

SBN INFORMA

Publicação Oficial da
Sociedade Brasileira de Nefrologia

Ano 29 | Nº 130
Abril Maio Junho 2022



VEM AÍ: **CONGRESSO BRASILEIRO 2022**

marca reencontro presencial e
promete agitar Florianópolis

BRASIL:

Aprovada Matriz de Competências de
Programas de Residência Médica para
atuação em Medicina Paliativa

SBN EM AÇÃO:

Acompanhe as principais ações da
Sociedade em prol da Nefrologia

TRABALHO:

Padronização da
nomenclatura na IRA



AGENDA



IRAUSP

De 16 a 17 de agosto
São Paulo, Brasil



24ª EDIÇÃO NEFROUSP 2022

De 18 a 20 de agosto
São Paulo, Brasil



MAYO CLINIC NEPHRO IN RIO

De 25 a 26 de agosto
Rio de Janeiro, Brasil



ASN KIDNEY WEEK

De 03 a 06 de novembro
Orlando, Flórida



Expediente

EXPEDIENTE

SBN Informa – Ano 29 – nº 130 – Abril Maio Junho 2022

Uma publicação da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN)

Departamento de Nefrologia da Associação Médica Brasileira (AMB)

Rua Machado Bittencourt, 205, cjtos. 53 e 54
Vila Clementino – SP – CEP: 04044-000
São Paulo – Brasil
Tel: (11) 5579-1242
sbn.org.br
@sbnefro

Secretaria:

Adriana Paladini | Vanessa Mesquita | Juliana Zanetti
Jailson Ramos

Fotografias:

foto capa: www.freepik.com

Jornalista Responsável:

Paula Saletti – MTB 59708-SP

Colaboração

Diogo Torres | Marcus Cacais

Produção Editorial:

Time Comunicação
timecomunicacao.com.br

Projeto Gráfico:

Danilo De Luna Martins

Diagramação:

Marina G. Passafini

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



PREZADOS COLEGAS,

Nosso principal foco nesses próximos meses será a organização do XXXI Congresso Brasileiro, que acontece em setembro. Estamos preparando um evento para ser inesquecível, tanto no aspecto científico quanto social. Será o congresso do nosso reencontro, após quatro anos. Passamos por uma situação inédita, que nos trouxe muitas perdas e mudou nossas vidas. Apesar da nova onda atual, o cenário é muito melhor do que nos dois últimos anos, com poucas internações e óbitos.

Nossos Departamentos estão trabalhando como nunca, e todo esse trabalho deve ser colocado a par dos sócios, que muito se beneficiam. O Departamento de Injúria Renal Aguda, sob a direção do Prof. Luis Yu, concluiu a padronização da nomenclatura em IRA e métodos de suporte. É um trabalho de grande importância para os nefrologistas e também para outros especialistas, que organiza e facilita as ações e discussões clínicas, além de ser um legado para a Nefrologia brasileira. O Departamento de Ensino e Titulação, sob a coordenação do Prof. Marcelo Mazza, está concluindo a Matriz de Residência Médica em Nefrologia em nosso país, além de ter realizado o credenciamento das especializações em Nefrologia, baseada em critérios de qualidade

que permitem o funcionamento. E para colocar a cereja no bolo, teremos o I Encontro Nacional de Ensino em Nefrologia, que ocorrerá como curso pré-congresso no CBN 2022. Já o Departamento de DMO-DRC, sob a supervisão do Prof. Leandro Lucca, está realizando reuniões clínicas mensais, com participação de um número expressivo de pessoas e muitos elogios, contribuindo para a atualização e, especialmente, com a formação de médicos residentes e especializando. E o Comitê de Cuidados Paliativos, sob a direção da Dra. Ana Maria Misael vem realizando trabalho importante nessa área, que é um novo campo para os nefrologistas. Outros Departamentos e Comitês também estão produzindo um trabalho inestimável que vocês poderão conferir nas próximas edições deste informativo.

Recentemente, participei do lançamento do Programa de Qualificação do Processo de Doação e Transplantes – Qualidot – junto ao Ministro da Saúde, Dr. Marcelo Queiroga, e espero que traga bons frutos para o transplante no Brasil. A aprovação do projeto que institui o piso salarial para enfermeiros e técnicos em enfermagem pela Câmara dos Deputados e Senado, apesar de merecido pela categoria, não tem fonte de financiamento e, estamos em Brasília, junto a outras

entidades, trabalhando para que a decisão não ofereça efeito explosivo para a saúde e, em especial, para a Nefrologia, que já vem enfrentando percalços há tempos, e que após longos anos, obteve um reajuste para a hemodiálise no fim do ano passado. Devido a isso, no último mês de maio, convoquei o Conselho Consultivo da SBN para medidas emergenciais, e dessa reunião foi criado o Comitê de Crise na Diálise, que juntamente com o jurídico da SBN está traçando ações para o benefício de nossa especialidade.

Nossa atuação científica é muito exitosa e o I Curso de Atualização em Nefrologia permanece transcorrendo com sucesso, com a atuação competentíssima e incansável da Dra. Andrea Pio, secretária geral da Sociedade. Igualmente, os podcasts continuam sendo muito acessados, sob a tutela do meu vice, Dr. Daniel Calazans. Novamente, termino citando que todas essas ações não seriam possíveis com a colaboração competente de nossos colegas que participam diretamente da Diretoria, Departamentos e Comitês, e é a eles que dedico meu sincero agradecimento por todo apoio e dedicação.

Boa leitura,



Osvaldo Merege Vieira Neto

Presidente da SBN

- Biênio 2021-2022



APROVADA

MATRIZ DE

COMPETÊNCIAS DE

PROGRAMAS DE

RESIDÊNCIA MÉDICA PARA

A ÁREA DE ATUAÇÃO EM

MEDICINA

PALIATIVA

NO BRASIL

Reconhecida como área de atuação da Nefrologia pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em outubro de 2010, a Medicina Paliativa ganhou espaço nos últimos anos. Em 2016, o Comitê de Suporte Renal e Cuidados Paliativos da SBN foi criado e composto por seus fundadores: Dr. Alze Tavares, Dra. Ana Maria Misael, Dra. Leda Lotaif, Dra. Lídia Beatriz Sá e Dra. Carmen Tzanno Branco Martins. Desde 2017, Dra. Ana Misael e Dra. Carmen Tzanno representam o Comitê da SBN na Associação Médica Brasileira (AMB) de Cuidados Paliativos e, em 2021, surgiu a oportunidade de o Comitê contribuir para a elaboração da Matriz de Competências de Programas de Residência Médica para a Área de Atuação em Medicina Paliativa no Brasil, um trabalho árduo e bastante significativo de duas mulheres da Nefrologia brasileira.

Recentemente, no último mês de abril, a Resolução CNRM Nº 10, DE 29 DE ABRIL DE 2022 foi aprovada e publicada e incluiu a Nefrologia como uma das especialidades pré-requisito conforme o Art. 2º: “Os Programas de Residência Médica para a Área de Atuação em Medicina Paliativa possuem dois anos de formação, com acesso mediante conclusão de Programa de Residência Médica em Anestesiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Oncológica, Clínica Médica, Geriatria, Mastologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Intensiva, Neurologia,

Nefrologia, Oncologia Clínica ou Pediatria.”

De acordo com **Dra. Carmen Tzanno**,

“em todos esses anos de existência, o Comitê foi muito ativo, participando de cursos, podcasts, lives e congressos. Também elaborou o Choosing Wisely da Nefrologia, produziu uma pesquisa entre os sócios da SBN sobre conhecimento, educação e atuação em cuidados paliativos, capítulos de livros e dois artigos publicados. Uma grande vitória da Medicina Paliativa e da Nefrologia, que representa a abertura de um campo de atuação e mais uma opção para o jovem especialista”, pontua a ex-presidente da SBN (biênios 2015-2016, 2017-2018), que fundou o Comitê na sua primeira gestão e, atualmente, é membro do Comitê de Cuidados Paliativos da SBN, juntamente com **Dra. Ana Maria Misael**.



