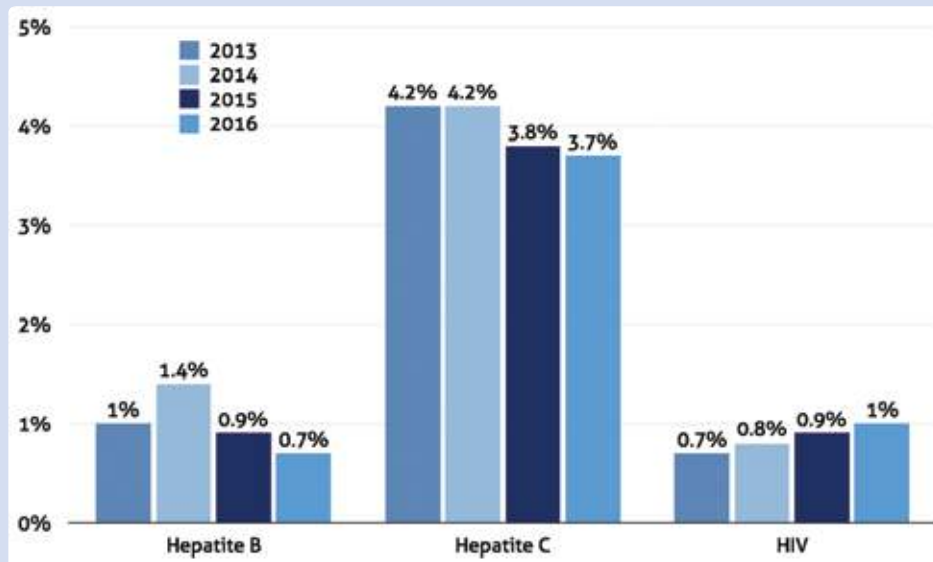
O Professor titular de Nefrologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Dr. Ricardo Sesso, um dos coordenadores do Censo da SBN e do Comitê de Registro e Projetos Nacionais e Internacionais, junto com o Dr. Jocemir Lugon (Prof. titular da Universidade Federal Fluminense), salientam que a colaboração voluntária dos centros de diálise em todo o território nacional é de extrema importância para a discussão e intermediação da Sociedade com as fontes pagadoras, indústrias e o próprio governo para delineamento da política da terapia renal no país. “A SBN faz divulgação contínua em seus meios de comunicação so-

bre a importância do envio desses dados. Desde 2010, o preenchimento do questionário é totalmente informatizado, o que permite um rápido recebimento desse material e do seu processamento. O preenchimento é fácil e muito valioso tanto para a SBN quanto para os pacientes e as clínicas. A conscientização dos responsáveis pelos Centros de Diálise para que enviem esses dados periodicamente é essencial para se conhecer de forma mais exata a realidade do tratamento dialítico, embasar decisões para melhorar a assistência e fornecer subsídios para pleitear remunerações mais adequadas.”

No primeiro estudo realizado pela SBN em 1999/2000, 510 clínicas foram contatadas via e-mail e por correspondências. Nessa época, de acordo com o levantamento, o total de pacientes em diálise era de 46.557 e 97,06% dos centros tinham convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que apenas 10,29% relataram possuir dívidas acima de R\$ 400 mil relacionadas a máquinas de hemodiálise, tratamento de água e reformas estruturais na clínica.

Em novembro de 2000, a prevalência de sorologia positiva para os vírus das hepatites B e C em pacientes mantidos cronicamente por diálise no Brasil era de 4,3% e 19,4%, respectivamente, e esse percentual reduziu anualmente, como mostra o gráfico abaixo. Para HIV, a taxa de positividade dos pacientes era de 0,3% em 2000, subindo para 1% em 2016.

**Prevalência de sorologia positiva para Hepatite B, C e HIV**





Comitê de  
**REGISTROS  
E PROJETOS**  
Nacionais e  
Internacionais  
**SBN 2016**

Atualmente, a SBN tem 747 unidades renais cadastradas e ativas com o programa crônico. O Censo de 2016, referente ao mês de julho, analisou as informações de 50.807 pacientes em diálise nas 309 unidades que responderam ao formulário. *“É um número menor do que desejávamos, mas é bastante substancial e possibilita um estudo de todas as regiões do país, sendo que a proporção dos centros que enviaram as respostas foi similar à distribuição das unidades por região. A perspectiva é que as clínicas compreendam que esse esforço é uma missão periódica e contínua, uma ação de responsabilidade médica para que possamos investir em estratégias para o constante aprimoramento da assistência aos pacientes com Insuficiência Renal Crônica”,* ressalta o Dr. Sesso.

O Censo mostra que o número de pacientes em tratamento dialítico no Brasil vem aumentando ao longo dos anos. Em 2000, a estimativa era de 42.695 e, em 2016, esse número saltou para 122.825, o que representa um aumento de cerca de 200%. As últimas estimativas nacionais das taxas de prevalência e de incidência de Insuficiência Renal Crônica em tratamento dialítico foram de 596 e 193 pacientes por milhão da população, respectivamente.

Em comparação a 2013, o número estimado de óbitos subiu de 17.944 para 22.337, em julho de 2016. A fila de espera para transplante teve uma redução estimada de quase 10%, de 32.454 para 29.268 pacientes. O relatório completo está disponível aos sócios no site da SBN e será divulgado em breve no Jornal Brasileiro de Nefrologia.

O Censo 2017 foi realizado entre 1º e 31 de agosto, tendo como referência o mês de julho. Cinco inscrições gratuitas para o **Congresso Brasileiro de Nefrologia de 2018** serão sorteadas para os centros que preencheram o questionário.

**Contribua com a Nefrologia brasileira, mantendo os dados da unidade renal sempre atualizados e participando todos os anos do Censo de Diálise. Para mais informações, acesse: [censo-sbn.org.br](http://censo-sbn.org.br) ou ligue (11) 5579-01242.**

## Comitê de Registros e Projetos Nacionais e Internacionais

### Por que é importante participar dessa pesquisa?

O Comitê de Registros e Projetos Nacionais e Internacionais da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), coordenado pelo Professor titular de Nefrologia da Universidade Federal Fluminense, Dr. Jocemir Lugon, e pelo Professor titular de Nefrologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Dr. Ricardo Sesso, foi idealizado em 2010 pela SBN com o propósito de aglutinar todas as iniciativas que visam coletar dados relativos a doenças renais em pacientes brasileiros, vinculados a projetos nacionais ou internacionais.

Hoje, 67 clínicas participam do Registro de Diálise enviando informações de cerca de 20 mil pacientes de todo o território nacional. De acordo com o Dr. Jocemir, essa estratégia de pesquisa é exclusiva e permite ter um melhor entendimento da situação da diálise no Brasil. *“No plano nacional, o projeto do Registro Brasileiro de Diálise recorre a uma plataforma baseada na web para reunir dados de pacientes virtualmente derivados de todas as regiões do país. A configuração do sistema possibilita que os elementos sejam transmitidos eletronicamente para a SBN e isso só foi possível por causa de uma estreita cooperação entre clínicos e técnicos de tecnologia, trabalhando na sociedade ou nas empresas que oferecem software de gerenciamento para os centros de diálise. Internacionalmente, pela primeira vez, a SBN se preocupa em estabelecer um canal oficial para relacionamento com a comunidade mundial com o objetivo de facilitar a viabilização de projetos que visem incorporar informações de pacientes com afecções renais em território nacional”,* explica.

Os dados enviados de pacientes individuais e da clínica permanecem sob absoluta confidencialidade e sigilo, sendo apenas utilizados para análises epidemiológicas. Nesse momento, o Comitê está envolvido com dois projetos principais: o Censo Brasileiro de Diálise e o Registro Brasileiro de Diálise. *“O diferencial entre eles é que o segundo capta a informação individual continuamente, mensalmente ou a cada três meses, fornecendo dados mais precisos e detalhados. Quanto mais informações nós tivermos, mais capacitada a SBN será para lidar com a realidade do tratamento, para propor mudanças, dialogar a receita de custos e de financiamento e sugerir novas direções. Por isso, vamos continuar com todos os esforços para que essas iniciativas sejam aprimoradas a cada ano”,* destaca o Dr. Ricardo.

**Colabore e ajude no fortalecimento da SBN.  
Para saber como cadastrar sua unidade,  
envie um e-mail para [registro@sbn.org.br](mailto:registro@sbn.org.br).**

## Monitoração nutricional é crucial para o tratamento da doença renal



A desnutrição é um dos principais fatores que afetam o prognóstico do paciente renal crônico e tem sido relacionada ao aumento da morbidade e mortalidade nessa população. Os nutricionistas são unânimes em ressaltar que o atendimento nutricional personalizado é fundamental, uma vez que a alimentação da pessoa com DRC varia de acordo com a filtração renal, o tipo de tratamento, a idade, o peso e com as doenças associadas.

A nutricionista **Cristina Martins**, mestre em Nutrição Clínica pela New York University (EUA) e doutora em Nefrologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que atualmente desenvolve um trabalho mais voltado à educação de profissionais que tratam de pacientes renais, enfatiza que todas as intervenções devem ser baseadas na individualização e o entendimento do estado nutricional de qualquer paciente deve ser prioritário. “Cada paciente é único, não há regra. Pessoas com Doença Renal Crônica morrem muito mais em decorrência da desnutrição do que de alterações metabólicas, como hiperpotassemia, ou em virtude da obesidade. Se há desnutrição, muitos dos princípios da restrição alimentar não podem ser aplicados. A prevenção e a intervenção da desnutrição é prioridade e necessita de ação rápida e muito bem focada.”

A professora doutora da Disciplina de Nutrição do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP, **Anita Sachs**, também consultora do Comitê de Nutrição da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), reforça e alerta que é importante fornecer subsídios para que os profissionais da saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros) possam dar o primeiro passo no tratamento do portador da doença renal e saibam quando encaminhar para o nutricionista: “A deterioração do quadro acontece quando a avaliação do

estado nutricional é ignorada e, muitas vezes, o paciente se desnutre na frente do médico ou do enfermeiro e isso piora bastante o prognóstico da doença.”

De acordo com a nutricionista **Camila Machado Risotto**, membro do Comitê de Nutrição da SBN, a alimentação é considerada adequada e saudável quando fornece os nutrientes suficientes para o indivíduo conforme as necessidades do momento. “Cada fase, condição de saúde, atividade e circunstância fisiológica exigem ajustes na nossa alimentação. No tratamento conservador (pré-diálise), por exemplo, os alimentos corretos contribuem para retardar a progressão da DRC, para tal o plano alimentar é realizado com controle da ingestão de proteínas, de sódio, gorduras, controle glicêmico e do consumo de alimentos fonte de potássio e fósforo. Já para o tratamento dialítico, o objetivo é melhorar o estado nutricional por meio da adequação do consumo de proteínas, controle de sódio, gorduras, potássio, fósforo e assim restabelecer a qualidade de vida do paciente”, complementa.

Para que os resultados sejam satisfatórios, o planejamento alimentar precisa contemplar, além das necessidades nutricionais, os hábitos, as preferências do paciente, as possibilidades financeiras, as condições de moradia, estilo de vida, entre tantos outros aspectos.

Segundo a Dra. Anita, em um serviço público a duração de abordagem nutricional varia entre 10 e 15 minutos e esse período não é suficiente. *“Infelizmente, o tempo é muito curto, então, procuramos desenvolver com os nossos alunos, principalmente os de pós-graduação, uma habilidade no manejo da doença renal de uma forma mais rápida e delicada possível dentro das restrições que existem em um ambiente público.”*

A parceria com os nefrologistas é primordial para o sucesso do trabalho da nutrição com os pacientes. Para a Profa. Dra. Cristina, o nefrologista é o especialista médico que o nutricionista tem mais facilidade de trabalhar e colher bons resultados. *“Ainda na faculdade, fiz um estágio no Serviço de Nefrologia do Hospital Evangélico de Curitiba, em que o trabalho era coletar dados sobre a ingestão alimentar de pacientes em hemodiálise para uma pesquisa. Nesse momento, senti o quanto a minha profissão é importante para a qualidade e sobrevida desses pacientes. Depois de formada, fui contratada para trabalhar nessa equipe cujo chefe é o Dr. Miguel Carlos Riella, e ele, como um entusiasta e conhecedor de nutrição, me incentivou muito ao conhecimento e pesquisa nessa área. Em minha experiência de mais de 30 anos com a Nutrição Clínica, posso dizer que o nefrologista entende bem as dificuldades relacionadas à nutrição do paciente e a necessidade de acompanhamento do paciente, já que ele passa por diversas fases e momentos da doença e de adaptação à alimentação”,* relata.

