

Nefropatia Diabética: uma doença silenciosa

O diretor médico nacional da NephroCare Portugal, Pedro Ponce, e a diretora clínica da unidade de diálise da APDP, Patrícia Branco, partilham uma caracterização da Nefropatia Diabética.

Pedro Ponce: a natureza da epidemia e a nossa resposta

A constelação de sinais frequentemente associados – que incluem a obesidade, hipertensão, elevação da glicémia (açúcar no sangue) e alteração do perfil lipídico (colesterol elevado) – que alguns autores denominaram como síndrome metabólica constitui um importante risco cardiovascular e exerce, em simultâneo, uma influência negativa na função renal. O número de pessoas com Diabetes tipo 2, incluídos nesta síndrome, está a aumentar em todos os países (um em cada 10 adultos), sendo responsável por 12% dos gastos em saúde (Relatório do observatório nacional de Diabetes, edição 2016). Em cada seis segundos, morre uma pessoa por diabetes no mundo.

Em Portugal, em 2015, a prevalência de diabéticos diagnosticados era de 6.8% da população, estimando-se que cerca de 31% dos indivíduos com Diabetes desconhecem que o são, sendo que os identificados consomem cerca de 1% do PIB em despesas de saúde. A resposta da estrutura de cuidados médicos primários a esta epidemia tem melhorado substancialmente, em termos de formação e standardização de cuidados dispensados pelos profissionais de saúde, de acessibilidade dos doentes e da educação destes para o seu autocuidado. Dos doentes identificados, 83% têm vigilância médica regular, em média 3.1 consultas por ano e, nestas consultas, 79% têm valores de pressão arterial registados e 63% têm valores de microalbuminúria quantificados (em 22% destes > 30mg/dia). Estes dois parâmetros assumem importância crucial na correta

identificação da lesão renal da Diabetes, a nefropatia diabética, e na subsequente referenciação a uma consulta da especialidade de nefrologia (doenças renais).

A acessibilidade destes doentes a consultas de nefrologia na rede pública hospitalar, ou na rede convencional, está assegurada em todo o território nacional, com listas de espera inferiores a dois meses. A estratégia assistencial da consulta de nefrologia efetuada em complementaridade com a de medicina geral e familiar, em que 34% dos doentes com doença renal crónica têm simultaneamente Diabetes, visa reduzir ou estabilizar a progressão da deterioração da função renal na sua evolução para o estadió final, que obriga a terapêutica substitutiva da função renal, vulgo diálise. As recentes melhorias no controlo da pressão arterial e da doença coronária aumentaram a esperança de vida dos diabéticos tipo 2, aumentando a sua exposição ao risco de desenvolver nefropatia diabética como causa de doença renal crónica, risco este sobreponível na Diabetes tipo 1 e 2.

Apesar do envelhecimento da população e do aumento da incidência de Diabetes em Portugal, documenta-se uma estabilização da doença renal crónica terminal secundária à doença renal diabética nos últimos anos. A Diabetes é, hoje em dia, a maior causa de doença renal crónica terminal, com necessidade de diálise. De facto, à entrada de diálise, 49% dos doentes são diabéticos, sendo a Diabetes a causa da lesão renal em cerca 33% dos novos doentes (dados do registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia). Em Portugal, a prevalência de



Apesar do envelhecimento da população e do aumento da incidência de Diabetes em Portugal, documenta-se uma estabilização da doença renal crónica terminal secundária à doença renal diabética nos últimos anos.

doença renal crónica terminal (com necessidade de diálise) é de cerca de 1900 doentes por milhão de habitantes, números só ultrapassados pelo Japão, Taiwan, Singapura e os Estados Unidos. No entanto, o crescimento anual destes números está a desacelerar substancialmente na última década.

À entrada em diálise, cerca de 70 doentes por milhão de habitante têm como causa a nefropatia diabética. Estes números de incidência e prevalên-

cia da doença renal, altamente variáveis de país para país, têm a ver com o património genético da população em estudo, diferenças de estilo de vida, diferenças nas características dos serviços nacionais de saúde, acesso a programas de rastreio, tratamento precoce da diabetes e acessibilidade a consultas de nefrologia e unidades de diálise, que no nosso país é universal, sem restrições e gratuita.