Dra. Ana Maria, coordenadora do Comitê de Cuidados Paliativos da Sociedade, afirma que *“a aprovação da Resolução foi uma conquista”*.



ta importante, construída a muitas mãos, fruto de várias outras especialidades médicas, como a Geriatria, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Terapia Intensiva, Clínica Médica, Neurologia, entre outras. A Nefrologia, representada pelo Comitê de Cuidados Paliativos da SBN, contribuiu adaptando e incluindo a Medicina Paliativa na Matriz de Competências dos Programas de Residência Médica em Nefrologia, aprovada em 8 de julho de 2021.”

Segundo a nefrologista, a Resolução permitirá capacitar médicos especialistas em Nefrologia, em formação, a realizar prevenção, diagnóstico e tratamento para pacientes com doenças avançadas e/ou crônicas, levando em consideração as peculiaridades e seu aspecto multidimensional (espiritual, social, psicológico e orgânico) nas diversas faixas etárias. “Ela poderá capacitar o médico a dominar os cuidados paliativos em doenças ameaçadoras ou limitantes da vida com conhecimento teórico, habilidades, atitudes nas áreas de abrangência necessárias para reconhecer e tratar sintomas que acometem pacientes com doenças avançadas ou sem possibilidades de cura, prevenindo e aliviando o sofrimento. Na Nefrologia, por exemplo, os cuidados paliativos podem ser aplicados, principalmente, nos estágios da doença renal crônica, que apresenta condições clínicas de longo impacto, com progressão e sintomatologia que exigem atenção complexa. A utilização dos cuidados paliativos pode proporcionar avanços no cuidado, considerando a epidemiologia, a gravidade, a progressão e a complexidade de sintomas da doença renal crônica”, justifica Dra. Ana Maria.

Para a especialista, a Resolução completa a formação do médico residente em Nefrologia com competências em Suporte Renal, oferecendo conhecimentos teóricos e práticos para entendimento e aplicação de cuidados paliativos e comemora: *“Nos sentimos honrados em participar e contribuir para esse importante passo conquistado, colaborando com a formação mais completa e abalizada do médico residente de Nefrologia, no que se refere ao conceito de Suporte Renal, o qual integra a aplicação de cuidados paliativos na doença renal crônica, principalmente em estágios avançados, independente da etiologia.”*

Para os interessados em participar do Comitê, ou mesmo dar sugestões, basta entrar em contato com a SBN pelo email secretaria@sbn.org.br.

Para conferir a Resolução CNRM N° 10, DE 29 DE ABRIL DE 2022 na íntegra, basta acessar o QR Code!





XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE NEFROLOGIA TE ESPERA!

Capital catarinense será palco para um dos maiores eventos da NEFROLOGIA BRASILEIRA

Depois de um longo período sem eventos presenciais – o último Congresso Brasileiro (2020) foi totalmente online devido a pandemia –, o grande reencontro da comunidade nefrológica já tem data marcada: de **21 a 24 de setembro**, no **CentroSul**, na cidade de Florianópolis (SC), polo turístico por excelência e naturalidade. O **XXXI Congresso Brasileiro de Nefrologia (CBN 2022)**, que também abriga o **XIX Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia** e o **XIII Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia**, promete agitar 'Floripa', oferecendo conteúdo científico de qualidade, preparado com muito zelo.

“Nosso grande evento se aproxima e, com entusiasmo, aguardamos a presença significativa de cada um e cada uma. Desejamos que seja para todos um tempo para compartilhar informações, experiências e vivências, fortalecendo a Nefrologia brasileira. Seremos aproximadamente 3000 congressistas de várias cidades do Brasil, em um momento ímpar, pós-pandemia, de confraternização e com novas possibilidades de diálogo e interação. A Comissão Organizadora e seus Comitês vêm

CENTRO DE CONVENÇÕES DE FLORIANÓPOLIS CENTROSUL

Com vista de cartão postal, o Centro de Convenções foi cuidadosamente projetado para oferecer qualidade e ambiente diferenciado para a realização dos mais diversos tipos de eventos. Está localizado na Av. Gov. Gustavo Richard, 850 – Centro, Florianópolis – SC

trabalhando com afinco para proporcionar a melhor programação científica, tendo como foco os principais temas da nossa especialidade. Queremos receber todos com o jeito catarinense de ser e agir, motivados pela alegria que só o reencontro de amigos pode proporcionar”,

destaca **Dr. Roberto Benvenuti**, presidente do CBN 2022.





Para o presidente da SBN, **Dr. Osvaldo**

Merege Vieira Neto, *“o congresso será a oportunidade do reencontro após quatro anos. A maravilhosa cidade de Florianópolis*

propicia o clima ideal para eventos sociais, além de toda programação científica de alto nível como a Sociedade sabe fazer. Tenho certeza de que será um marco para a nossa especialidade, sedenta por ocasiões como essa, após a pandemia sem precedentes. Convido todos para prestigiar essa que será uma grande festa da Nefrologia brasileira.”

O abrangente conteúdo científico está sendo preparado com muito cuidado pela Comissão Científica e abordará os principais temas que norteiam a Nefrologia e que fazem parte da rotina da especialidade. *“Os bastidores dos preparativos para o CBN se resumem em muita dedicação, expectativa e otimismo. A SBN agregará, mais uma vez, centenas de pessoas em torno de um programa científico excelente e em uma grande confraternização. O objetivo maior de todo o comitê organizador, comissão científica e departamento financeiro do Congresso é o de propiciar dias de imersão em conhecimento e de muitos momentos de alegria e descontração. Se no evento passado, no formato virtual, não houve qualquer prejuízo no que tange o programa científico, por outro lado, há muitos e muitos abraços de colegas e amigos pendentes, aguardando esse grande reencontro nefrológico”,* assegura **Dra. Andrea Pio de Abreu**, diretora secretária da Sociedade e membro da Comissão Organizadora do evento.

CONFIRA ALGUMAS DAS ÁREAS DEFINIDAS PARA A PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA:

- › Anemia na Doença Renal Crônica
- › Bioética
- › Cuidados Paliativos
- › Defesa Profissional
- › Diálise peritoneal
- › Distúrbios Hidroeletrolíticos e Ácido-base
- › DMO-DRC
- › Doença Renal Crônica
- › Educação em Nefrologia
- › Epidemiologia e Prevenção
- › Fisiologia
- › Gestão e Legislação
- › Glomerulopatias
- › Hemodiafiltração
- › Hemodiálise
- › Hipertensão Arterial
- › Infecção Urinária
- › Injúria Renal Aguda
- › Litíase Renal
- › Metabolismo Ósseo e Mineral
- › Nefrogenética
- › Nefrogeriatria
- › Nefrointensivismo
- › Nefrointervenção
- › Nefrologia Clínica
- › Nefrologia e Covid-19
- › Nefropediatria
- › Nutrição
- › Onconefrologia
- › Pesquisa Clínica e Bioestatística
- › Telemedicina em Nefrologia
- › Transplante Renal

O conteúdo completo do CBN 2022 está disponível no site oficial do evento: **nefro2022.com.br**. Se você ainda não fez sua inscrição, ainda dá tempo de garantir sua participação, nesse que marcará o reencontro presencial da Nefrologia.



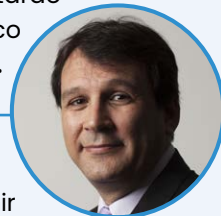


Toda a programação científica será abordada e discutida por nomes de peso da Nefrologia. Além dos convidados nacionais, os especialistas internacionais também abrilhantarão o evento. **Ajay K. Singh*** é um dos nomes já confirmados e ressalta a importância do CBN presencial esse ano: *“O mundo testemunhou uma crise de saúde que ninguém poderia prever. Deixando de lado a natureza trágica da pandemia de Covid-19, fomos interrompidos em como vivemos, como trabalhamos e como aprendemos, de maneiras que nunca pensamos ser possíveis. Por isso, é tão especial poder estar pessoalmente. Agora poderemos voltar a discutir importantes questões da Nefrologia, com o surgimento de novos campos. Temos um interesse renovado em doenças renais causadas por vírus, reconhecemos a complexidade do gerenciamento de UTI e um novo campo, ‘Nefrologia de UTI’, está agora encontrando seu fundamento. Nos últimos três anos, começamos a apreciar o papel do ‘big data’ na prevenção, por meio de abordagens de aprendizado de máquina para diagnosticar precocemente a lesão renal aguda. Temos novas definições de hipertensão, novos agentes surgiram para prevenir a progressão da doença renal, entre outras tantas novidades. É um momento emocionante e estou ansioso para visitar a bela cidade litorânea de Florianópolis, nesta que será minha terceira vez participando do Congresso Brasileiro de Nefrologia.”*



I ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO MÉDICO E RESIDÊNCIA EM NEFROLOGIA

No primeiro dia do XXXI Congresso Brasileiro de Nefrologia, diversas discussões e estudos específicos acerca do ensino em Nefrologia pautarão o I Encontro Nacional de Ensino Médico e Residência em Nefrologia. O **Prof. Dr. Marcelo Mazza do Nascimento**, diretor do Departamento de Ensino e Titulação da SBN, está à frente da organização do evento e conta que o objetivo é reunir as principais lideranças acadêmicas, na graduação em Nefrologia de todo o país. “O Encontro é inédito e será dividido em dois períodos no dia 21 de setembro. Além de membros do nosso departamento, contaremos com vários convidados, nacionais e internacionais, como o presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Edgar Almeida, a coordenadora da Comissão Nacional de Residência Médica e membros da Sociedade Médica Brasileira. Já encaminhamos o convite para as principais faculdades de Medicina do Brasil e, também, para todos os centros de residência médica. Tenho certeza de que será um momento muito proveitoso, no sentido de se discutir tanto a Nefrologia ensinada na graduação, como o futuro da residência médica no nosso país”, detalha Mazza.



ALÉM DO I ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO, OS CURSOS PRÉ-CONGRESSO ESTÃO IMPERDÍVEIS:

- › Distúrbio Mineral e Ósseo
- › Nutrição em Nefrologia
- › Medicina Intensiva para o nefrologista
- › Hemodiafiltração em crônicos
- › Doença Renal Crônica
- › Ultrassonografia Point-of-Care em Nefrologia
- › Nefrologia Intervencionista



Saiba mais sobre o CBN 2022
acessando: nefro2022.com.br



Siga também @sbnefro e
fique por dentro das principais
informações sobre o Congresso!

*Ajay K. Singh - MBBS, FRCP (UK), MBA, Senior Associate Dean for Postgraduate Medical Education, diretor master in Medical Sciences in Clinical Investigation (MMSCI) program, Harvard Medical School, Physician, Renal Division, Brigham and Women's Hospital/ Dana Farber Cancer Institute



APLICATIVO TRIANUTRI

AUXILIA NO COMBATE E MONITORAMENTO DA DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES COM DRC



Pensando na desnutrição comum em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) avançada não dialítica e dialítica, na primeira quinzena do último mês de junho, o Comitê de Nutrição em Nefrologia da SBN lançou o aplicativo TRIANUTRI, voltado para a autotriagem de risco de desnutrição em pacientes com DRC, em qualquer fase. *“Pesquisas mostram que a desnutrição é um fator de risco forte de mortalidade, complicações e altas taxas de hospitalização para esses pacientes. Instrumentos de triagem de risco de desnutrição que sejam simples, acessíveis e que possam ser repetidos frequentemente, servem para o monitoramento ou vigilância nutricional dos pacientes. Quando o risco é identificado pelo instrumento, o paciente pode ser direcionado para o tratamento precoce e especializado, que aumenta as chances de sucesso nos resultados”*, aponta **Dra. Cristiane Moraes**, coordenadora do Comitê de Nutrição da Sociedade.



O novo app de nutrição pode ser aplicado por pacientes, familiares e cuidadores, assim como por profissionais da saúde que assistem um paciente. O instrumento usa um questionário simples, mas validado cientificamente para triagem de risco de desnutrição. “Em suma, o aplicativo pode monitorar e identificar precocemente o risco de desnutrição, direcionar pacientes para cuidados especializados em nutrição e, por fim, preservar a vida e evitar inúmeras complicações de milhares de pacientes renais crônicos”, detalha a especialista.

Dra. Cristiane conta que foram aproximadamente três anos da ideia inicial, desenvolvimento do projeto, apresentação, análise e aprovação pela diretoria da SBN,

definição de desenvolvedores, envio de material, testes e validação com nutricionistas do Comitê até tudo se concretizar. “A fase de desenvolvimento e testes envolveu mais tempo devido aos muitos detalhes. Embora pareça um aplicativo simples, precisou de base científica e testes minuciosos de especialistas até a versão final.”

De acordo com **Dra. Cristina Martins**, membro

do Comitê de Nutrição da SBN e idealizadora do projeto juntamente com Dra. Cristiane, executora do projeto, o TRIANUTRI foi pensado para que os resultados sejam monitorados por médicos e nutricionistas de pacientes cadastrados, bem como pelo próprio paciente. “Com isso, uma rede maior pode ficar atenta em caso de resultado de risco de desnutrição. Clínicas de diálise, por exemplo, podem salvar o aplicativo nos celulares de seus pacientes, e criarem uma campanha para o dia mensal da triagem de risco de desnutrição. Dessa forma, nutricionistas das clínicas também podem otimizar o tempo e os resultados, e focar com mais intensidade em pacientes que apresentarem risco de desnutrição. É um aplicativo de fácil manuseio, portanto, é esperado que tenha alta aceitação e adesão por parte dos usuários. Ao preencher as perguntas – curtas e rápidas – do questionário online, o paciente pode, ao final e imediatamente, ter o resultado se está ou não em risco de desnutrição. Há um alerta em caso de risco presente. A autotriagem deve ser repetida mensalmente e o histórico das triagens fica armazenado na conta do paciente, que pode ser acompanhado pelos profissionais da saúde envolvidos”, explica.



**BAIXE AGORA MESMO E CONFIRA,
É RÁPIDO, SIMPLES E GRATUITO!**



Disponível para
iOS e Android (App Store
Play Store), basta
buscar por TRIANUTRI





“O desenvolvimento de aplicativo de triagem de risco de desnutrição é uma iniciativa inédita em nosso país e no mundo. De nosso conhecimento, nenhuma outra sociedade profissional desenvolveu aplicativo que possa ser utilizado para o monitoramento do risco de desnutrição em todas as fases da doença renal crônica e por qualquer paciente que deseje”, ressalta Dra. Cristiane. Para ela, um objetivo social e importante do TRIANUTRI é dar a oportunidade de o paciente ter poder em seu tratamento. “No app, ele é o agente principal, e não temos dúvidas que o envolvimento direto do paciente pode oferecer muitos benefícios individuais e coletivos. Sem dúvidas, um benefício direto do aplicativo é o estreitamento das relações entre pacientes e os profissionais da saúde, em torno de um objetivo concreto e significativo: o combate à desnutrição.”

Segundo Dra. Cristina, além de identificar o risco de desnutrição, proporcionar histórico de triagens e faci-

litar o direcionamento para cuidados especializados em nutrição, o aplicativo – desenvolvido pela empresa Aligator – pode possibilitar a criação de censos nacionais, campanhas focadas e formação de networking especializado. A nutricionista afirma que o aplicativo só foi possível com o apoio e participação da diretoria da SBN, em especial, do presidente Osvaldo Merege, da secretária geral, Andréa Pio e do diretor do Departamento de Ensino e Titulação, Dr. Marcelo Mazza. *“Nós e o Comitê de Nutrição da Sociedade estamos extremamente satisfeitos com o TRIANUTRI. O objetivo, agora, é a ampla divulgação e apoio, para que haja grande adesão em todo o Brasil. Há novas funcionalidades que podem ser adicionadas, e muitas ações e campanhas que podem ser geradas, a partir do sucesso do app”,* ressalta Dra. Cristina.



AUDIÊNCIA NO SENADO FEDERAL

No mês de maio, a SBN, representada pelo seu vice-presidente, **Dr. Daniel Calazans**, participou de audiência pública interativa, no Senado Federal, para debater sobre a Doença Renal Crônica e a conscientização em âmbito nacional sobre o fomento da terapia renal substitutiva.

A audiência, presidida pelo Senador Romário (RJ), contou também com a presença de parlamentares, do Deputado Estadual Renato Zaca, da presidente da Regional Distrito Federal da SBN, Dra. Isadora Calvo e da Dra. Márcia Maria Queiroz, da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante (ABCDT).