Martins também salienta que a alimentação é uma parte intensa da vida das pessoas e envolve não só o conhecimento das fontes alimentares e necessidades. *“Há muita emoção e sentimentos envolvidos em como um indivíduo escolhe o que e quanto come. Se não houver um relacionamento de confiança, de empatia, de compreensão, o sucesso da nutrição para a melhoria da vida e da sobrevida desses pacientes será muito pouco”,* comenta a doutora em Nefrologia.

As especialistas que integram o Comitê de Nutrição da SBN ainda lembram que o levantamento da situação nutricional e alimentar da população é essencial para a definição das diretrizes de prevenção e tratamento da doença renal. *“Realizamos em 2015/2016, o 2º Censo de Nutrição em Diálise, com participação de 78 unidades de diálise e 4.579 pacientes. Os dados preliminares foram apresentados no CBN 2016 e está em processo para publicação. Além disso, o Comitê promoveu os Simpósios Online, aproximando os palestrantes dos participantes, com interação ao vivo e o Simpósio de Nutrição no XXVIII Congresso Brasileiro de Nefrologia”,* pontua a Dra. Camila.



## Nutrição Parenteral Intradialítica: alternativa viável?

Presente em mais de 50 países, a empresa alemã B Braun possui um amplo portfólio de produtos para Terapia Nutricional, desde bombas de infusão, equipamentos e sondas até dietas líquidas em sistema fechado. A nutricionista Dra. Adriana Brandão, gerente de Marketing de Nutrição Clínica da multinacional, destaca que as linhas Nutricomp - fórmulas enterais nutricionalmente completas e Nutriflex - fórmulas parenterais prontas para o uso, atendem tanto pacientes com Insuficiência Renal Aguda quanto Crônica, principalmente aqueles que fazem diálise e que a via oral é insuficiente ou indisponível. *“Para que seja traçada a melhor conduta nutricional, esse grupo de pacientes deve ser constantemente monitorado e acompanhado por uma equipe multidisciplinar, que identificará as necessidades e limitações, respeitando o momento de evolução da doença com o objetivo de evitar possíveis complicações no quadro.”*

A especialista do Grupo B Braun aponta ainda que a Nutrição Parenteral Intradialítica (IDPN) tem sido amplamente difundida na Europa e essa questão precisa ser debatida no Brasil. *“O paciente com Doença Renal Crônica com estado nutricional comprometido se beneficia com a infusão de nutrientes, via parenteral, durante a sessão de diálise para uma efetiva reposição de nutrientes essenciais, contribuindo para a melhor evolução da doença e melhora na sua qualidade de vida. No entanto, aqui ainda temos algumas restrições para implementação dessa terapia, em razão de custos que envolvem o reembolso do SUS e convênios por hemodiálise. Como profissionais da saúde e diante de nosso comprometimento com a população, devemos fomentar essa discussão junto ao governo e às operadoras de saúde, tratando-se de um investimento e não apenas de um custo, pois o estado nutricional está diretamente relacionado a uma boa evolução desses pacientes, evitando internações, suspensão das sessões de diálise e infecções, episódios que geram custos infinitamente maiores”,* conclui.

## SBN participa do lançamento do aparelho HomeChoice Claria no Brasil

Desenvolvida pela empresa americana Baxter, a inovação tecnológica foi apresentada em junho à imprensa

O I Workshop sobre Doença Renal para a Imprensa aconteceu no dia 21 de junho no Hotel Tryp Iguaçu. Promovido pela Baxter, o evento lançou o sistema HomeChoice Claria e contou com a colaboração da presidente da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Dra. Carmen Tzanno, que abordou os aspectos da patologia e o impacto econômico e social na vida dos pacientes renais.

O aparelho equipado com o sistema Sharesource permite o acompanhamento rigoroso da Diálise Peritoneal domiciliar (DP) a distância pelo médico. A HomeChoice Claria está presente em 17 países e mais de 2 mil pacientes já utilizam o novo equipamento, sendo que metade é da América Latina. Segundo a nefrologista da Baxter, Dra. Geovana Basso, esse processo acontece por meio de uma plataforma de tecnologia bidirecional em nuvem. *“Esse novo método pretende revolucionar o mundo da diálise. Com ele, a clínica consegue visualizar diariamente o tratamento e pode intervir na terapia precocemente, caso haja algum problema. É uma inovação que aumenta a confiança na DP tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes, que se sentem mais seguros e confortáveis sendo assistidos pela equipe médica, que pode adequar e personalizar o tratamento de forma remota e eficiente.”*

A Dra. Carmen acrescenta que a expectativa é ampliar a adesão pelos pacientes ao tratamento e ter maior indica-

ção da Diálise Peritoneal pelos nefrologistas. *“A Sociedade Latino-americana de Nefrologia e Hipertensão espera que até 20% dos pacientes em diálise na América Latina utilizem a DP. Entretanto, no Brasil, apenas 7% dos pacientes utilizam esse método. Um dos motivos é a falta de conhecimento da população. Sabemos que os profissionais de saúde bem como toda a infraestrutura médica (hospitais e laboratórios) estão concentrados na região Sudeste e, por isso, algumas terapias domiciliares são interessantes e devem ser estimuladas nas localidades em que existe um número menor de clínicas.”*

Durante o workshop, Dra. Geovana citou um estudo que aponta as discrepâncias entre o que o paciente diz ao médico e o que de fato acontece na terapia domiciliar. *“Essa pesquisa mostrou o que acontece na casa do paciente e não é relatado. Os dados indicam que 24% dos pacientes perdiam um ou mais tratamentos por semana. Um em cada quatro não fazia o tratamento uma vez por semana, 7% deles perdiam nove ou mais tratamentos por mês. Ou seja, um terço do tratamento o paciente deixava de realizar. Mesmo aqueles que realizavam encurtavam o tempo conectado à máquina. Um quarto deles desligava 15 minutos antes ou ligava 15 minutos depois. Então, quando há 10% de divergência, não existe aderência. Isso gera resultados piores para esse paciente, como mais intercorrências clínicas, hospitalização e, inclusive, mais mortalidade”,* afirma a médica da companhia americana.

A presidente da SBN lembrou que as principais causas de doença renal no Brasil são o diabetes e a hipertensão arterial. *“No mundo todo, a principal é o diabetes. No nosso país, a hipertensão, e isso se deve pela falta de adesão ao tratamento e falta de informação correta. A doença renal vai acometer um número grande de pessoas, por isso, é preciso investir na prevenção para retardar os estágios finais. A Terapia Renal Substitutiva é um tratamento de alto custo e que exige equipamentos, profissionais treinados e uma série de infraestrutura de saúde mínima. E isso representa um grande impacto no sistema de saúde. Portanto, são necessárias políticas públicas e um controle dos custos sem deixar de inovar e trazer o que é de melhor para os pacientes”,* alerta.

A empresa estima que o monitoramento remoto dos pacientes economize até 36 bilhões de dólares para a indústria de saúde no futuro e já iniciou o processo de negociação com o governo para que a terapia seja oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com as operadoras de saúde.



## Zemplar e Mimpara: liberação será divisor de águas na Nefrologia brasileira

“Para os pacientes, isso representará um ganho na qualidade de vida com redução do risco cardiovascular e de morbimortalidade”

*Dr. Aluizio Barbosa de Carvalho*

A decisão da incorporação dos tratamentos para hiperparatireoidismo secundário (HPTS) foi publicada no Diário Oficial da União em setembro de 2015, mas os medicamentos ainda não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde. A promessa era de que as medicações Paricalcitol (Zemplar) e Cinacalcete (Mimpara) comesçassem a ser fornecidas na rede pública em abril de 2016. No entanto, a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS) solicitou outro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), sendo que o novo prazo para a distribuição em São Paulo está previsto para outubro deste ano e, para os demais Estados, em novembro.

O Departamento de Distúrbio Mineral e Ósseo da Sociedade Brasileira de Nefrologia tem sido o porta-voz junto aos órgãos governamentais, principalmente na luta pela criação e atualização de Diretrizes Clínicas, de PCDTs do Ministério da Saúde, de inclusão de procedimentos como a biópsia óssea e de novos medicamentos, incluindo o Zemplar e o Mimpara. Para o professor da Disciplina de Nefrologia da UNIFESP e Suplente de Diretor do Departamento DMO-DRC da SBN, Dr. Aluizio Barbosa de Carvalho, a disponibilização dessas medicações para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário à DRC será um marco na história da Nefrologia brasileira.

*“Eu ousou fazer um paralelo com o advento da eritropoetina que mudou significativamente a qualidade de vida dos pacientes com DRC. Infelizmente, o acesso dos pacientes brasileiros a esses medicamentos será tardio, já que há mais de 10 anos são utilizados nos Estados Unidos e na Europa. Esse atraso acarretou o aumento da frequência de formas gravíssimas de hiperparatireoidismo, a maioria delas deformantes, incapacitantes e que levaram muitos pacientes ao óbito. Nos últimos 20-30 anos, o tratamento clínico tem se resumido ao uso de quelantes de fósforo e calcitriol, com resultados pouco satisfatórios, muitas vezes com necessidade de interrupção da terapia em razão de importantes efeitos adversos. A única solução definitiva, até então, foi o tratamento cirúrgico, através da paratireoidectomia, mas que pela alta demanda de pacientes e escassez de serviços de Cirurgia de Cabeça e Pescoço espe-*

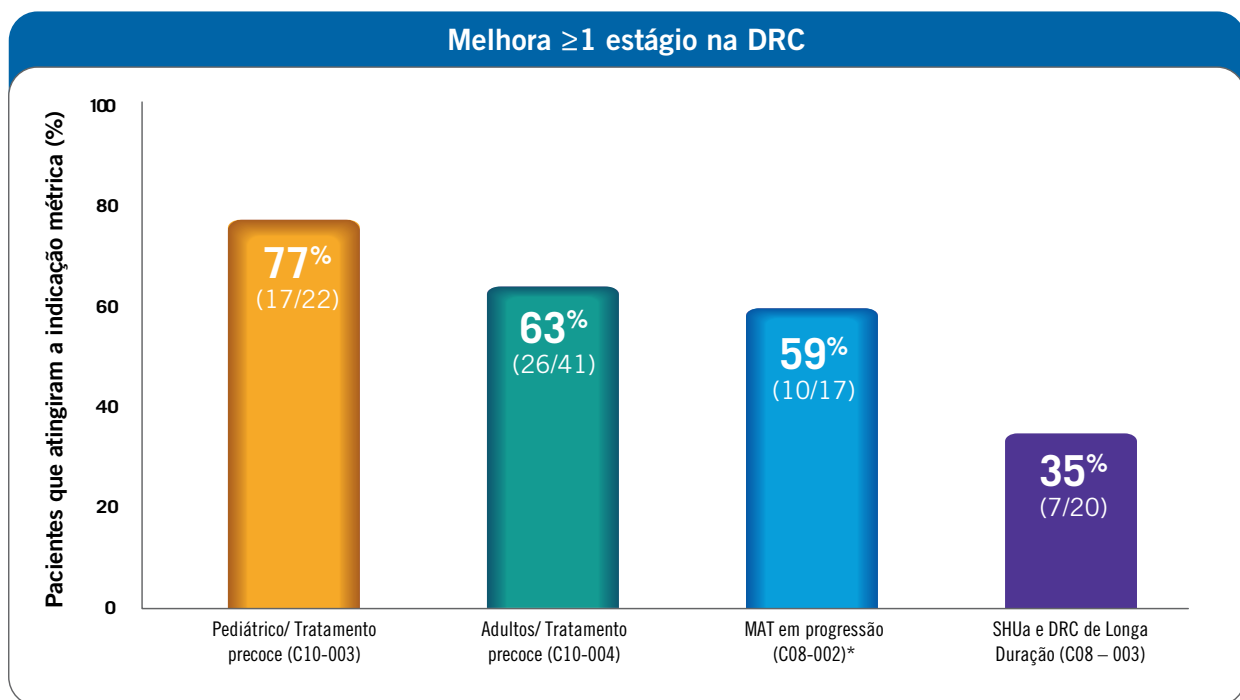
*cializados no país, não conseguiu mudar o cenário da doença nos últimos anos. Os pacientes com DMO-DRC, agora com acesso aos medicamentos paricalcitol e cinacalcete, terão a oportunidade de tratar precocemente, e de maneira adequada, a patologia. Para os pacientes, isso representará um ganho na qualidade de vida com redução do risco cardiovascular e de morbimortalidade”, comemora o especialista.*