Com efeito, para os doentes com doença renal terminal existe acessibilidade universal e acesso a informação para uma escolha esclarecida sobre as técnicas de substituição da função renal. Estes tratamentos são a hemodiálise, hemodiálise longa noturna, a diálise peritoneal (manual e automatizada), a transplantação renal, a transplantação renal e pancreática simultânea e a transplantação pancreática. Salienta-se que a transplantação renal de doentes com Diabetes tem aumentado desde 2008. A dupla transplantação renal e pancreática também tem aumentado no nosso país de forma contínua e consistente no mesmo período. Em relação à transplantação pancreática, Portugal melhorou o seu desempenho, estando em 7º lugar a nível mundial.

Considero, pois, que o nosso sistema de saúde fornece uma resposta de boa qualidade e com melhoria contínua da acessibilidade e da prestação na última década, aguardando-se com expectativa terapêuticas emergentes da nefropatia diabética, algumas com resultados preliminares promissores, que permitam atrasar ou sustar a deterioração da função renal provocada pela Diabetes. Este desiderato, infelizmente, não é ainda uma realidade, dependendo nós do rastreio abrangente dos doentes com maior risco e da deteção precoce da nefropatia diabética, para minorar a sua deterioração inexorável.

Patrícia Branco: fatores de risco e prevenção

A nefropatia diabética é uma das mais importantes complicações da Diabetes, secundária ao aumento crónico da glicose (açúcar) no sangue. Alterou-se o conceito da nefropatia diabética clássica para doença renal diabética. A doença renal diabética é uma síndrome numa pessoa com Diabetes mellitus caracterizada pela presença persistente de uma proteína na urina (a albumina) e redução progressiva da função renal, geralmente acompanhado por HTA. É um diagnóstico presuntivo. A albumina na urina surge em cerca de 30% das pessoas com Diabetes tipo 1 e tipo 2, cinco a quinze anos após o início da Diabetes.

Em 80% dos casos, a quantidade de albumina/proteína na urina aumenta em 10 anos se não se intervir (30% na atualidade). A maioria destes doentes iria progredir, na ausência de intervenção, para doença renal terminal em aproximadamente seis a oito anos. A evolução para doença renal é sobreponível nos dois tipos de Diabetes. No entanto, a expressão da nefropatia na Diabetes tipo 2 é mais suscetível de ser modificada por comorbilidades como HTA de longa data, obesidade e doença cardiovascular.

A nefropatia diabética é silenciosa e o doente pode estar, até fases muito tardias da patologia, sem qualquer espécie de sintomas. A doença renal no doente diabético é avaliada simultaneamente por dois aspetos: pela presença de uma proteína na urina, a albumina (albuminúria), e pelo cálculo da função renal a partir de uma análise de sangue. A presença de albumina na urina e a subida de creatinina no sangue são indicadores de doença renal. Estas duas determinações, feitas de forma seriada, permitem identificar a presença e o estadió da doença renal, bem como o prognóstico do doente. É fundamental valorizar a evolução da função renal de cada doente, nomeadamente para definir a sua estabilidade ou agravamento. Assim, o rastreio



A doença renal no doente diabético é avaliada simultaneamente por dois aspetos: pela presença de uma proteína na urina, a albumina (albuminúria), e pelo cálculo da função renal a partir de uma análise de sangue. A presença de albumina na urina e a subida de creatinina no sangue são indicadores de doença renal.

precoce é fundamental. Nos casos de pessoas com Diabetes tipo 1, o rastreio é iniciado aos cinco anos de doença e depois realizado anualmente, enquanto que nos doentes com Diabetes tipo 2, se deve iniciar logo após o diagnóstico.