NEFRO ADVANCED

Entre os dias 13 e 14 de maio, aconteceu na cidade de Tiradentes (MG), o Nefro Advanced. O evento, organizado pela Sociedade Mineira de Nefrologia (SMN) contou com a presença do presidente da SBN, **Dr. Osvaldo Merege** e seu vice, **Dr. Daniel Calazans**, além do presidente da SMN, Dr. Renato Medeiros.

Apresentando os principais avanços atuais da Nefrologia, o Nefro Advanced anunciou também o lançamento do próximo Congresso Mineiro.



LANÇAMENTO DO PROGRAMA QUALIDOT

No último dia 06 de junho, a SBN, representada pelo seu presidente, **Dr. Osvaldo Merege**, esteve presente no Ministério da Saúde, em Brasília, no lançamento do Programa Qualidot (Programa de Qualificação do Processo de Doação e Transplantes), que oferecerá benefícios para a modalidade. A cerimônia contou com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Marcelo Queiroga que, após o lançamento, realizou reunião com os presentes e se colocou à disposição para orientações, salientando que pode a qualquer momento fazer mudanças no programa, orientado pela SBN, ABTO e outras entidades envolvidas com transplante. Na ocasião, também estiveram pre-

sentes Dr. Pedro Túlio, presidente da Sonerj e Dr. Valter Duro Garcia, representando a ABTO.



DEPARTAMENTO DE DISTÚRBIOS DO METABOLISMO ÓSSEO MINERAL DA SBN REALIZA REUNIÕES DE **DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS**

Com o objetivo de integrar a comunidade nefrológica, disseminar o conhecimento e debater com quem tem vivência diária com o distúrbio mineral e ósseo da DCR, desde março deste ano, na última quarta-feira de cada mês, o Departamento de Distúrbios do Metabolismo Ósseo Mineral na Doença Renal Crônica (DMO-DRC) da realiza reuniões online para discussão de casos clínicos.



tadores. Em todos os encontros, sempre um médico residente ou jovem nefrologista, apresenta o caso clínico e um preceptor modera a apresentação e a discussão, com dois debatedores previamente convidados. Entretanto, todos tem canal aberto para dar opinião e contribuir”, comenta

Dr. Leandro Junior Lucca, diretor do Departamento.

Para os interessados em participar, a SBN disponibiliza o link de acesso a plataforma para reunião na segunda-feira que antecede o encontro e, também, encaminha e-mail com todas as informações.

“Nossa intenção é criar um canal educativo para médicos residentes e, principalmente, dispensar um melhor atendimento ao paciente, dando oportunidade para médicos de todo o Brasil participarem, não apenas como espec-

Dúvidas, basta entrar em contato: secretaria@sbn.org.br.

PADRONIZAÇÃO DA NOMENCLATURA NA **INJÚRIA RENAL AGUDA**

O Departamento de Injúria Renal Aguda (IRA) da SBN finalizou um documento sobre a nomenclatura na IRA e nos métodos dialíticos com o objetivo de padronizá-la no Brasil, uniformizando a terminologia utilizada para efeitos de pesquisa e ensino, a padronização junto aos gestores públicos e privados e, também, para efeitos de cobrança e reembolso dos procedimentos dialíticos. *“Foi um trabalho coletivo da diretoria da SBN e os membros do Departamento de IRA, a quem reconhecemos e agradecemos os esforços dispendidos nessa importante tarefa”,* afirma **Dr. Luis Yu**, diretor do Departamento.



Acesse e saiba mais





CASO CLÍNICO:

RISCO DE ACIDOSE METABÓLICA EM PACIENTE IDOSO EM USO DE METFORMINA E INIBIDOR SGLT2 EM PREPARO PARA COLONOSCOPIA

por Stenio Barbosa

steniobfreitas@gmail.com

Paciente 75 anos, portador de DM2, em uso de Metformina 1000 mg MID, Dapaglifozina 10 MID, Rosuvastatina 10mg MID, AAS 81 MID. Indicação pelo médico assistente de realização de colonoscopia para rastreamento de neoplasia de cólon. Iniciou preparo com manitol e bisacodil. Após início do preparo, o paciente inicia quadro de diarreia e posteriormente dor abdominal, que o fazem procurar pronto atendimento. Deu entrada no hospital hemodinamicamente estável, lúcido e orientado. Após atendimento inicial, paciente piora o quadro de dor abdominal e é levado para sala de emergência do hospital. Realizada coleta de exames que identificam quadro de acidose metabólica grave. Paciente evolui com parada cardiorespiratória e é encaminhado para UTI. Sem evidências de complicações intra-abdominais em exames de imagem ou presença de infecções associadas. Manteve estabilidade hemodinâmica e função renal dentro da normalidade.

Exames laboratoriais na admissão hospitalar: gasometria arterial: pH :6,90, Po2:99mmHg, pCO2: 20mmHg, HCO3: 6 mmol/L; lactato: 5mmol/L (VR <2mmol/L); Na: 142 mEq/L, K:5,1 mEq/L, Cloro: 112mEq/L; Cr: 0,8mg/dL, Ureia: 80mg/dL, Glicose: 70mg/dL; exame de urina: Ph urinário 5,5; proteínas 0, Hb 0, presença de cetonas, 3 hm por campo, 1 piocito por campo.

É de fundamental importância a análise correta dos exames laboratoriais para entender melhor o quadro clínico do paciente e possíveis causas envolvidas na acidose metabólica.

Nesse caso, como o Ph encontra-se < 7,35, estamos diante de um quadro de acidemia. O distúrbio primário trata-se de uma acidose metabólica como constatamos devido ao baixíssimo nível de bicarbonato, com ânion

gap aumentado. $AG = 136 - (112 + 6) = 18$. Como próximo passo na análise laboratorial devemos avaliar a resposta respiratória. Nesse caso, com queda de 18 no bicarbonato o PCo2 esperado está dentro da faixa de resposta que seria entre 13-22. Como última análise devemos avaliar se estamos diante de uma acidose metabólica mista, portanto devemos calcular o Delta GAP/ Delta de bicarbonato: $18 - 12 / 24 - 6 = 0,5$. Com valores < de 1,0 temos acidose metabólica hiperclorêmica associada. Estamos diante de um paciente idoso, com quadro acidose metabólica mista, destaca-se a função renal dentro da normalidade. Sendo evidenciado um componente com anion gap aumentado possivelmente decorrente do acúmulo de ácido lático e outro aniongap normal, possivelmente pela perda corporal de bicarbonato causada pela diarreia.

A acidose metabólica é definida como um processo patológico que, aumenta a concentração de íons hidrogênio no organismo e reduz a concentração de HCO3. Ela pode ser produzida por três mecanismos principais.

- » Maior geração de ácido
- » Perda de bicarbonato
- » Excreção renal de ácidos diminuída

A metformina é uma das opções de preferência para tratamento medicamentoso inicial para adultos diabéticos tipo 2. A metformina é eficaz, barata e pode reduzir o risco de eventos cardiovasculares e morte. Entretanto, algumas complicações podem ocorrer, como o risco de desenvolvimento de acidose láctica. A fisiopatologia da acidose láctica desencadeada por metformina não é completamente conhecida, provavelmente é consequência da inibição da metformina da cadeia respiratória mitocondrial, bloqueando a conversão de precursores gliconeogênicos, como lactato e alanina em piruvato, promovendo metabolismo anaeróbio e acúmulo de



lactato. É mais provável de ocorrer em indivíduos com desidratação e lesão renal aguda, especialmente em idosos e tem uma mortalidade entre 30–50%. Os médicos que iniciam a metformina devem avaliar a função renal periodicamente e instruir os pacientes a descontinuar a medicação e consultar seu médico em caso de eventos que possam levar à desidratação ou hipovolemia, incluindo procedimentos médicos como colonoscopia.

Os inibidores de SGLT2 parecem aumentar o risco de cetose. Nesses indivíduos, a ausência de hiperglicemia substancial atrasa o reconhecimento do problema tanto pelos pacientes quanto pelos médicos. O mecanismo envolvido talvez possa ocorrer como consequência de sua depuração de glicose não insulino-dependente, hiperglucagonemia e depleção de volume. Pacientes com diabetes tipo 1 ou tipo 2 que apresentam náusea, vômito ou mal-estar ou desenvolvem acidose metabólica no contexto da terapia com inibidor de SGLT-2 devem ser prontamente avaliados quanto à presença de cetonas urinária e/ou plasmática.