À frente do Departamento de DMO-DRC desde janeiro de 2017, a Dra. Vanda Jorgetti destaca que as medicações deverão ser indicadas para tratar os pacientes em diálise ou aqueles que mesmo transplantados persistem com o hiperparatireoidismo. *“A principal vantagem do paricalcitol é controlar o hiperparatireoidismo sem desencadear muita hipercalcemia e/ou hiperfosfatemia. E o calcimimético é uma medicação que ‘engana’ o receptor de cálcio nas células paratireoideanas e, com isso, diminui a produção de paratormônio. Assim, os pacientes serão tratados com o que há de mais atual para controlar a doença”, avalia.*

O Dr. Aluizio ainda completa que essas drogas são adjuvantes no tratamento da doença e sempre que possível devem ser usadas concomitantemente. *“Com base na fisiopatologia do DMO-DRC, mais especificamente, do hiperparatireoidismo, o paricalcitol e o cinacalcete não são medicamentos concorrentes. É racional pensar que, por serem, respectivamente, ativadores do receptor de vitamina D e de cálcio, cujas expressões estão diminuídas nas paratireoideais de pacientes com DRC, essas medicações, juntamente com os quelantes de fósforo, teriam indicação a qualquer paciente em diálise com hiperparatireoidismo. É claro que tudo dependerá da fase, da gravidade, em que se encontra a doença. Por exemplo, pacientes com hiperparatireoidismo em tratamento conservador da DRC, na grande maioria das vezes têm sua doença controlada apenas com quelantes de fósforo e suplementação de vitamina D. Por outro lado, a paratireoidectomia continua tendo seu espaço naqueles casos graves da doença, nos quais o tratamento medicamentoso pode ser lento para controlar com rapidez o quadro clínico e evitar que sérias e irreversíveis complicações se desenvolvam.”*

# SOLIRIS® (eculizumabe)

MELHORA DA FUNÇÃO RENAL EM 26 SEMANAS DE TRATAMENTO.<sup>1, 2-5</sup>



\*Em 26 semanas

## A INTERVENÇÃO PRECOCE COM ECULIZUMABE REDUZIU A NECESSIDADE DE DIÁLISE.<sup>6</sup>

**Soliris® (eculizumabe) 300mg (10mg/ml):** embalagem com um frasco-ampola contendo 30 ml de solução estéril para diluição para infusão intravenosa. USO ADULTO E PEDIÁTRICO. - **INDICAÇÕES:** Soliris® (eculizumabe) é indicado em adultos e crianças para o tratamento de pacientes com: Hemoglobinúria paroxística noturna (HPN) e Síndrome hemolítico urêmica atípica (SHUa). Soliris® (eculizumabe) não é indicado para pacientes com síndrome hemolítico urêmica relacionada a toxina Shiga de *Escherichia coli*.

**CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao eculizumabe, às proteínas murinas ou a qualquer um dos excipientes da fórmula. A terapêutica com Soliris® (eculizumabe) não deve ser iniciada em pacientes: - com infecção por *Neisseria meningitidis* não resolvida. - que não estejam vacinados contra *Neisseria meningitidis* (a menos que recebam tratamento profilático com antibióticos apropriados até 2 semanas após a vacinação). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** Infecção meningocócica: Devido ao seu mecanismo de ação, a utilização de Soliris® (eculizumabe) aumenta a suscetibilidade dos pacientes a infecção meningocócica (*Neisseria meningitidis*). No sentido de reduzir o risco de infecção, todos os pacientes devem ser vacinados pelo menos 2 semanas antes de receber Soliris® (eculizumabe), a menos que o risco de atrasar a terapia com Soliris® (eculizumabe) ultrapasse os riscos de desenvolver uma infecção meningocócica. Os pacientes que sejam tratados com Soliris® (eculizumabe) em menos de 2 semanas após receberem a vacina meningocócica devem receber tratamento com antibióticos profiláticos apropriados até 2 semanas após a vacinação. → uma maior sensibilização referente às infecções graves potenciais e aos seus sinais e sintomas. Mulheres com potencial para engravidar: As mulheres com potencial para engravidar devem utilizar métodos contraceptivos eficazes durante e até 5 meses após o tratamento. **GRAVIDEZ:** Categoria C: Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica. Não existem estudos adequados e bem controlados de Soliris® em mulheres grávidas.

**INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** Não foram realizados estudos de interação medicamentosa.

**POSOLOGIA E MODO DE USAR:** Soliris® (eculizumabe) deve ser administrado por um profissional de saúde e sob supervisão de um médico com experiência no tratamento de pacientes com doenças hematológicas e/ou renais. Um frasco para injetáveis de 30 ml contém 300 mg de eculizumabe (10 mg/ml). Após diluição, a concentração final da solução para infusão é de 5 mg/ml. **REAÇÕES ADVERSAS:** A reação adversa mais frequente foi cefaleia (principalmente na fase inicial), e a reação adversa mais grave foi a sepse meningocócica. Atenção: este produto é um medicamento novo e, embora as pesquisas tenham indicado eficácia e segurança aceitáveis, mesmo que indicado e utilizado corretamente, podem ocorrer eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. **Nesse caso, notifique os eventos adversos pelo Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária - NOTIVISA, disponível em <http://www8.anvisa.gov.br/notivisa/frmlLogin.asp>, ou para a Vigilância Sanitária Estadual ou Municipal. SUPERDOSE:** Não foram descritos casos de sobredosagem. Em caso de intoxicação ligue para 0800 722 6001, se você precisar de mais orientações. Registro MS: 1.9811.0001.001-5. Bula de referência: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)

**Referências:** 1. Bula Soliris® (eculizumabe) ANVISA: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp). 2. Licht C, et al. Presented at: 54th ASH Annual Meeting and Exposition; December 8-11, 2012; Atlanta, GA. Poster 985. 3. Greenbaum L, et al. Presented at: 54th ASH Annual Meeting and Exposition; December 8-11, 2012; Atlanta, GA. Poster 2084. 4. Fakhouri F, et al. Presented at: 55th ASH Annual Meeting and Exposition; December 7-10, 2013; New Orleans, LA. Poster 2179. 5. Greenbaum LA, et al. Presented at: 55th ASH Annual Meeting and Exposition; December 7-10, 2013; New Orleans, LA. Poster 2191. 6. Legendre CM, et al. N Engl J Med. 2013;368:2169-2181.

Material impresso em: Julho/2017  
Material exclusivo a classe médica.

BR/SOLR/17/0009

ALEXION



# SPN NEFROLOGIA PEDIÁTRICA

## Summer Camp na Disney recebe crianças com Síndrome Nefrótica para estudo

O acampamento aconteceu de 22 de julho a 19 de agosto e contou com a participação de 19 pacientes, com idades entre 2 e 21 anos

O Summer Camp para crianças e adolescentes com Síndrome Nefrótica (SN) sem resposta ao corticoide foi idealizado pelo nefrologista **Dr. Leonardo Riella**, da Harvard Medical School e Brigham & Women's Hospital. Realizado na Disney, em Orlando, o intuito do acampamento era criar uma dieta restrita sem glúten e lácteos para que os especialistas pudessem monitorar de perto esses pacientes por um mês, garantindo a aderência ao tratamento.

Conforme explica o Dr. Riella, o mecanismo exato do impacto potencial de mudanças na dieta do controle da Síndrome Nefrótica ainda não está claro, apesar de existir vários relatos sobre o tema ao longo dos últimos 50 anos. *"Não sabemos quem são os pacientes que podem responder a essa modificação no cardápio. Nossa principal hipótese é que uma dieta livre de glúten e laticínios introduzida após o diagnóstico de SN resistente a esteroides pode diminuir a proteinúria nefrótica em pacientes que tenham hipersensibilidade a proteínas presentes no leite ou glúten. Nesse estudo, determinaremos o efeito desta dieta em: proteinúria, função renal, microbiota intestinal, estado imune sistêmico e biomarcadores renais de lesão."*





*Os pacientes também serão geneticamente caracterizados e investigados por potenciais causas genéticas da doença que podem influenciar a resposta ao tratamento e alergias alimentares não reconhecidas.”*

A equipe médica promoveu o estudo entre os colegas em todo o mundo e dessa maneira atraiu famílias dos países Bélgica, Peru, México, Brasil e EUA. Quanto à alimentação, os profissionais de cozinha seguiram ordens bem rigorosas em relação aos ingredientes e na preparação das refeições. Os alimentos utilizados eram orgânicos, isentos de açúcar processado ou sal e sem glúten e produtos lácteos. Segundo o Professor Assistente de Medicina de Harvard, os dois aspectos mais difíceis da pesquisa foram o recrutamento de pacientes por um período de um mês, longe de outros familiares e médicos de confiança, sendo que muitos tinham sido internados recentemente e necessitavam de albumina, e a organização logística do envio de amostras, declara o Dr. Leonardo.

O especialista frisa que a ideia era que cada paciente pediátrico tivesse a oportunidade de ter contato com outros jovens portadores de SN em um ambiente divertido e ao mesmo tempo didático. As atividades englobavam

workshops de pintura e cozinha, yoga, canto e malabares com artistas de circo, além de ações educacionais com os pais. “Para muitas crianças com doença renal, participar de um acampamento pode ser o primeiro passo para ganhar confiança para o futuro e entender que elas não estão sozinhas. O campo irá ajudá-las a desenvolver habilidades para viver com a patologia da melhor maneira – por meio de atividade, apoio e diversão”, diz o Dr. Riella.

Essa experiência foi patrocinada por uma família que não quer se identificar, cuja filha tem histórico de Síndrome Nefrótica refratária a todos os tratamentos e melhorou após iniciar uma dieta similar à utilizada no estudo. “Foi inspirador e tem sido gratificante liderar a equipe dessa pesquisa. Temos que agradecer-los pelo apoio financeiro e a confiança que eles nos passaram para realizar um estudo científico para avaliar outras crianças em situação semelhante.”

A análise ainda está em andamento e a previsão é de que os resultados preliminares sejam divulgados em novembro deste ano. Após completar um mês da ação, os participantes retornarão a suas dietas normais e serão testados novamente um mês depois para comparação dos efeitos.



## Nefropediatria em foco

“O número de nefropediatras ainda é muito aquém do necessário em território brasileiro”



**Marcelo Tavares**

Membro do Departamento de Nefrologia Pediátrica da SBN

A doença renal pode afetar as crianças de várias formas, desde doenças tratáveis sem consequências em longo prazo às condições de risco de morte. É uma experiência ampla e complexa que causa nessa fase grande impacto negativo sobre o desenvolvimento físico e neurológico. Embora a incidência de DRC na população infantil seja menor do que na adulta, as taxas de morbidade e mortalidade são altas.

Na entrevista a seguir, o Nefrologista Pediátrico Dr. Marcelo Tavares, consultor dos Grupos CINE-HDC-Renal-Class, Leforte e Rede D’Or e membro do Departamento de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Nefrologia, fala sobre as dificuldades da área, a falta de incentivo para a formação de novos profissionais e a importância do diagnóstico precoce. Confira!

### **SBN: Quais são os fatores de risco para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica nas crianças?**

**Marcelo Tavares:** Cerca de 40 a 50% das crianças portadoras de Doença Renal Crônica são oriundas de uropatias congênitas. Essas podem ser diagnosticadas intraútero, por ultrassonografia, ou após investigação do trato urinário após episódio de infecção urinária. Contudo, certamente outros grupos são incluídos como de risco, os filhos de pais com nefropatias (doenças policísticas), metabólicas (como oxalose, cuja primeira manifestação geralmente é por meio de litíase urinária). Hoje já sabemos que novos grupos já são considerados como de potencial evolução para DRC: as crianças nascidas prematuras, aquelas com retardo de crescimento intrauterino; pacientes que apresentaram Lesão Renal Aguda e que foram admitidos em UTI e crianças que receberam quimioterápicos para tratamento oncológico.