Esta vigilância para detetar disfunção renal nos diabéticos tem vários objetivos. Em primeiro lugar, avaliar o risco individual de morte prematura, evolução para doença renal crónica ou evento cardiovas-

cular. A presença de doença renal é um fator de risco para a morte. Uma pessoa com doença renal crónica tem maior probabilidade de morrer do que de ter uma progressão da sua doença renal e chegar à fase de necessitar de substituição da função renal. Ter patologia renal também é um fator de risco para a doença vascular, isto é, aumenta o risco de enfartes cardíacos, acidentes vasculares cerebrais e amputações dos membros. Outros objetivos desta vigilância são atuar no sentido de minimizar esses riscos e, por fim, auxiliar na opção por fármacos anti-hiperglicémicos ou por outros (alguns antibióticos, administração de contraste endovenoso, preparações intestinais), quer na escolha dos medicamentos, quer na adequação da dose.

A doença renal crónica pode complicar a Diabetes mellitus num terço das pessoas, principalmente naquelas com idade superior a 60 anos, com pressão arterial elevada, familiares com doença renal, excesso de peso (com o Índice de Massa Corporal > 30) e Diabetes mal controlada. É possível atuar preventivamente nalguns destes fatores. A prevenção da doença renal passa por cinco pontos fundamentais. O primeiro é a alteração de estilos de vida: não fumar; reduzir o excesso de peso (avaliar peso, IMC e diâmetro abdominal); praticar atividade física (andar a pé 30 minutos, duas vezes por dia) e evitar a inatividade (levantando-se de 30 em 30 minutos); fazer uma alimentação saudável e reduzir o consumo de sal (inferior a 5 gr de sal/dia, isto é, inferior a 2 gr de sódio/dia), álcool, açúcar e hidratos de carbono de absorção rápida, sendo preferíveis os alimentos frescos aos industrializados e também beber água em vez de sumos ou outros refrigerantes.

O segundo passo é o controlo da pressão arterial, que deve ser avaliada regularmente, sendo importante cumprir a prescrição sugerida pelo médico com fármacos de eficácia comprovada. Os objetivos serão individualizados de acordo com a idade e situação clínica. Uma ter-

ceira etapa é o controlo da glicemia (açúcar no sangue), definindo e individualizando os intervalos a atingir, segundo a idade e a situação clínica da pessoa. Do mesmo modo, é essencial um controlo da albuminúria com utilização de fármacos com eficácia comprovada. Por fim, sublinhe-se a educação terapêutica, baseada na autonomia e na participação ativa da pessoa no seu tratamento, que deve procurar ajuda para conhecer a sua doença, sensibilizando-se para o autocuidado e para uma ativa intervenção no seu próprio prognóstico, melhorando a sua adaptação ao quotidiano.

Posto isto, é importante não consumir medicamentos sem prescrição médica, sendo que os anti-inflamatórios não-esteróides (ibuprofeno -Brufen, Trifene; diclofenac - Voltaren; nimesulida - Nimed, aulin, etc.) podem comprometer a função renal. Também não devem ser tomados suplementos à base de ervas ou proteínas sem consultar o médico e convém não se esquecer de urinar pelo menos de quatro em quatro horas. Entre outros aspetos que o médico pode valorizar estão a avaliação da presença de neuropatia autonómica vesical e o estabelecimento de estratégias de prevenção de bexiga neurogénica; a suplementação com vitamina D em caso de deficiência; a prescrição de Aspirina em caso de doença cardiovascular; a administração de ácidos gordos w3 e terapêuticas para dislipidemia, se indicado; a promoção da acessibilidade aos cuidados multidisciplinares necessários, a continuidade de vigilância e adaptar a comunicação com as pessoas doentes.

A prevenção da Diabetes, o diagnóstico precoce de Diabetes e de Doença renal diabética, e estratégias multidisciplinares integradas, são cruciais para reduzir a morbidade, mortalidade e o impacto social e económico da Diabetes. Por fim, as políticas de saúde devem desenvolver a Investigação básica e validar esforços para a possibilidade do desenvolvimento de novas terapêuticas.