Os dois principais corpos cetônicos, acetoacetato e β -hidroxibutirato, são derivados do metabolismo de ácidos graxos livres liberados dos adipócitos e entregues ao fígado. No citosol, os ácidos graxos são ativados em seus derivados acil-CoA e então transportados para a mitocôndria como o éster de carnitina, onde sofrem β -oxidação para formar acetil-CoA. Acetil-CoA pode ser metabolizado em corpos cetônicos ou se combinar com oxaloacetato para iniciar a primeira etapa do ciclo de Krebs, que é a formação de citrato. O oxaloacetato é regenerado a cada volta do ciclo de Krebs para que acetil-CoA adicional possa ser captada e metabolizada. Acetil-CoA também pode ser direcionado para a síntese de gordura. Para que isso ocorra, o citrato sai da mitocôndria e no citoplasma é clivado em acetil-CoA e oxaloacetato.

Excepcionalmente, os inibidores de SGLT2 levam a alterações na proporção de insulina para glucagon que podem predispor certos indivíduos a desenvolver cetose. Certamente, o grau de deficiência e resistência à insulina induzida por essa classe de drogas é muito menos grave em comparação com a cetose diabética, de modo que a superprodução e a subutilização de glicose são quantitativamente menos pronunciadas. Esse efeito, combinado com a inibição farmacológica da

reabsorção de glicose, provavelmente explica o porquê a glicose plasmática é apenas minimamente elevada em pacientes com esta forma de cetose induzida por SGLT2. A falta de hiperglicemia significativa, apesar do desenvolvimento de cetose, pode atrasar o diagnóstico, uma vez que a glicose plasmática é o que normalmente é monitorado pelos pacientes no dia a dia.

Do ponto de vista ácido-base, o acúmulo de ácido β -hidroxibutírico pode levar à perda indireta de NaHCO_3 do corpo sempre que a taxa de excreção do ânion (β -hidroxibutirato) exceder a capacidade do rim de excretar NH_4^+ . À medida que o ácido β -hidroxibutírico é produzido, o H^+ combina-se com o HCO_3^- levando à geração de $\text{Na}-\beta$ -hidroxibutirato e H_2CO_3 , o último dos quais se dissocia rapidamente em CO_2 (exalado pelos pulmões) e água. A excreção subsequente de β -hidroxibutirato na urina como sal de Na^+ ou K^+ representa uma perda de NaHCO_3 do corpo.

No caso clínico relatado, estamos diante de um paciente idoso, diabético, realizando preparo para colonoscopia, em uso de metformina e dapaglifozina. Portanto, apresenta um risco aumentado no desenvolvimento de acidose metabólica, mesmo com a função renal dentro da normalidade, seja devido ao uso de metformina que não foi suspensa para realização do procedimento, ou pela diarreia com perda de bicarbonato nas fezes e, concomitantemente, uma acidemia normoclorêmica. Possivelmente, devido a glicose sérica do paciente estar dentro da normalidade não foi aventada a possibilidade de uma cetose pela equipe que fez o atendimento, porém não podemos descartar sua ocorrência uma vez que foi constatada cetonas no exame de urina.

Cada dia mais recebemos pacientes em uso de classes medicamentosas diferentes para tratamento de doenças crônicas de alta prevalência, como diabetes mellitus. Decidimos discutir este caso clínico para chamar atenção aos fatores de risco para desenvolvimento de quadros graves de acidose metabólica em pacientes diabéticos em tratamento medicamentoso, que por suas particularidades eventualmente podem passar despercebidos na avaliação inicial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico e ácido-base: diagnóstico e tratamento / Carlos Peres Gomes... (et al). – 1 ed. – Barueri (SP): Manole 2021;
- 2) M.I. Hussain, B.M. Hall, B. Depczynski, S.J. Connor, Acute renal failure and Metformin-associated Lactic Acidosis following Colonoscopy, Diabetes Research and Clinical Practice (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2013.12.055>;
- 3) Palmer, B.F., Clegg, D.J., Taylor, S.I. & Wei, M.R., Diabetic Ketoacidosis, Sodium Glucose Transporter-2 Inhibitors and the Kidney, Journal of Diabetes and Its Complications (2016), doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.05.008;
- 4) METFORMIN-ASSOCIATED LACTIC ACIDOSIS IN AN OLDER ADULT AFTER COLONOSCOPY: AN UNCOMMON TRIGGER FOR A

- RARE COMPLICATION – Wang Chun Kwok, MBBS Department of Medicine, Queen Mary Hospital, Hong Kong SAR, China;
- 5) Pessoa, A.; Quintela, J.; Tavares, S.; Marques, M.; Pereira, J.; Silva, D.; Pimentel, R.; Pereira, M. J.; When a harmless procedure causes a life-threatening problem: a case report of metformin-associated lactic acidosis following a colonoscopy; Practical Diabetes 2019; 36(1): 22–24;
- 6) D Wamoa, A McHoy; Endoscopy or colonoscopy guidelines for patients with diabetes The development and audit of local pilot guidelines for patients with diabetes undergoing an endoscopy or colonoscopy as an outpatient; Practical Diabetes Int 2006; 23(3): 101–105;
- 7) Update. Approach to the adult with metabolic acidosis.



PRÁTICAS COMUNS (E CONTROVERSAS) EM PLANTÕES DE HEMODIÁLISE

por **José A. Moura Neto**

mouraneto@bahiana.edu.br

1) ADICIONAR ELETRÓLITOS NO CONCENTRADO POLIETROLÍTICO PARA HEMODIÁLISE (CPHD)

Em pacientes sob risco de hipocalcemia ou hipofosfatemia, por exemplo, é comum a adição de formulações comerciais contendo potássio ou fósforo ao CPHD – popularmente conhecido como “banho”. Entretanto, a manipulação do CPHD é uma prática *off label* e, em razão de riscos de contaminação e erro de diluição, deve ser evitada. Pacientes em risco de hipocalcemia ou hipofosfatemia devem ter suas causas investigadas e riscos adicionais minimizados, quando possível. Em alguns casos, a reposição eletrolítica venosa, oral ou por vias alternativas pode ser necessária.

2) AUMENTAR A CONCENTRAÇÃO DO SÓDIO DA SOLUÇÃO DE DIÁLISE EM PACIENTES COM RISCO DE HIPOTENSÃO INTRADIÁLÍTICA (HID)

Em pacientes com HID, uma das estratégias comumente utilizadas é o aumento da concentração do sódio da solução de diálise (e.g., 142 mEq/L). Essa conduta, entretanto, pode resultar em um ciclo vicioso deletério no manejo volêmico do paciente em HD e não deve ser realizada de forma rotineira.

Por quê? A maior concentração de sódio na solução de diálise tende a aumentar a sede e, consequentemente, elevar a ingesta hídrica e o ganho de peso entre as sessões. O maior ganho de peso interdialítico culminará em taxas de ultrafiltração (TUF) mais altas, aumentando, portanto, o risco de HID. Para minimizar o risco, a equipe pode elevar novamente a concentração do sódio da solução de diálise... e, assim, o ciclo vicioso se mantém.

Plantão em centro de hemodiálise(HD) talvez seja o principal campo de trabalho do nefrologista no Brasil e no mundo. Apesar dos avanços tecnológicos da diálise, e do próprio desenvolvimento da medicina baseada em evidência, algumas práticas tradicionais ainda comumente utilizadas podem ser consideradas controversas – seja pelos riscos de potenciais malefícios ou pela ausência de evidência de benefícios. O Nefrodicas dessa edição traz 6 dessas práticas. *O objetivo não é condenar tais condutas, mas gerar reflexão! Não custa lembrar: a decisão individualizada, compartilhada (quando possível) e que leve em consideração inclusive o contexto em que o centro de HD está inserido, sempre será a melhor alternativa!*



Existem alternativas para pacientes em risco de HID: 1) aumentar a duração da sessão de HD (o que reduzirá a TUF); 2) reduzir a temperatura do dialisato, e; 3) aumentar a frequência semanal de sessões de HD, com sessões extras sempre que o paciente estiver muito acima do peso seco.

Vale ressaltar que o aumento da concentração do sódio na solução de diálise ainda pode ser uma alternativa útil em situações pontuais. Por exemplo: pacientes com boa diurese residual (com ganho de peso interdialítico mínimo) e episódios recorrentes de HID.