### **SBN: Há dados estatísticos relacionados ao número de crianças com doença renal no Brasil? Há uma estimativa de novos casos por ano?**

**MT:** Os dados do Brasil são heterogêneos, pois o acesso aos serviços de saúde varia de acordo com a região. Em estudo conduzido por Konstanyner e colaboradores em 2015 sobre a situação da diálise pediátrica no Brasil, observou-se uma prevalência de 20 casos por milhão referente à mesma faixa etária e uma incidência de 6,6 casos. A região Sul apresentou a mais alta prevalência de crian-

ças em diálise (27,7) e incidência de 11 casos por milhão referente à faixa etária. A prevalência e incidência mais baixa foram encontradas nas regiões Norte e Nordeste, com 13,8 e 3,8, prevalência e incidência, respectivamente.

### **SBN: Quais são os principais desafios para a Nefrologia Pediátrica no Brasil?**

**MT:** A Nefrologia Pediátrica possui grande interface e necessidade de abordagem multidisciplinar. A grande proporção de casos urológicos aponta para uma necessidade de interação com cirurgiões pediátricos e urologistas com interesse em Urologia Pediátrica. De modo semelhante, a distribuição desses tipos de profissionais não é homogênea no Brasil. Isso faz com que várias crianças sejam transferidas para as regiões Sul e Sudeste para correção de malformações do trato urinário, seja para retardar a progressão da DRC ou para preparo para o transplante. O incentivo à formação de profissionais especializados passa por várias instâncias, desde governamental, mas também pessoal. Existem vários colegas pelo país fora que receberam formação consistente em Nefropediatria, mas que não tiveram condições satisfatórias para exercer o cuidado a pacientes nefropatas em seus Estados: carência de estrutura como UTIs e unidade de diálise e transplante preparadas para receber crianças, ou de profissionais como cirurgiões. Além disso, vale lembrar que para a formação adequada é necessária residência em Pediatria que foi estendida para três anos e, posteriormente, mais dois anos de Nefrologia Pediátrica. Vários centros já oferecem uma terceira residência em transplante pediátrico. Esses profissionais superespecializados devem ser incentivados a se dedicar à especialidade, pois o número de nefropediatras ainda é muito aquém do necessário em território brasileiro. Muitos se dedicam somente à atividade ambulatorial exclusivamente, pois em muitos locais, apesar de haver demanda, não são criados novos centros de diálise e transplante, principalmente por falta do chamado “retorno financeiro”. Essas lacunas na sociedade poderiam

ser preenchidas por centros que os governos em qualquer instância (municipal, estadual e federal) deveriam criar.

**SBN: Quais são as consequências do diagnóstico tardio nas crianças e qual é a recomendação para que o diagnóstico seja precoce, uma vez que na fase inicial a doença renal é silenciosa?**

**MT:** As características das crianças com problemas renais têm sido mais reconhecidas nos últimos anos do que há duas décadas. Ultrassonografistas estão mais atentos ao diagnóstico de malformações do sistema urinário. Pediatras estão investigando mais pacientes com infecção urinária e detectando mais condições que levam à DRC. Mais crianças estão sendo diagnosticadas com DRC, mas tudo isso é fruto de maior acesso à saúde. Contudo, não basta fazer o diagnóstico precoce, pois em várias regiões do Brasil não há um fluxo definido para que esta criança seja tratada adequadamente. Esse paciente e sua família terão muita dificuldade em investigar e tratar uma condição tão séria como a DRC se estiver no interior, muito longe de algum grande centro (o que ocorre muito frequentemente nas regiões Norte e Nordeste). Outro fato angustiante para aqueles profissionais que atendem pacientes pediátricos com DRC é a ausência de centros dialisadores e transplantadores em capitais de alguns grandes Estados brasileiros, levando à necessidade de deslocamento por centenas ou milhares de quilômetros para atendimento especializado.

**SBN: De que maneira é possível prevenir a doença renal desde cedo?**

**MT:** Acredito que uma maior interface com nossos colegas atuantes na atividade de cuidados primários, sejam pediatras ou médicos do Programa de Saúde da Família, é fundamental para o reconhecimento precoce de crianças que estejam em condições de risco. A detecção precoce de malformação durante a gestação, reconhecimento de filhos de pais nefropatas e investigação precoce de crianças que apresentem deficiência de crescimento podem levar ao diagnóstico precoce, mas a implementação de um fluxo de cuidados adequado para o seguimento desse paciente é fundamental. Como fazer isso em um país de dimensões continentais, tão heterogêneo e que nem mangueiros pediátricos adequados para diferentes faixas etárias possuem na maioria de suas Unidades Básicas de Saúde? Tudo ainda permanece um grande desafio. A comunidade nefrológica pediátrica, de modo similar à comunidade de adultos, deve reverter uma tendência de falta de profissionais que ocorrerá em alguns anos caso nada seja feito.

**SBN: Em qual faixa de idade, a doença renal é mais prevalente nas crianças?**

**MT:** A questão seria em qual região e sob quais condições. Em locais cujo acesso é muito difícil, os pacientes acabam muitas vezes por morrer antes de chegarem a um centro especializado. Nas regiões Sul e Sudeste, onde o acesso é

melhor, a proporção de crianças mais novas, abaixo de cinco anos, é maior do que em outras regiões. Mas a maioria ainda é de escolares e adolescentes.

**SBN: Quais são as principais recomendações aos pais de crianças diagnosticadas com a doença renal?**

**MT:** Informação é o segredo do tratamento de qualquer doença crônica. Prover informação de qualidade é obrigação da equipe de saúde, desde a recomendação de quais medicamentos não se deve usar (como anti-inflamatórios, muito prescritos em Pediatria, principalmente pela palatabilidade e efeito antitérmico) e o acesso ao profissional qualificado. Muitas vezes a criança que tem um problema renal apresenta uma intercorrência e acaba sendo atendida por médico que não possui conhecimento das particularidades a respeito daquela determinada doença. Reitero de que essas particularidades devem ser, na medida do possível, passadas à família e o acesso à equipe cuidadora também deve ser assegurada, seja presencialmente ou não. Muitas vezes as crianças retornam para seus Estados e intercorrem lá. A necessidade de contato do médico local com a equipe cuidadora deve ser valorizada e preenchida.

**SBN: Para finalizar, tem algum ponto que queira destacar?**

**MT:** Apesar de a prevalência da DRC ser menor na população pediátrica do que em adultos, a necessidade de mão de obra mais especializada e de equipamentos específicos, como linhas e filtros (no caso de diálise), pessoal especializado (enfermeiras, assistentes sociais e nutricionistas que sejam experientes com pacientes pediátricos) e maior interface com outros especialistas tornam o crescimento da especialidade um grande desafio. A carência de tais condições leva ao desincentivo ainda maior aos novos profissionais, que levam ainda mais tempo para se formar. Maior incentivo deve ser dado pela esfera pública à formação de profissionais, mas também ao estabelecimento de pelo menos um grande centro de referência em Nefrologia Pediátrica para cada Estado da Federação.

## NOVIDADE!

**No primeiro semestre de 2018, acontece o Congresso Brasileiro de Nefropediatria, em Curitiba-PR.**

Um dos objetivos do evento é atrair, além de nefropediatras, pediatras gerais, alunos e outros especialistas.

**Mais informações em breve. Aguardem!**

# Mais um capítulo da crise da Nefrologia no Brasil



Em meio às turbulências políticas e econômicas do país, a SBN luta para preservar a qualidade dos serviços de diálise e garantir a segurança do paciente

A carência na área da saúde é enorme – faltam equipamentos, medicamentos essenciais e profissionais. Mais de 122 mil pessoas estão em diálise no Brasil e o panorama da doença renal é delicado e alarmante. Nos últimos 15 anos, o número de pacientes cresceu 300%, mas a proporção de locais que realizam o tratamento não acompanhou essa alta demanda, aumentando apenas 34% no mesmo período. O problema relacionado ao subfinanciamento da diálise é nacional e o reembolso inadequado que não cobre os custos preocupa os nefrologistas brasileiros.

De acordo com o diretor de Políticas Associativas da Sociedade Brasileira de Nefrologia, Prof. Dr. Miguel C. Riella, das 750 clínicas de diálise no país, 90% são privadas e se encontram em regime pré-falimentar. Nas grandes cidades, em que há um percentual de 10 a 20% de pacientes conveniados, a sobrevivência tem sido cada vez mais difícil. As clínicas localizadas em pequenas cidades, quase sempre com 100% de cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), estão falidas. *“Como consequência, os centros de tratamento estão sendo comprados por multinacionais e em pouco tempo teremos a cartelização da diálise. Hoje, as clínicas espalhadas por todas as regiões não têm como sensibilizar o Ministério de Saúde e reivindicar melhor reembolso. Mas os carteis têm, porque dominarão o mercado. Exemplo disto é a suspensão de entrega de bolsas de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) no Nordeste”*, declara.

Há mais de 25 anos, a SBN se esforça para implantar um Registro Nacional de Diálise. *“Os dados da APAC atual são exíguos, não nos ajudam muito. A implantação de qualquer política na Terapia Renal Substitutiva necessita previamente de informações. Impossível na situação atual. Os únicos dados existentes hoje são do Censo da SBN. Um Registro só funcionará se atrelarmos o pagamento ao fornecimento de dados. Para isto deve existir uma cooperação entre SBN e Ministério da Saúde”*, defende o Dr. Miguel.

## Impacto da crise no Amazonas

O Amazonas vem sentindo a crise com maior intensidade e a situação é considerada crítica pelos especialistas. Hoje, há pouco mais de 1.000 pacientes em diálise no Estado. São quatro clínicas privadas, uma público/privada e outra exclusivamente pública. Todas estão localizadas na capital, e isso faz com que os pacientes interioranos precisem emigrar e levar uma vida de extremas privações. Os dados de mortalidade são pouco precisos, no entanto, a Associação de Pacientes Renais Crônicos afirmou que, em 2016, 78 pacientes morreram na fila de espera por vagas.

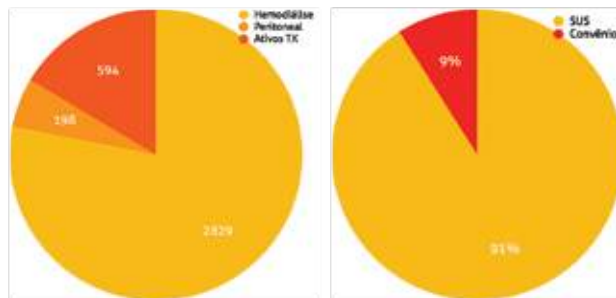
Segundo informações dos prestadores de serviço das unidades de urgência, atualmente há 102 pacientes à espera de vagas, dialisando em unidades de urgência, com intervalos interdialíticos irregulares, muitas vezes determinados por dados laboratoriais, impondo que os profissionais escolham quem dialisa ou não. As atividades ambulatoriais desenvolvidas pelos nefrologistas ainda se mantêm, mas o transplante renal está suspenso na região há quase sete meses, sem previsão de retorno. A presidente da Regional Amazonas da SBN, Dra. Karla Petruccelli, relata que os atrasos do **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC)** têm sido sistemáticos, mesmo com o constante acompanhamento e insistência junto ao órgão.

*“Falta de medicamentos na alta complexidade, especialmente os destinados ao tratamento do Distúrbio Mineral Ósseo, o que limita muito as nossas opções terapêuticas. Há uma tremenda dificuldade para realizar paratireoidectomias, sendo que apenas um hospital na cidade faz essa cirurgia pelo sistema público. Mas, em minha opinião, a crise atingiu principalmente a diálise peritoneal, que seria uma alternativa ideal para um Estado das dimensões do nosso. O impasse entre a indústria e o gestor estadual se arrasta há quase dois anos, período no qual ficamos impedidos de iniciar novos pacientes na modalidade, pois os preços cobrados pela indústria são superiores ao valor repassado pelo SUS, o que implicaria em complementação financeira por parte das clínicas que o fizessem. E ainda há mais um detalhe: em função das grandes distâncias, que encarecem os fretes, a indústria só traz os insumos da DP até Manaus, ficando o Estado responsável pelo transporte até o domicílio dos pacientes, o que já implicou em atrasos na entrega em algumas ocasiões”,* lamenta Petruccelli.