3) DIMINUIR O FLUXO DA BOMBA DE SANGUE (QB) DURANTE EPISÓDIO DE HID

Além de medidas clássicas como redução (ou cessação) da ultrafiltração, infusão em *bolus* de solução salina e posicionar o paciente em Trendelenburg, uma conduta frequentemente adotada em pacientes com HID é a diminuição do Qb.

Tal conduta desenvolveu-se em período em que as máquinas não possuíam sistemas de controle de ultrafiltração e usavam dialisadores de placas e dialisato com acetato (com propriedades vasodilatadoras)¹. Atualmente, essa conduta não parece trazer benefício durante episódios de HID – e pode resultar em menor depuração.

4) EVITAR DAPIRONA SE RISCO DE HIPOTENSÃO

Sabe-se que a queda na PA, por mecanismos da própria fisiologia da dor, pode se seguir à analgesia. Uma metanálise recente indicou, de fato, maior risco de hipotensão com dipirona por via intravenosa quando comparado ao paracetamol (RR=3,48, 95% IC 1,07–11,27)². Entretanto, ainda não se sabe a real magnitude do risco e podemos considerar que essa questão também segue controversa.

5) SUSPENDER A HEPARINA DURANTE A SESSÃO DE HD SE A PA ESTIVER ALTA

Em pacientes com pico hipertensivo na aferição antes do início da HD, costuma-se proceder à sessão sem heparina. A conduta se justifica, teoricamente, pelo risco de AVE³. Entretanto, apesar de prudente, não há evidências que sustentem essa prática.

De fato, qual seria o limite para suspensão da heparina? A conduta valeria para todos os pacientes? Ou apenas para aqueles em maior risco? Perguntas que não temos e, por questões éticas, provavelmente não teremos respostas adequadas. Nesses casos, a decisão individualizada (sempre) é a melhor opção! Enquanto em pacientes idosos, com histórico de AVE e/ou níveis muito elevados de PA (PAS \geq 180mmHg e PAD \geq 110mmHg) seria prudente a realização da HD sem heparina até redução dos níveis pressóricos, essa conduta pode não se justificar em pacientes jovens ou com baixo risco de AVE.

6) SUSPENDER A HEPARINA DURANTE SESSÃO DE HD NO PACIENTE EM USO CRÔNICO DE ANTICOAGULANTE ORAL (POR OUTRA CAUSA)

Em teoria, pacientes com INR $>$ 3 poderiam suspender a heparina durante a sessão de HD, enquanto o INR mantiver esses valores³⁻⁶. Entretanto, pelas dificuldades de termos valores atualizados de INR no momento da HD, a suspensão completa rotineira da heparina deve ser evitada.

Em muitos casos, a dose pode ser reduzida! A conduta deve levar em consideração múltiplos fatores, como condições clínicas do paciente, hemostasia do sítio de punção nas últimas sessões, INR (se atual!), evidências de coagulação do sistema durante o procedimento e informações prévias do setor de reprocessamento do dialisador³.

Referências

- 1 – Sherman RA, Daugirdas JT, Ing TS. Complications during Dialysis. In: Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS (eds) Handbook of Dialysis. 5th edn. Philadelphia, Penn: Wolters Kluwer. 2015
- 2 – Kötter T, da Costa BR, Fässler M, et al. Metamizole-associated adverse events: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2015 Apr 13;10(4):e0122918.
- 3 – Vieira CKS, Pereira BJ, Moura-Neto JA. Anticoagulação na Hemodiálise Crônica. In: Como eu faço? Conduas em Nefrologia Clínica e Diálise. Editora Manole. Ahead of Print

4– Ziai F, Benesch T, Kodras K, et al. The effect of oral anticoagulation on clotting during hemodialysis. Kidney Int. 2005; 68: 862–866

5– EBP Guidelines Expert Group on Hemodialysis ERA. Section V. Chronic intermittent haemodialysis and prevention of clotting in the extracorporeal system. Nephrol Dial Transplant. 2002; 17: 63–717

6– Davenport A, Lai KN, Hertel J, Caruana RJ. Anticoagulation. In: Daugirdas JT, Blake PG, Ing TS (eds) Handbook of Dialysis. 5th edn. Philadelphia, Penn: Wolters Kluwer. 2015

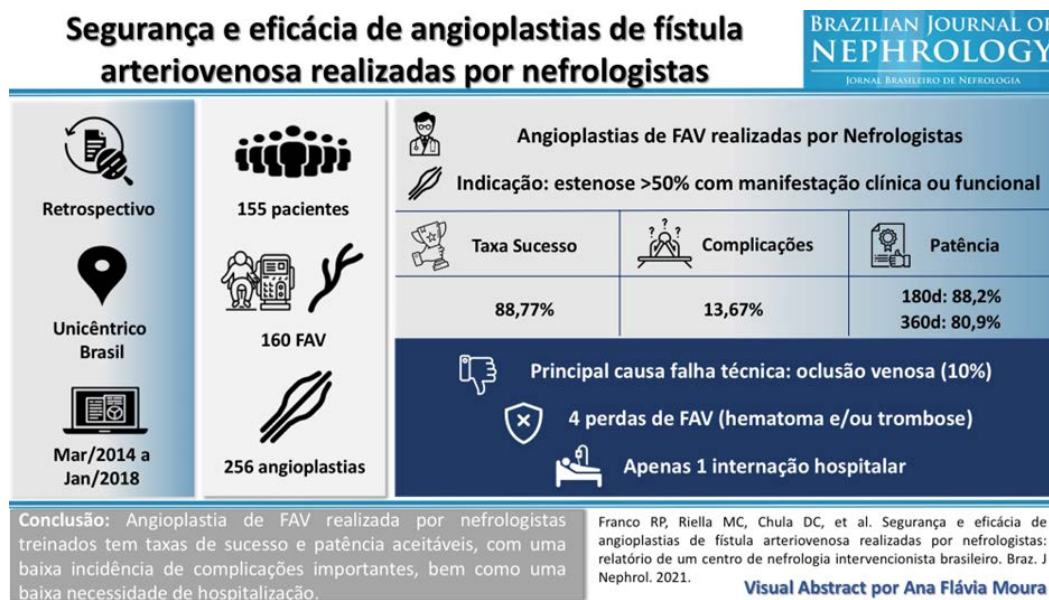


Brazilian Journal of Nephrology

Nesta edição, destacamos artigos da edição de janeiro (v44n2) do Brazilian Journal of Nephrology, que poderão ser acessados na íntegra, a partir do QR Code disponível ao lado de cada conteúdo.

SEGURANÇA E EFICÁCIA DE ANGIOPLASTIAS DE FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS REALIZADAS POR NEFROLOGISTAS

As fístulas arteriovenosas são a primeira escolha de acesso vascular para hemodiálise. No entanto, elas apresentam uma alta incidência de estenoses venosas levando à trombose. Embora o treinamento em Nefrologia Intervencionista possa melhorar a acessibilidade para o tratamento das estenoses venosas, há dados limitados sobre a segurança e a eficácia desta abordagem realizada por nefrologistas treinados em países em desenvolvimento e de baixa renda. Estudo realizado por Ricardo Franco e colaboradores apresenta os resultados retrospectivos de angioplastias de fístulas arteriovenosas realizadas por nefrologistas treinados em um centro ambulatorial brasileiro de nefrologia intervencionista. O desfecho primário foi a taxa de sucesso técnico (conclusão do procedimento com angioplastia de todas as estenoses) e os desfechos secundários foram taxas de complicação e a patência geral das fístulas arteriovenosas. Duzentas e cinquenta e seis angioplastias foram realizadas em 160 fístulas arteriovenosas. A taxa de sucesso técnico foi de 88,77% e a principal causa de falha técnica foi a oclusão venosa (10%). A incidência de complicações foi de 13,67%, com apenas um paciente necessitando de internação e quatro acessos perdidos devido à presença de hematomas e/ou trombose. Hematomas de grau I foram a complicação mais frequente (8,2%). A patência geral encontrada foi de 88,2 e 80,9% a 180 e 360 dias após o procedimento, respectivamente. Os achados sugerem que a angioplastia de fístula arteriovenosa realizada por nefrologistas treinados tem taxas de sucesso e patência aceitáveis, com uma baixa incidência de complicações maiores, bem como uma baixa necessidade de hospitalização.