O atual cenário também limitou os investimentos necessários à ampliação de vagas e o projeto de criação de mais duas clínicas parece ter sido abortado em função da redução da arrecadação do Estado. Os atrasos contínuos por parte da Secretaria de Saúde, em especial no que se refere aos procedimentos custeados pelo Tesouro Estadual, já forçou prestadores a procurarem auxílio bancário. Para a Dra. Karla, não há condições de aumentar o prejuízo, uma vez que os procedimentos são deficitários. *“Os prestadores têm sido obrigados a praticar uma verdadeira ‘ginástica’ financeira para equilibrar seus orçamentos. Os atrasos não são exclusividade do setor público, uma das maiores operadoras de saúde locais chegou a atrasar até seis meses o repasse referente a seus usuários. Os gestores atribuíram esse episódio, entre outros motivos, ao elevado número de demissões no Distrito Industrial de Manaus, principal contratante de planos de saúde empresariais na cidade.”*

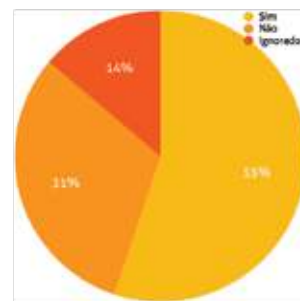
## Sul

Conforme a Pesquisa da Sociedade Catarinense de Nefrologia, realizada em agosto de 2017, há 3.028 pacientes em diálise no Estado, sendo que 91% são atendidos pelo SUS. O gráfico abaixo mostra os números de pacientes em HD, PD e TX de Santa Catarina:



3028 Pacientes em diálise

O estudo aponta que a grande maioria das clínicas corresponde ao setor privado e apesar de a região apresentar um sistema de transplante eficiente, a defasagem de pagamento das sessões de diálise, nos últimos meses, tem gerado falta de vagas para diálise em algumas cidades, com pacientes permanecendo internados para terapia dialítica. De acordo com o presidente da Sociedade Catarinense de Nefrologia, Dr. Leonardo Claudino Ribeiro, há um esforço intenso para conseguir atender integralmente os pacientes e manter a qualidade. *“Devido ao pesado subfinanciamento do tratamento dialítico, os centros de diálise estão recorrendo a outras fontes, como doações, renegociações de preços e endividamentos.”*



Fonte: Pesquisa SCN agosto/2017

Ribeiro também enfatiza que as clínicas têm dificuldades para promover atualizações tecnológicas e a maior parte delas apresenta dívidas. *“A Sociedade está atuando junto à Secretaria Estadual de Saúde na busca de complementações no pagamento de sessões e das fístulas e no custeio dos exames, porém, não há hoje uma perspectiva positiva. Há o estímulo às clínicas para buscar recursos na esfera municipal, pois há o entendimento que estes seriam os mais prejudicados em uma eventual interrupção do atendimento. Buscamos ações cada vez mais amplas e uma união entre os colegas nefrologistas, para que deste modo tenhamos mais força para enfrentar as adversidades que nos são impostas. Em Santa Catarina, temos um perfil de clínicas menores que atendem a demanda regional com uma porcentagem muito grande de pacientes do SUS. Por isso, as políticas públicas têm papel fundamental na manutenção dos serviços e se não houver mudança no cenário certamente haverá prejuízo no atendimento”,* conclui.



# Clínicas do Rio de Janeiro também sofrem com atrasos nos repasses

De acordo com reportagem do Portal O Dia, em maio deste ano, cerca de 550 pacientes corriam o risco de ficar sem o tratamento de diálise, em função da falta de pagamento da prefeitura, em Duque de Caxias.

No dia 26 de setembro, o Jornal Extra publicou que representantes da Associação dos Renais e Transplantados do Estado do Rio de Janeiro (Adreterj) e de clínicas de hemodiálise conveniadas ao SUS de São Gonçalo, Duque de Caxias e Nova Iguaçu se reuniram com a Defensoria Pública da União em busca de uma solução para a crise que já ameaça deixar mais de 1.000 pacientes renais crônicos sem tratamento.

Segundo a matéria, a prefeitura de São Gonçalo tem uma dívida de R\$ 1.173.719,67 com a Clínica Nefrológica, responsável pela diálise de 430 pacientes neste município. Em Nova Iguaçu, o débito chega a R\$1.751.136,01 com a Clínica de Doenças Renais (CDR), responsável pelo tratamento de 352 pacientes renais pelo SUS.

Na tentativa de contornar esse quadro, os Centros de Diálise de Duque de Caxias solicitaram ajuda da SBN. A presidente, Dra. Carmen Tzanno, assim que recebeu o ofício, entrou em contato imediatamente com o Ministério da Saúde. *“Após a reivindicação da SBN, foi enviado ofício pela Diretoria do DAET-MS (Departamento de Atenção Especializada e Temática) solicitando ao gestor local que honrasse a parceria com o MS referente à descentralização da saúde no repasse de recursos aos prestadores. Todos os repasses foram realizados para o município e estão em dia. Portanto, agradecemos a atenção dispensada a nossa demanda e esperamos que esta situação se normalize o mais breve possível”,* comunica a Dra. Carmen.

O representante das unidades Prontocardio e Segumed, José Watari, lamenta que *“hoje o setor de Nefrologia enfrenta uma crise sem precedentes, que passa pela remuneração muito aquém do necessário e os reajustes não acompanham sequer a inflação, sendo que as exigências são cada vez maiores, e poderiam ser positivas desde que fossem acompanhadas por reajustes capazes de cobrir esse impacto no aumento dos custos do tratamento. Não somos contrários à ampliação do controle de qualidade e aos novos procedimentos, entretanto, precisamos que ocorra esse reajuste para que as unidades não sejam prejudicadas, e o pouco que nos pagam não está sendo pago em dia. Trata-se de uma verba carimbada que já foi aprovada pelo Ministério da Saúde, e o que está ocor-*

*rendo em muitos municípios é apropriação indébita dos recursos públicos. É uma verba com finalidade específica para um tratamento tão importante que é a diálise. No Estado do Rio de Janeiro, mais especificamente na Baixada Fluminense, a situação está bastante catastrófica. Nas nossas unidades em Duque de Caxias, o atraso chega há quase seis meses. Até a posição do dia 22 de setembro, a dívida da prefeitura chegava a R\$ 4.800.000. Desde a carta que nós redigimos, eles pagaram alguns valores em aberto, mas ainda há cinco competências em aberto. Apesar de todo esse empenho e esforço, nenhuma ação concreta e definitiva foi consumada até o presente momento.”*

## Revisão, pagamento e comprometimento, preconiza o Dr. Daniel Calazans

O presidente da Sociedade Mineira de Nefrologia, Dr. Daniel Calazans, salienta que Minas Gerais é o segundo Estado com maior prevalência em doença renal, com mais de 16 mil pacientes dialisando, com estimativa de uma prevalência de 786 pacientes por milhão de habitantes. *“Isso mostra que é um território bastante grande e heterogêneo, mas que sofre com a falta de leitos de Terapia Renal Substitutiva. São 77 microrregiões, sendo que 22 delas não dispõem de tratamento dialítico. Apenas 40% dos serviços atendem aleatoriamente e os pacientes muitas vezes são desassistidos e a maior porta de entrada é pela de urgência e emergência. Portanto, seria necessário avançarmos na prevenção e incentivar o progresso da portaria 389. O valor da hemodiálise no Brasil é muito menor, quase a metade do valor de reposição na Argentina, por exemplo. Portanto, revisão e comprometimento com o pagamento são fundamentais. Nos últimos anos, enquanto a inflação subiu mais de 60%, o reajuste da diálise foi de apenas 7%.”*

## Sergipe realizou Fórum para buscar soluções

A ARCRESE – Associação de Renais Crônicos e Transplantados do Estado de Sergipe promoveu nos dias 26 e 27 de setembro, o I FÓRUM de Pacientes Renais de Sergipe. O evento teve como objetivo geral relatar à sociedade as dificuldades enfrentadas pelos Renais na busca por um tratamento digno no Estado.

*“Eu costumo dizer que o problema do renal crônico começa da descoberta da doença até o pós-transplante, a cada ano essa crise vem se agravando, especificamente no que se diz respeito a uma política pública que contemple essa linha de cuidados que deve acompanhar o renal crônico. Hoje, a gente vê clínicas sendo fechadas por falta de recursos, a falta de medicamentos para os transplantados, a falta de atenção dos governos com relação à política de transplante, toda essa crise, todo esse amálgama vai levar a uma situação muito complicada no futuro, então, isso tem preocupado a nossa associação, pois sabemos que o número de pacientes que adentram a rede pública com doença renal vem aumentando a cada dia. Essa crise traz preocupação porque antevê um futuro muito incerto para a nefrologia no Brasil”,* queixa-se o presidente da ARCRESE, Lúcio Alves

O evento contou ainda com a participação vice-presidente Regional Nordeste da SBN, Dr. Kleyton Bastos. *“Os principais pontos são: a sustentabilidade financeira, ameaçada por compreensão equivocada por parte do gestor de que ganhamos muito, a pouca procura pela especialidade por parte de novos médicos e a falta de interesse relativa à criação de novos serviços, o que contrasta com a baixa prevalência em TRS no Brasil (586/milhão), metade do Chile e 1/3 da Espanha. Além disso, falta de representatividade nos anos que antecederam a nossa gestão, inclusive com a convivência relacionada à portaria atual. Contudo, nós agora estamos representados e não nos calaremos”,* afirma.

## RDC 11 – Fim do reuso e o impacto financeiro nas clínicas de diálise

A SBN e a Associação Brasileira do Centro de Diálise e Transplante (ABCDT) têm participado de reuniões com a gerência geral de tecnologia em serviços de saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) juntamente com o Ministério da Saúde para discutir a Resolução Diretora Conveniada (RDC) 11, que estabelece o descarte das linhas arteriais e venosas do sistema da hemodiálise.

*“Não há nenhuma evidência internacional e mesmo a experiência dos serviços de diálise no Brasil nos últimos 40 anos de que o reuso seja responsável por maior morbimortalidade. Os episódios febris às sessões de diálise não são pelo reuso, mas sim pelo uso de catéteres venosos centrais. O único beneficiário no descarte das linhas será a indústria das linhas, já que as clínicas terão um custo maior. O suposto aumento de R\$ 8,47 dado no início deste ano já foi de imediato consumido pelo aumento das linhas pela indústria. A SBN e ABCDT, assim como a Associação Brasileira de Pacientes Renais Crônicos, se posicionam a favor do USO ÚNICO, ou seja, descarte do filtro e das linhas. O “meio reuso” da ANVISA é inaceitável e aumentará o risco de infecções”,* reforça o Dr. Miguel Riella. As entidades propõem que o reembolso seja o mesmo dos pacientes portadores de hepatite B e C e HIV.

Outra questão que vem sendo discutida é a impossibilidade de cumprir as metas de indicadores clínicos da portaria 389, que organiza a linha de cuidados à pessoa com a Doença Renal. A falta de incentivo para adoção da diálise peritoneal (DP), que hoje representa apenas 7% dos atendimentos, é explicada pelo Dr. Riella. *“É preciso entender a razão desse quadro atual antes de impor taxas para o crescimento da diálise domiciliar. O reembolso de R\$ 2.511 por paciente/mês, por exemplo, na diálise automatizada é repassado integralmente à indústria. A clínica recebe R\$ 358 para pagar a equipe profissional, o aluguel do espaço, água, luz, telefone, etc. A DP há mais de 30 anos não tem um código para se internar um paciente com peritonite relacionada ao tratamento e a clínica que arca com o recurso terapêutico.”* O especialista ainda destaca que nenhuma ação tem sido tomada para reduzir as consequências das complicações decorrentes do acesso vascular, como infecções relacionadas ao catéter, hospitalizações prolongadas e uso de antibióticos, o que gera um custo altíssimo para o gestor.