REFERÊNCIA

Franco RP, Riella MC, Chula DC, Alcântara MT, Nascimento MM. Segurança e eficácia de angioplastias de fístulas arteriovenosas realizadas por nefrologistas: relato de um centro de nefrologia intervencionista brasileiro. Braz. J. Nephrol. 2021;00(00):00.



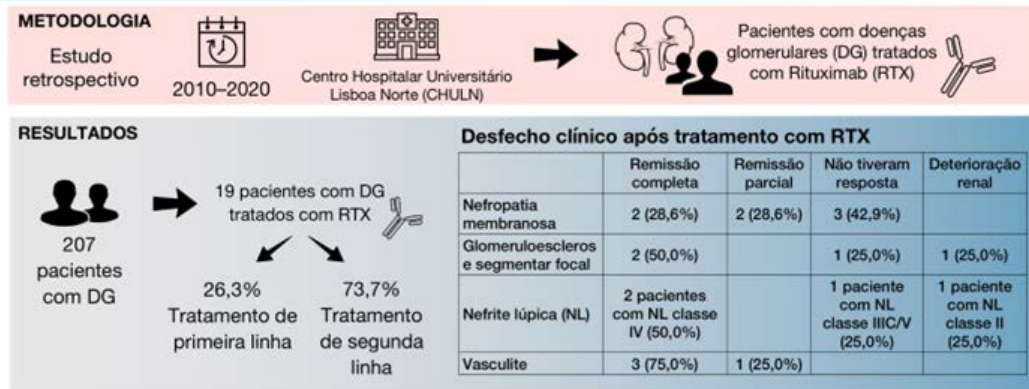
RITUXIMAB EM DOENÇAS GLOMERULARES: UMA SÉRIE DE CASOS E REVISÃO NARRATIVA

As doenças glomerulares são uma importante causa de doença renal crônica na maioria dos países e afetam com maior frequência os pacientes mais jovens. O uso de Rituximab em doenças glomerulares aumentou nos últimos anos, embora ainda utilizado apenas em uma pequena fração de pacientes. Estudo retrospectivo de único centro, realizado por Inês Duarte e colaboradores, de 2010–2020, considerou pacientes adultos com nefropatia membranosa, glomeruloesclerose segmentar focal, nefrite lúpica e vasculite tratada com Rituximab como terapia de primeira ou segunda linha. Dos 19 pacientes identificados, 36,8% tinham nefropatia membranosa; 25,0% cada apresentava glomeruloesclerose segmentar focal, nefrite lúpica e vasculite. Rituximab foi terapia de primeira linha em 26,3% dos pacientes e em 73,7% foi terapia de segunda linha. O tempo médio de acompanhamento foi $7,7 \pm 7,2$ anos. Em nefropatia membranosa, 2 pacientes (28,6%) tiveram remissão completa, 2 pacientes (28,6%) remissão parcial, e 3 pacientes (42,9%) não tiveram resposta. Na glomeruloesclerose segmentar focal, 2 pacientes (50,0%) apresentaram remissão completa, 1 paciente (25,0%) não teve resposta e, 1 paciente, deterioração renal. Dois pacientes (50,0%) apresentaram nefrite lúpica classe IV com remissão completa após Rituximab, 1 paciente com nefrite lúpica classe III/V não teve resposta, e 1 paciente com nefrite lúpica classe II apresentou deterioração renal. Na vasculite, 3 pacientes (75,0%) apresentaram remissão completa e 1 paciente remissão parcial. Reações à infusão ocorreram em 2 pacientes (10,5%) e um paciente apresentou múltiplas complicações infecciosas. A eficácia do Rituximab em tratar diferentes tipos de doenças glomerulares imunomediada tem sido demonstrada com diferentes taxas de resposta, mas com perfil geral seguro. Nesta série de casos, os resultados também são encorajadores. Estudos longitudinais são necessários para compreender melhor o efeito do Rituximab nas doenças glomerulares.

Publicado no mesmo fascículo, o editorial intitulado *Uso de rituximab em glomerulopatias*, de Cristiane Bitencourt Dias e Viktoria Woronik, destaca que o Rituximab causa infecções e que, na literatura, já existem relatos que associaram maiores infecções ao uso do medicamento em diabéticos, ao uso prévio de outros medicamentos imunossupressores e a uma dose acumulada de Rituximab.

Rituximab em doenças glomerulares: uma série de casos e revisão narrativa

BRAZILIAN JOURNAL OF
NEPHROLOGY
JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA



Conclusões: A eficácia do RTX em tratar diferentes tipos de DG imunomediada tem sido demonstrada com diferentes taxas de resposta, mas com perfil geral seguro. Em nossa série de casos, os resultados também são encorajadores. Estudos longitudinais são necessários para compreender melhor o efeito do RTX na DG.

Referência
DUARTE et al. Rituximab em doenças glomerulares: uma série de casos e revisão narrativa. *Braz. J. Nephrol.* [online]. 2021. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-JBN-2021-0120>.

Visual abstract por Regiane S. da Cunha



ARTIGO ORIGINAL

Duarte I, Oliveira J, Outerelo C, Godinho I, Pereira M, Fernandes P, Jorge S, et al. Rituximab em doenças glomerulares: uma série de casos e revisão narrativa. *Braz. J. Nephrol.* 2021;00(00):00.

EDITORIAL

Dias CB, Woronik V. Uso de rituximab em glomerulopatias. *Braz. J. Nephrol.* 2022;00(00):00.

DIFERENÇAS ENTRE PACIENTES COM LESÃO RENAL AGUDA INDUZIDA POR COVID-19 E PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Estudo prospectivo descreve as principais diferenças entre a lesão renal aguda induzida por COVID-19 (LRA-COVID19) em pacientes com função renal normal prévia (LRA-FRN) e aqueles com doença renal crônica (LRA-DRC). Realizado por Gustavo Aroca-Martínez e colaboradores, o estudo incluiu 572 pacientes com um diagnóstico positivo de COVID-19, confirmado por teste de reação em cadeia da polimerase (PCR) positivo para SARS-CoV-2 e atendidos durante a primeira onda pandêmica (2020). Foram registrados os dados epidemiológicos, os parâmetros séricos e o estado de fragilidade clínica dos pacientes. A incidência de LRA induzida por COVID-19 foi de 33%, com a maioria classificada como AKIN 1, 16% exigindo terapia renal substitutiva e a mortalidade por LRA-COVID19 foi de 68%. Foi registrada uma prevalência significativamente mais alta de hipertensão, doença cardíaca e proteína C reativa sérica e valores mais baixos de albumina em pacientes com LRA-DRC. A taxa de mortalidade, a necessidade de ventilação invasiva e os níveis de dímero-D foram significativamente mais altos em pacientes com LRA-FRN. O estudo relatou uma tendência a uma resposta inflamatória maior e uma taxa de mortalidade significativamente mais alta na LRA de novo em pacientes com COVID-19 do que em pacientes com LRA com COVID-19 que sofriam anteriormente de DRC.

REFERÊNCIA

Aroca-Martínez G, Musso CG, Avendaño-Echavez L, Vélez-Verbel M, Chartouni-Narvaez S, Hernandez S, Hinojosa-Vidal MA, et al. Diferenças entre pacientes com lesão renal aguda induzida por COVID-19 e pacientes com doença renal crônica. *Braz. J. Nephrol.* 2022;00(00):00.



TABELA 2 ESCALA CLÍNICA DE FRAGILIDADE

1-Robusto	Pessoas robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais em forma para sua idade.
2-Saudável	Pessoas que não apresentam sintomas e nenhuma doença ativa, mas que estão menos em forma do que as da categoria anterior. Elas frequentemente se exercitam ou são muito ativas ocasionalmente.
3-Regular	Pessoas cujos problemas de saúde são bem controlados mas não são regularmente ativas além da caminhada de rotina.
4-Vulnerável	Embora não dependam de outros para ajuda diária, seus sintomas muitas vezes limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se "mais lento" e/ou estar cansado durante o dia.
5-Fragilidade leve	Essas pessoas geralmente apresentam uma lentidão mais evidente e precisam de ajuda em atividades mais complexas (gerenciamento de suas finanças, medicamentos, transporte e trabalhos domésticos pesados).
6-Fragilidade moderada	Essas pessoas precisam de ajuda em todas as atividades externas. Em ambientes internos, precisam de ajuda na limpeza e muitas vezes têm problemas para subir escadas. Também precisam de ajuda para tomar banho e podem precisar de assistência mínima para se vestir.
7-Fragilidade grave	Completamente dependente para cuidados pessoais, seja por razões físicas ou cognitivas. Mesmo assim, são aparentemente estáveis e sem alto risco de óbito.
8-Fragilidade muito grave	Completamente dependentes, e próximos do fim de sua vida (dentro de 6 meses).
9-Doente terminal	Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a qualquer pessoa com uma expectativa de vida <6 meses, sem ser evidentemente frágil.

TABELA 4 NECESSIDADE DE SUPORTE ARTIFICIAL DE ÓRGÃOS VITAIS NOS GRUPOS

n: 570	LRA-FRN (26%)	LRA-DRC (8%)	SEM LRA (66%)	Valor de p
Ventilação Não-Invasiva	32%	39%	73%	1: <0,0001 2: NS 3: <0,0001
Ventilação Invasiva	68%	60%	27%	1: <0,0001 2: 0,05 3: <0,0001
Diálise	22%	42%	0%	2: <0,0001

LRA-FRN: lesão renal aguda em indivíduos com função renal normal prévia; LRA-DRC: lesão renal aguda em pacientes com doença renal crônica; NS: comparações não significativas do teste de Bonferroni: LRA-FRN vs SEM LRA (1), LRA-FRN vs LRA-DRC (2), LRA-DRC vs SEM LRA (3)

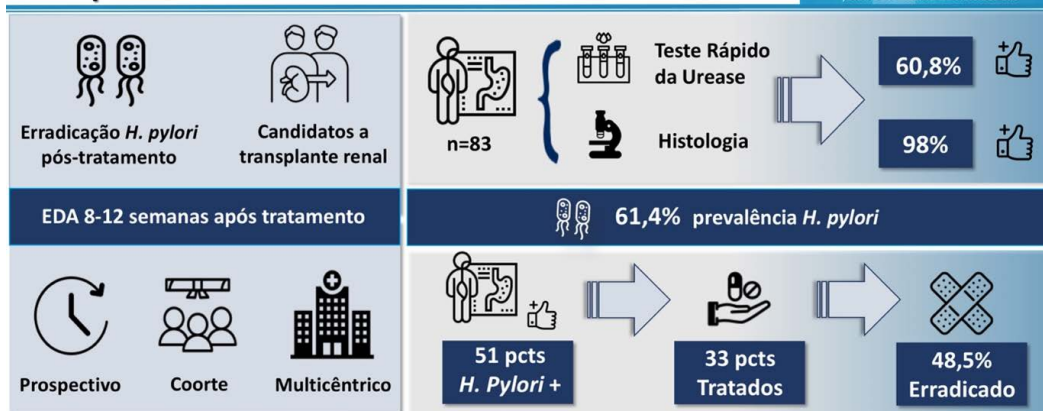


ERRADICAÇÃO DO *HELICOBACTER PYLORI* EM CANDIDATOS A TRANSPLANTE RENAL

O *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) é um patógeno comum no ser humano que é responsável pela infecção bacteriana mais prevalente que se conhece atualmente. É um agente etiológico de comorbidades do trato gastrointestinal variando de leve a grave. A prevalência de *H. pylori* varia de 30 a 80% em vários países. Apesar da alta prevalência, manifestações clínicas são raras na maioria dos pacientes portadores do *H. pylori* no trato gastrointestinal e apenas uma minoria desenvolve sintomas. Estudo respectivo multicêntrico realizado por Mariana Maioli e colaboradores analisa a eficácia de um regime antimicrobiano na erradicação da infecção por *H. pylori* em pacientes com doença renal crônica, candidatos a transplante renal. O estudo incluiu pacientes adultos com doença renal crônica atendidos na instituição. Na avaliação pré-transplante, 83 pacientes foram submetidos a uma endoscopia digestiva alta com 2 métodos diagnósticos para detecção do *H. pylori*: histologia e teste rápido de urease. No total, 33 pacientes com infecção por *H. pylori* receberam tratamento com 20 mg de omeprazol, 500 mg de amoxicilina e 500 mg de claritromicina uma vez ao dia durante 14 dias. Outra endoscopia digestiva alta foi realizada 8 a 12 semanas após o término do tratamento para verificação da resposta. O estudo mostrou prevalência de *H. pylori* em 51 (61,4%) pacientes. A histologia foi positiva em 50 (98%) pacientes e o teste rápido de urease foi positivo em 31 (60,8%). A taxa de erradicação da infecção foi 48,5% (16 pacientes). Após o esquema triplo antimicrobiano de longo prazo utilizado, houve uma alta taxa de prevalência de *H. pylori* e baixa taxa de erradicação. A associação do teste rápido de urease com a histologia da mucosa gástrica não aumentou a taxa de detecção do *H. pylori*.

Erradicação do *Helicobacter pylori* em candidatos a transplante renal

BRAZILIAN JOURNAL OF
NEPHROLOGY
JORNAL BRASILEIRO DE NEFROLOGIA



Conclusão: Após o esquema triplo antimicrobiano de longo prazo utilizado, houve uma alta taxa de prevalência de *H. pylori* e baixa taxa de erradicação. A associação do teste rápido de urease com a histologia da mucosa gástrica não aumentou a taxa de detecção do *H. pylori*.

Maioli ME, Frange RFN, Grion CMC, Delfino VDA. Erradicação do *Helicobacter pylori* em candidatos a transplante renal. Braz J Nephrol. 2021.

Visual Abstract por Ana Flávia Moura



REFERÊNCIA

Maioli ME, Frange RFN, Grion CMC, Delfino VDA. Erradicação do *Helicobacter pylori* em candidatos a transplante renal. Braz. J. Nephrol. 2022;00(00):00.



SBN NA WEB

ACESSE



A AULA À DISTÂNCIA DO EAD DA SBN!

Confira as últimas aulas:

FÓRUM VIRTUAL DE TELEMEDICINA EM NEFROLOGIA

MODERADORES:

DR. OSVALDO MEREGE
PRESIDENTE SBN

DRA. ANDREA PIO
SECRETARIA GERAL SBN

PALESTRANTE:

DR. CHAO LUNG WEN
RESPONSÁVEL PELA TELEMEDICINA DA FAMUSP

DEBATEDORES:

DR. JOÃO MOREIRA
DIRETOR DEPTO. DE DEFESA PROFISSIONAL SBN

DR. LUIS YU
DIRETOR DEPTO. DE IIA SBN

DR. DONIZETTI DIMER GIAMBERARDINO FILHO
REPRESENTANTE CFM



Telemedicina em Nefrologia

Cofinanciamento da Diálise



COFINANCIAMENTO DA DIÁLISE: PERSPECTIVAS PARA IMPLEMENTAÇÃO EM TERRITÓRIO NACIONAL

MODERADORES:

DR. OSVALDO MEREGE
PRESIDENTE SBN

DRA. CARMEN TZANNO
COORDENADORA COMITÊ DE GESTÃO E ECONOMIA SBN

COFINANCIAMENTO:

DR. PEDRO TÚLIO
PRESIDENTE SONEU
EXPERIÊNCIA DO RIO DE JANEIRO

TARCÍSIO STEFFEN
PRESIDENTE ASSOCIAÇÃO DOS CENTROS DE NEFROLOGIA DE SC

DEBATEDORES:

DRA. KARLA PETRUCCELLI
MEMBRO DO DPTO DE DEFESA PROFISSIONAL SBN

DR. JOÃO MOREIRA
DIRETOR DPTO DE DEFESA PROFISSIONAL SBN

LANÇAMENTO DO APLICATIVO DE NUTRIÇÃO

MODERADORES:

DR. OSVALDO MEREGE
Presidente SBN

DR. DAVID MACHADO
Tesoureiro SBN

CONVIDADAS:

CRISTIANE MORAES
Coordenadora Comitê de Nutrição SBN

CRISTINA MARTINS
Membro do Departamento de Nutrição SBN



Lançamento App de Nutrição