A SBN esteve presente também na audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, realizada a pedido dos deputados Luiz Henrique Mandetta (DEM-MS) e Silas Freire (PODE-PI) para discutir a hemodiálise no país e a situação dos pacientes renais crônicos. Mandetta, que tem contribuído para esse diálogo, disse na ocasião que ao se trocar só as vias, o Ministério da Saúde estará agregando um custo, mas mantendo o mesmo tipo de tratamento, e sugeriu que o governo realize um estudo nacional para analisar o impacto do tratamento no país, uma vez que a decisão da ANVISA foi baseada em experiências internacionais.

Para o superintendente da ABIMO – Associação Brasileira da Indústria de Artigos e Equipamentos Médicos, Odontológicos, Hospitalares e de Laboratórios – Paulo H. Fraccaro, muitas frentes precisam ser trabalhadas. *“A nossa missão é fortalecer a fabricação no Brasil e ajudar as empresas no que se refere à área tributária, na interlocução com o governo, com planos de saúde e parlamentares. Ninguém é contra o descarte, a resposta é financeira. A descartabilidade não só das linhas como também dos filtros só será possível à medida que os reembolsos para esses serviços forem no mínimo suficientes para cobrir os gastos que virão com o fim do reúso. Além disso, não é só o reajuste no procedimento que poderá resolver a situação, muitas vezes as leis exigem que as clínicas realizem um determinado serviço, que em outros países já não existem mais essa obrigatoriedade e, nesse sentido, a ABIMO pode mostrar essas discrepâncias para o Ministério da Saúde para que o reembolso seja mais rentável.”*

Apesar de ainda não haver uma posição definida sobre o tema, o diretor da SBN considerou as reuniões proveitosas. *“O ministro entendeu nossas reivindicações e determinou uma assembleia imediata com a equipe do MS, que culminou na suspensão da portaria 389 e uma revisão de todos os aspectos apontados pela SBN como impossíveis de serem cumpridos. Foi demonstrado que muitas das nossas sugestões reduziram custos e poderiam servir para aumentar o reembolso defasado da diálise.”*

## De olho na reforma tributária

No dia 3 de agosto, o deputado federal Luiz Carlos Haully, relator da reforma tributária, apresentou o conceito da proposta e os impactos das mudanças na área da saúde na sede da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp). O projeto, que está sendo discutido na Câmara dos Deputados, pretende eliminar a cobrança de impostos sobre remédios e comida, além de zerar os tributos sobre máquinas e equipamentos e as exportações.

A reforma inclui a extinção de 10 tributos (IPI, IOF, CSLL, PIS, Pasep, Cofins, Salário-Educação, CideCombustíveis, todos federais; ICMS estadual e ISS municipal). A ideia é criar um imposto sobre o valor agregado de competência estadual, chamado de Imposto sobre Operações com Bens e Serviços (IBS), e um imposto sobre bens e serviços específicos (Imposto Seletivo), de competência federal.

Em seu discurso, Haully ressaltou que a saúde custa aproximadamente R\$ 500 bilhões por ano no Brasil, sendo metade desse valor para o setor privado e a outra para o público. Sendo que R\$ 80 bilhões são investidos em medicamentos. Segundo ele, a desoneração pode reduzir o custo em cerca de R\$ 26 bilhões.

Durante o encontro, o coordenador titular do Comitê da Cadeia Produtiva da Saúde e Biotecnologia da Fiesp (ComSaude), Ruy Baumer reconheceu que a tributação encarece a saúde para a população e espera que a medida seja estendida aos insumos de saúde.

Também participaram do encontro o diretor titular do departamento jurídico da FIESP, Hélcio Honda, o presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), Francisco Balestrin, o diretor titular adjunto do ComSaude, Paulo Henrique Fraccaro, os advogados Karem Jureidini Dias e Renato Nunes, além de lideranças do setor. A reforma tributária ainda está em fase de estudos e o texto deve passar por vários ajustes até ser formalizado como relatório ou parecer apto para votação.





**NO AR, MAIS UM CAMPEÃO DE AUDIÊNCIA!**

PODCAST  
**SBN**

Confira a partir de 23 de outubro de 2017  
no site da SBN:

Dr. Marcelo Mazza e Dr. Cristian Riella  
conversam sobre

•Nefrologia e Genética•

[sbn.org.br](http://sbn.org.br)

# Hipernatremia em pacientes críticos

**Dr. Frederico Ruzany**  
Nefrologista  
fruzany@gmail.com

Após a admissão em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), a hipernatremia se desenvolve em 4,3% dos pacientes.

A hipernatremia tem associação independente com 40% de risco de mortalidade hospitalar, 28% de aumento no tempo de internação e se relaciona à velocidade e à intensidade dessa alteração, mas não com a sua duração.

*(Michael D. Waite, Intensive care unit-acquired hypernatremia is an independent predictor of increased mortality and length of stay. Journal Critical Care (2013 - Volume 28, Issue 4, Pages 405-412)*

A hipernatremia é um estado de hiperosmolaridade que inicialmente atinge o compartimento extracelular, mas em 24-48 horas ocorre um equilíbrio osmótico passando a afetar igualmente o espaço intra como extracelular. O sódio tem uma distribuição principal nos líquidos extracelulares, porém, na hipernatremia o aumento da osmolaridade atinge todos os compartimentos.

A hipernatremia ocorre por dois possíveis mecanismos: déficit de água ou excesso de sódio. Esse último é raro e pode ocorrer em lactentes com erro na formulação de soluções para nutrição, ou por infusão de grandes volumes de soluções de sódio hipertônico em qualquer grupo de pacientes.

A maioria dos casos se deve ao déficit de água corporal, que pode ser por falta de aporte ou de acesso, e por perda de água sem reposição adequada como as perdas de líquido corporal hipotônico associado à sudorese, perdas digestivas ou perda urinária.

Quando ocorrem pequenos aumentos da osmolaridade, receptores osmóticos centrais promovem a sensação de sede e a busca pela água, paralelamente também ocorre a liberação do Hormônio Antidiurético (HAD) – vasopressina – que atua nos receptores do túbulo renal distal aumentando o número de canais de água – aquaporinas –, permitindo o movimento da água da luz tubular para o interstício renal hipertônico.

Os seguintes fatores são determinantes da hipernatremia por incapacidade de obter ou de reter água: deficiência nos mecanismos da percepção de sede, incapacidade de liberar HAD, falta de receptor renal para o HAD, redução na capacidade de gerar ou mobilizar aquaporina para a superfície das células tubulares distais, deficiência de hipertonicidade na medula renal ou a presença de substâncias osmoticamente ativas no fluido tubular distal.

## I - Diurese osmótica

Quando uma urina está repleta de moléculas osmoticamente ativas (glicose, manitol, ureia, etc.), ocorre uma perda desproporcional de água em relação à concentração de eletrólitos.

A depuração de água em relação à depuração osmótica é calculada pela diferença entre o volume urinário e o clearance osmolar.

$$cH_2O = V_{urina} [1 - (U_{Osm} / S_{Osm})]$$

Entretanto, esse clearance não reflete a relação entre a água e a massa de eletrólitos eliminados devido aos componentes osmóticos como ureia que interferem no cálculo; um modo de mensurar a perda de água livre de eletrólitos pode ser calculado como:

## CÁLCULO DO CLEARANCE DE ÁGUA LIVRE DE ELETRÓLITOS:

$$cH_2Oe = V_{urina} [1 - (U_{Na} + U_{K})/S_{Na}]$$

V – volume urina 24h;  $U_{Na}$  – sódio urinário;  $U_{K}$  – potássio urinário;  
 $S_{Na}$  – sódio sérico

Ex.: Diurese: 4.000 ml/24h. Ureia s 190 mg/dl; Na s = 160 mEq/l,  $U_{Na}$  = 40 mEq/l;  $U_{K}$  20 mEq/l, Osm s 352 mOsm/l, Osm u – 600 mOs/l

$$cH_2Oe = 4 \times [1 - (40+20) / 160] = 2,5 \text{ l}$$

$$cH_2Oe = 2.500 \text{ ml}$$

A perda de água livre de eletrólitos por dia é de 2,5 litros.  
 O cálculo com o clearance osmolar daria pelo contrário uma absorção de água:

$$cH_2O = V_{urina} [1 - (U_{Osm}/S_{Osm})]$$

$$cH_2O = 4 [1 - (600/352)] = - 2,8 \text{ l}$$

Nesse cálculo, existiria um clearance negativo de água, isto é, uma absorção de 2,8 l/dia, que não justificaria a hipernatremia por perda d'água urinária.

### A melhor forma de avaliar a perda de água é o clearance de água livre de eletrólitos.

Dietas hiperproteicas são regularmente administradas nas UTIs no intuito de promover balanço nitrogenado neutro ou positivo. Esse procedimento frequentemente se complica de hipernatremia e hiperazotemia que constantemente são percebidas tardiamente quando o déficit de água atinge muitas vezes mais de 5 litros.

Como cada 6,25 g de proteína possui 1 g de nitrogênio, o aporte de 62,5 g de proteína por dia implica na administração de 10 g de nitrogênio cujo catabolismo vai gerar principalmente ureia. Cada 60 g de ureia têm 28 g de nitrogênio, proporcionalmente as 10 g de nitrogênio ofertadas vão gerar 29 g de ureia que serão eliminadas pela urina.

Admitindo uma urina isosmótica de 300 mOs/l, a eliminação de 483 mOsm (29 g ureia) obriga a eliminação de 1.610 ml. Outros componentes a serem eliminados em uma urina isosmótica também determinam perda de água, que associado às perdas obrigatórias d'água insensíveis, implicam que um aporte de água livre em um volume inferior a um mínimo de 2.000 ml /dia promoverá uma progressiva elevação do sódio e da osmolaridade plasmática.

**Regra prática: 6,26 g de proteína possuem 16% de nitrogênio, o que corresponde a 1 g de N.**

Uma molécula grama de ureia (PM 60 kD) possui 28 g de N; portanto, cada grama de N ureico equivale a 2,14 g de ureia. 1 g de proteína gera 0,34 g de ureia que vale 5,66 mOsm. Uma dieta com 100 g de proteína vai gerar 566 mOs que, ao serem eliminados em uma urina isosmótica (300 mOs/l), precisa de um volume de 1,88 l de água pura.

## CÁLCULO DO DÉFICIT DE ÁGUA:

O cálculo do déficit de água leva em conta a água corporal total estimada em 50% do peso para homens e 40% peso para mulheres. O sódio objetivado normal é de 140 mEq/l, e a correção deve ser lenta, 50% do déficit nas primeiras 24 horas e após novos cálculos a complementação nos dias seguintes. O sódio deve ser medido a cada 6 horas durante a reposição de água, e a queda não deve ser maior que 9 mEq/l nas primeiras 24 horas.

Cálculo do déficit de água:

$$Déficit = H_2O_{corporal\ total} \times ((Na_m - Na_d) - 1)$$

Na m = medido; Na d = desejado

Ex.: Homem 57a, Na 158 mEq/l, peso na admissão 70 kg.  
 Estimativa da água corporal total = 35 l (50% de 70 kg)  
 Na medido 158, Na desejado 140 mEq/l.  
 Déficit = 35 x ((158 /140) -1)) = 4,5 l

Esse déficit deve ser acrescentado à hidratação de base e acompanhado com determinações diárias do balanço hídrico e do Na sérico.

A hidratação básica deve levar em conta o aporte proteico e fornecer um mínimo de água para fazer face à carga de ureia que será gerada. Em uma nutrição com oferta de 87,5 g de proteína/dia, vai promover a geração de 30 g de ureia que equivale a 500 mOsm, portanto, a oferta d'água deve ser no mínimo de 1.700 ml (500/300) para excreção em uma urina isosmótica.

Obs.: Ureia peso molecular 60 kg, 60 g por litro equivalem a 1.000 mOsm. Urina isosmótica equivale a uma osmolaridade de 300 mOsm/l.

Se houver infusão de soluções eletrolíticas, estas devem ter a concentração máxima de Na +K de 140 mEq/l.

### A prescrição padrão seria:

Nutrição enteral volume 2.000, proteína 87 g  
 Hidratação basal – 1.000 ml soro glicosado  
 Água livre (50% do déficit) para fazer em face de hipernatremia: 2.250 ml (vide acima)  
 Volume total 5.250 ml.

Se não for possível dar o volume de água necessário para fazer face à excreção de ureia gerada pela carga proteica, a quantidade de proteína deverá ser adequada ao volume máximo permitido.

## II - Hipernatremia secundário ao diabetes insípido adquirido

### Lítio:

Pacientes que fazem uso de lítio podem desenvolver diabetes insípidos nefrogênico que, enquanto fora de doença crítica, compensam com generosa ingestão de água. Quando ficam impossibilitados de obtê-la, desidratam. O tratamento desse tipo de diabetes insípido nefrogênico é aporte generoso d'água e, se houver manutenção da administração do lítio, uma opção é o uso de amilorida, um diurético poupador de potássio, que impede a absorção do lítio no túbulo distal e sua toxicidade.

### Dexmedetomidina – Precedex:

O Precedex é muito usado nas UTIs como sedativo e é capaz de bloquear a liberação do hormônio antidiurético (HAD) por ação no Sistema Nervoso Central como agonista seletivo alfa 2 adrenérgico. O uso continuado se associa à poliúria hipotônica e pode ser um fator de hipernatremia.

### Outras medicações associadas ao diabetes insípido nefrogênico são:

**Demeclociclina**, uma tetraciclina que não é comercializada no Brasil, porém, tem ocorrido ocasional prescrição e manipulação para uso prolongado em acne e outras doenças. Sua ação é tão significativa que tem sido usada no exterior como tratamento para secreção inapropriada de HAD.

**Anfotericina B.**

**Ifosfamida.**

**Ofloxacin.**

**Dexametasona.**

**Dopamina.**

**Hipercalcemia.**

É preciso estar atento para qualquer hipernatremia sem causa evidente e, com bom volume urinário, uma forma de diabetes insípido central ou nefrogênico pode estar presente e contribuindo ou promovendo essa hiperosmolaridade.

Na ausência de diurese osmótica e na presença de hiperosmolaridade sanguínea, a urina deve estar concentrada com uma osmolaridade pelo menos 1,5 vez a plasmática.

A incapacidade de concentrar a urina leva à suspeita de diabetes insípido.

### Na tabela abaixo, se resume como investigar a suspeita de diabetes insípido:

#### Pontos-chave:

Pacientes na UTI frequentemente são incapazes de concentrar urina adequadamente.

O aporte de água deve fazer face às necessidades básicas e a carga osmótica ofertada (aparente ou oculta).

Poliúria com tendência à elevação de sódio deve ser investigado com dosagem urinária de sódio, potássio e osmolaridade.

A hipernatremia é um fator de aumento de mortalidade em pacientes críticos.

#### Tabela I: Critério para o Diagnóstico de Diabetes Insípido Nefrogênico

Poliúria (volume urinário 3 L/24 h ou 40 ml/kg peso corporal) Osmolaridade urinária 300 mOsm/L ou densidade urinária 1010. Fazer diagnóstico diferencial com polidipsia primária e diabetes insípido central.

#### Excluir polidipsia primária com um dos seguintes:

Teste de desidratação: a concentração urinária não ocorre antes de a osmolaridade plasmática atingir 295 mOsm/l ou sódio sérico atingir 143 mOsm/L. (sob condições de aporte de água normal)

1. Osmolaridade urinária / osmolaridade plasmática 1,5 ao final do teste de desidratação.
2. Exclusão de diabetes insípido central com um dos seguintes: teste da desmopressina (aumenta Osm urinária em 150 mOsm/l acima do valor obtido no teste de desidratação).
3. Dosagem do HAD ao final do teste de desidratação.

*Modificado de Robertson GL: Differential diagnosis of polyuria. Annu Rev Med 39:425-442, 1988.*



# VOCÊ SABIA? 39

Por Edison da Creatinina  
edisonmd@centroin.com.br

**1** Você sabia que em 1995 a National Kidney Foundation (NKF) desenvolveu as primeiras diretrizes de práticas clínicas em Nefrologia, hoje conhecidas como KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)? As primeiras foram publicadas em 1997 e depois em 2002 – NKF. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. Am J Kidney Dis. 2002; 39(2)suppl1: S1-S266. Desde então, essas diretrizes têm aumentado a qualidade do cuidado dos pacientes renais nos EUA e em todo o mundo. Isso se refletiu pela sua adoção pelo KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) da Sociedade Internacional de Nefrologia (ISN). São entidades não lucrativas e custeadas por consórcio. No Brasil, as diretrizes de DRC pelo KDOQI influenciaram significativamente a prática clínica e inspiraram o desenvolvimento das diretrizes brasileiras para DRC, publicadas em 2004. Diretrizes brasileiras de doença renal crônica. J Bras Nefrol. 2004; 26(3)(suppl1): 1-49.

**2** Você sabia que, segundo as diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia de 2015, todos os pacientes portadores de LES, salvo contraindicação, devem receber hidroxiquinona (HCQ)? A história da HCQ começa em 1638, quando a esposa do vice-rei do Peru, após adquirir malária, foi curada por um inca, com uma substância retirada da casca de uma árvore. A quinina foi isolada 200 anos depois. Durante a II Grande Guerra, a quinina e a sua fórmula hidroxilada, menos tóxica, foram usadas para tratar a malária. No começo dos anos 1950, a HCQ começou a ser usada no tratamento do lúpus e assim permanece até os dias de hoje.

**3** Você sabia que Joseph Jules François Félix Babinski (1857-1932, Paris) foi um neurologista francês reconhecido pela descrição em 1896 do sinal de Babinski, um reflexo plantar patológico indicativo de dano do trato corticoespinal? Em 1896, ele demonstrou, pela primeira vez, o “phenomène des orteils”, que enquanto o reflexo normal consiste na flexão plantar dos dedos do pé, uma lesão do trato piramidal irá resultar em dorsiflexão do hálux, podendo haver flexão dorsal ou plantar dos demais dedos.

**4** Você sabia que a classificação de Banff recebeu esse nome porque foi nessa cidade do Canadá onde foram realizadas as primeiras reuniões, capitaneadas pelo americano Kim Solez, entre patologistas e transplantadores de rim, para classificar as alterações patológicas após o tx de rim? O 1º encontro aconteceu em 1991 e, dois anos depois, a 1ª publicação do grupo assinada por 28 transplantadores de oito países diferentes – Kidney Int 44, 1993, 411-22. As reuniões se repetiram de dois em dois anos até a 14ª em 2017, em Barcelona. As primeiras seis reuniões ocorreram na cidade de Banff e a partir de então eles começaram a se reunir em vários países do mundo, como Espanha, Escócia, França e até no Brasil, em 2013. Esses encontros, entendidos para os outros órgãos transplantados, renderam incontáveis publicações científicas, além de ter sido criada uma fundação sem fins lucrativos, a Banff Foundation for Allograft Pathology (<http://banfffoundation.org/>).

**5** Você sabia que Guido Fanconi foi um pediatra suíço que em 1927 descreveu uma pan-mielopatia conhecida como Anemia de Fanconi? Em 1931, descreveu uma tubulopatia renal proximal, na qual se observava um distúrbio na reabsorção de glicose, aminoácidos, fosfato, bicarbonato, potássio, proteinúria tubular, deficiência de concentração urinária e distúrbios de acidificação. A Síndrome de Fanconi pode ser hereditária ou causada pelo uso de metais pesados, outros agentes químicos, mieloma múltiplo, amiloidose, cistinose e ao uso de tenofovir. Na forma hereditária, os sintomas se iniciam durante a infância com poliúria, fraqueza e dores ósseas. O diagnóstico é confirmado quando os exames de urina revelam concentrações elevadas de glicose, fosfato, bicarbonato, ácido úrico, K e Na. A Síndrome de Fanconi não tem cura e se trata com bicarbonato, potássio, fosfato e vitamina D. Se houver evolução para DRC, a diálise e o transplante serão necessários.

**Creatinina: um marcador de 131 anos, mas, HOJE, ainda considerado moderno para a avaliação da disfunção renal.**



# SBN AGENDA

## OUTUBRO

### SBN On-line: Curso Doença Cardiovascular e Rim

📅 11 de outubro a 7 de dezembro  
🌐 [sbn.org.br](http://sbn.org.br)

### XV Congresso Brasileiro de Transplantes

📅 18 a 21 de outubro  
📍 Foz do Iguaçu – PR  
🌐 [congressoabto.org.br/2017/](http://congressoabto.org.br/2017/)

### XI Congresso Boliviano de Nefrologia e Hipertensão Arterial

📅 19 a 21 de outubro  
📍 Teatro Gran Mariscal Sucre – Bolívia  
🌐 [slanh.net](http://slanh.net)

### VIII Curso de Injúria Renal (IRA) NefroIntensivismo em Pediatria

📅 20 e 21 de outubro  
📍 Hospital Sírio Líbanês – SP  
🌐 [iep.hospitalsiriolibanes.org.br/](http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/)

### I Curso de NefroIntensivismo em Pediatria

📅 22 de outubro  
📍 Hospital Sírio Líbanês – SP  
🌐 [iep.hospitalsiriolibanes.org.br/](http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br/)

### XLIV Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia

📅 21 a 24 de outubro  
📍 Centro de Convenções Minascentro Belo Horizonte – MG  
🌐 [congressoalergia2017.com.br](http://congressoalergia2017.com.br)

### Curso YNP – Lesão Renal Aguda

📅 24 a 25 de outubro  
📍 Dunblane, Escócia (Reino Unido)  
🌐 [web.era-edta.org/ynp-course-acute-kidney-injury](http://web.era-edta.org/ynp-course-acute-kidney-injury)

### Pensar Mineiro 2017

📅 24 de outubro  
📍 Belo Horizonte – MG  
🌐 [smn.org.br](http://smn.org.br)

### XI Congresso ALANEPE

📅 25 a 28 de outubro  
📍 Hotel Marriott – Santiago – Chile  
🌐 [alanepe2017.sochipe.cl/](http://alanepe2017.sochipe.cl/)

### SBN On-Line: Tratamento da Nefropatia Diabética

📅 27 de outubro  
🌐 [sbn.org.br](http://sbn.org.br)

## NOVEMBRO

### XII Congresso Brasileiro de Estomaterapia

📅 12 a 15 de novembro  
📍 Hotel Ouro Minas Belo Horizonte – MG  
🌐 [sobest.org.br/evento/cbe17](http://sobest.org.br/evento/cbe17)

### Mayo Clinic Nefrofórum 2

📅 17 e 18 de novembro  
📍 Hospital Português – Recife – PE  
🌐 [nefroforum2017.com.br/](http://nefroforum2017.com.br/)



### ENCONTRO RADIO•CARDIO•RENAL

1º ENCONTRO MULTIDISCIPLINAR SOBRE DOENÇA CARDIOVASCULAR E USO DE CONTRASTE NA DOENÇA RENAL

### 1º ENCONTRO RADIO•CARDIO•RENAL

📅 17 e 18 de novembro  
📍 Clube Homs – São Paulo  
🌐 [radiocardiorenal.org.br](http://radiocardiorenal.org.br)

### Curso de Ultrassonografia Point of Care em Nefrologia

📅 25 e 26 de novembro  
📍 Brasília – DF  
🌐 [sbn.org.br/app/uploads/ultra.png](http://sbn.org.br/app/uploads/ultra.png)

### I Simpósio Multidisciplinar em Nefrologia

📅 25 e 26 de novembro  
📍 Hosp. Clínicas de Porto Alegre – RS  
🌐 [hcpa.edu.br](http://hcpa.edu.br)

## DEZEMBRO

### II Programa Cérebro Ativo

📅 Até 19 de dezembro  
📍 Hospital Sírio Líbanês - SP  
🌐 [iep.hospitalsiriolibanes.org.br](http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br)

### III Curso de Capacitação em Estimulação Cognitiva Intergeracional

📅 Até 19 de dezembro  
📍 Hospital Sírio Líbanês - SP  
🌐 [iep.hospitalsiriolibanes.org.br](http://iep.hospitalsiriolibanes.org.br)

# ZEMPLAR<sup>®</sup> (PARICALCITOL) NO TRATAMENTO DO HIPERPARATIREOIDISMO SECUNDÁRIO À DOENÇA RENAL CRÔNICA



Zemplar<sup>®</sup> (paricalcitol) é preconizado como um dos medicamentos para o tratamento do hiperparatireoidismo secundário nos pacientes em terapia renal substitutiva, de acordo com a PORTARIA N<sup>o</sup> 801, DE 25 DE ABRIL DE 2017<sup>1</sup>, diante às seguintes condições:

- Pacientes com DRC em TRS com níveis séricos de PTH igual ou superior a 500 pg/mL que apresentarem hipercalcemia ou hiperfosfatemia com uso de calcitriol em pelo menos duas tentativas de tratamento apesar da dieta, diálise adequada e uso apropriado de quelantes de fósforo;
- Pacientes com DRC em TRS com níveis séricos de PTH persistentemente superior a 500 pg/mL sem resposta a 3 meses de tratamento com calcitriol.

Zemplar<sup>®</sup> (paricalcitol) reduz efetivamente os níveis de PTH intacto com mínimo impacto nos níveis de cálcio e fósforo.<sup>2,3</sup>

- Ativador seletivo de receptores de vitamina D<sup>4,5</sup>
- Aumento da sobrevida em pacientes tratados<sup>6,7,8</sup>

**ZEMPLAR<sup>®</sup> (paricalcitol)** - Registro MS: 1.9860.0008. **Indicação:** tratamento e prevenção do hiperparatireoidismo secundário, associado à insuficiência renal crônica. **Contraindicações:** não deve ser administrado a pacientes com evidência de toxicidade por vitamina D, hipercalcemia ou hipersensibilidade a algum componente deste produto. **Advertências e Precauções:** superdosagem aguda de paricalcitol pode produzir hipercalcemia e levar à necessidade de cuidados de emergência. Durante o ajuste de dose, os níveis séricos de cálcio e fósforo devem ser monitorados. Se hipercalcemia clinicamente significativa se desenvolver, a dose deverá ser reduzida ou interrompida. A administração crônica de paricalcitol pode expor os pacientes ao risco de hipercalcemia, à elevação do produto Ca<sup>x</sup>P e à calcificação metastática. Hipercalcemia crônica pode levar a calcificação vascular generalizada e outras calcificações em tecidos moles. Fosfatos ou compostos relacionados à vitamina D não devem ser ingeridos concomitantemente ao paricalcitol. A toxicidade por digitálicos é potencializada pela hipercalcemia de qualquer causa. Cautela deve ser tomada quando compostos digitálicos são prescritos concomitantemente a paricalcitol. Lesões ósseas dinâmicas podem se desenvolver se os níveis de PTH forem suprimidos em níveis anormais. **Gravidez e lactação:** não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. Deve ser administrado durante a gravidez apenas se os benefícios justificarem o risco potencial ao feto. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista. Não se sabe se o paricalcitol é excretado no leite humano. A decisão de descontinuar a amamentação ou descontinuar o medicamento deve ser tomada levando-se em consideração a importância do medicamento para a mãe. **Uso pediátrico:** a sua segurança e a eficácia em pacientes menores de 18 anos não foram estabelecidas. **Uso em idosos:** não há grandes diferenças de eficácia e segurança entre pacientes com idade superior a 65 anos e pacientes mais jovens. **Testes laboratoriais:** Durante o ajuste de dose e antes que a dose de paricalcitol seja estabelecida, testes laboratoriais devem ser realizados com mais frequência. Uma vez que a dosagem tenha sido estabelecida, cálcio e fósforo séricos devem ser medidos, no mínimo, mensalmente. Recomenda-se que a medição de PTH sérico ou plasmático seja realizada a cada três meses. **Interações medicamentosas:** Estudos específicos de interação não foram conduzidos com paricalcitol injetável. Um estudo de interação fármaco-fármaco com cetoconazol e paricalcitol cápsulas demonstrou que cetoconazol praticamente dobrou a AUC(0-∞) de paricalcitol. Como o paricalcitol é parcialmente metabolizado por CYP3A e sabe-se que o cetoconazol é um forte inibidor do citocromo P450 3A, deve-se ter cautela ao administrar paricalcitol com cetoconazol ou outro forte inibidor de P450 3A. Prescrições baseadas em fosfatos ou produtos contendo vitamina D não devem ser utilizados concomitantemente a paricalcitol. Altas doses de preparações contendo cálcio ou diuréticos tiazídicos e paricalcitol podem aumentar o risco de hipercalcemia. Preparações contendo magnésio ou alumínio não devem ser utilizadas em combinação com preparações de vitamina D pois pode ocorrer hipermagnesemia e aumento dos níveis de alumínio no sangue e toxicidade de alumínio nos ossos respectivamente.

**Reações Adversas:** hipercalcemia, disgeusia, cefaléia, hemorragia gastrointestinal, diarreia, constipação, febre, calafrios, dor no local da injeção, pneumonia, gripe, infecção do trato respiratório superior, nasofaringite, câncer de mama, anemia, hipoparatiroidismo, hipocalcemia, hiperfosfatemia, diminuição do apetite, delírio, estado confusional, agitação, insônia, nervosismo, inquietação, acidente vascular cerebral, síncope, mioclonia, vertigem, hipoestesia, parestesia, conjuntivite, parada cardíaca, flutter atrial, palpitação, hipotensão, hipertensão, edema pulmonar, dispnéia, ortopnéia, tosse, isquemia intestinal, hemorragia retal, vômito, desconforto abdominal, boca seca, alopecia, rash com prurido, prurido, sensação de queimação da pele, bolhas, artralgia, rigidez articular, mialgia, contrações musculares, disfunção erétil, dor nas mamas, alterações na marcha, inchaço, astenia, mal estar, fadiga, condições agravadas, aumento da aspartato aminotransferase, teste laboratorial anormal, perda de peso. Eventos adversos em estudos clínicos Fase IV e pós comercialização são: sépsis, infecção vaginal, linfadenopatia, hipersensibilidade, angioedema, edema de laringe, hiperparatiroidismo, hipercalcemia, indiferença (sem resposta) ao estímulo, glaucoma, hiperemia ocular, desconforto no ouvido, arritmia, chiado, disfgia, gastrite, náusea, hirsutismo, suores noturnos, rash, urticária, desconforto no peito, dor no peito, edema, sensação anormal, extravasamento no local da injeção, edema periférico, dor, sede, tempo de sangramento prolongado, frequência cardíaca irregular. **Posologia:** a dose máxima administrada com segurança nos estudos clínicos foi de 40 mcg. **Dose inicial baseada na massa corpórea:** 0,04 mcg/kg a 0,1 mcg/kg (2,8 - 7 mcg), administrada como dose in bolus, não mais frequentemente do que em dias alternados, a qualquer momento durante a diálise. **Dose inicial baseada nos níveis de PTH:** dose inicial (mcg) = nível basal de PTH (pg/mL)/80, administrada por via intravenosa como dose in bolus, não mais frequentemente do que em dias alternados a qualquer momento durante a diálise. **Ajuste da dose:** A faixa terapêutica aceita para os níveis de PTH em pacientes com IRC sob hemodiálise é de não mais do que 1,5 a 3 vezes o limite superior normal não-urêmico (150-300 pg/mL para PTHi). Se um nível elevado de cálcio, aumento persistente de fósforo ou aumento persistente do produto Ca x P maior que 75 forem observados, a dose deve ser ajustada até que estes parâmetros sejam normalizados. Portanto, deve iniciar a uma menor dose. Favor consultar os guias de tratamento local para a definição dos níveis elevados de cálcio e fósforo. Se o paciente está utilizando quelante de fosfato à base de cálcio, a dose deve ser diminuída ou interrompida, ou o paciente deve trocar para um quelante de fosfato não cálcico. As doses poderão ser diminuídas quando os níveis de PTH começarem a diminuir em resposta à terapia. A dosagem incremental deve ser individualizada. Se uma resposta satisfatória não for observada, a dose poderá ser elevada em 2 a 4 mcg, a intervalos de duas a quatro semanas. Se, em qualquer momento, o nível de PTHi diminuir para menos de 150 pg/mL, a dosagem de ZEMPLAR<sup>®</sup> (paricalcitol) deve ser diminuída. É importante o paciente aderir a um regime dietético de suplementação de cálcio e restrição de fósforo. Tipos adequados de compostos de ligação a fosfatos podem ser necessários para controlar os níveis séricos de fósforo em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC), mas o uso excessivo de compostos contendo alumínio deve ser evitado. Os pacientes devem ser informados sobre os sintomas da elevação de cálcio. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA** - Importado por: AbbVie Farmacêutica Ltda - Av. Guido Caloi, 1935, 1<sup>o</sup> andar, Bloco C - São Paulo - SP - CNPJ: 15.800.545/0001-50. AbbVie Line: 0800 022 2843. BU07

**Contraindicações:** não deve ser administrado a pacientes com evidência de toxicidade por vitamina D, hipercalcemia ou hipersensibilidade a algum componente deste produto. **Interações medicamentosas:** Estudos específicos de interação não foram conduzidos com paricalcitol injetável. Um estudo de interação fármaco-fármaco com cetoconazol e paricalcitol cápsulas demonstrou que cetoconazol praticamente dobrou a AUC(0-∞) de paricalcitol. Como o paricalcitol é parcialmente metabolizado por CYP3A e sabe-se que o cetoconazol é um forte inibidor do citocromo P450 3A, deve-se ter cautela ao administrar paricalcitol com cetoconazol ou outro forte inibidor de P450 3A. Prescrições baseadas em fosfatos ou produtos contendo vitamina D não devem ser utilizados concomitantemente a paricalcitol. Altas doses de preparações contendo cálcio ou diuréticos tiazídicos e paricalcitol podem aumentar o risco de hipercalcemia. Preparações contendo magnésio ou alumínio não devem ser utilizadas em combinação com preparações de vitamina D pois pode ocorrer hipermagnesemia e aumento dos níveis de alumínio no sangue e toxicidade de alumínio nos ossos respectivamente.

#### Referências:

- 1-Diário Oficial da União - República Federativa do Brasil - BRASÍLIA - DF - N<sup>o</sup> 80, quinta-feira, 27 de abril de 2017- seção 1 - p.71 - PORTARIA N<sup>o</sup> 801, DE 25 DE ABRIL DE 2017.
- 2-Martin KJ, Gonzalez EA, Gellens M, Hamm LL, Abboud H, Lindberg J. 19-Nor-1-alpha-25 dihydroxyvitamin D2 (Paricalcitol) safely and effectively reduces the levels of intact parathyroid hormone in patients on hemodialysis. J Am Soc Nephrol 1998;9(8):1427-32
- 3-Lindberg J, Martin KJ, Gonzalez EA, Acchiardo SR, Valdin JR, Soltanek C. A long-term, multicenter study of the efficacy and safety of paricalcitol in end-stage renal disease. Clin Nephrol 2001; 56(4):315-23
- 4-Wu-Wong JR, Nakame M, Ma J, Ruan X, Kroeger PE. Effects of Vitamin D analogs on gene expression profiling in human coronary artery smooth muscle cells. Atherosclerosis 2006; 186(1):20-8
- 5-Issa LL, Leong GM, Sutherland RL, Eisman JA. Vitamin D analogue-specific recruitment of vitamin D receptor coactivators. J Bone Miner Res 2002;17(5):879-90
- 6-Teng M, Wolf M, Lowrie E, Ofsthun N, Lazarus JM, Thadhani R. Survival of patients undergoing hemodialysis with paricalcitol or calcitriol therapy. N Engl J Med 2003;349(5):446-56
- 7-Shinaberger CS, Koppke JD, Kovesdy CP, McAllister CJ, van Wyck D, Greenland S, et al. Ratio of paricalcitol dosage to serum parathyroid hormone level and survival in maintenance hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol 2008;3(6):1769-76
- 8-Kalantar-Zadeh K, Kuwae N, Regidor DL, Kovesdy CP, Kilpatrick RD, Shinaberger CS, et al. Survival predictability of time-varying indicators of bone disease in maintenance hemodialysis patients. Kidney Int 2006;70(4):771-80