

Doença Renal Crônica: Um Problema de Saúde Pública

Prof. Dr. Hugo Abensur

Professor Livre-Docente de Nefrologia pela Faculdade de Medicina da USP

Nefrologista do Hospital das Clínicas

Nefrologista da BP – Beneficência Portuguesa de São Paulo

Ex-Presidente da Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo

Declaração de Conflitos de Interesse

Ministro Aulas e Colaboro no Preparo de Materiais Científicos para:

- Astrazeneca
- Bayer
- Boehringer/ Lilly
- Libbs
- Aché
- Fresenius Kabi

DRC é definida como anormalidades da **estrutura** ou **função renal**, presente por mais de **3 meses**, com implicações para a saúde. A DRC é classificada com base em causa, categoria de RFG e categoria de albuminúria (CGA).

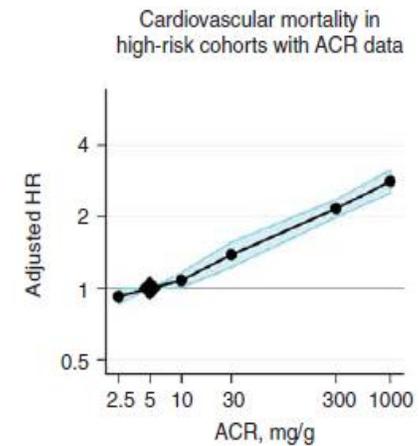
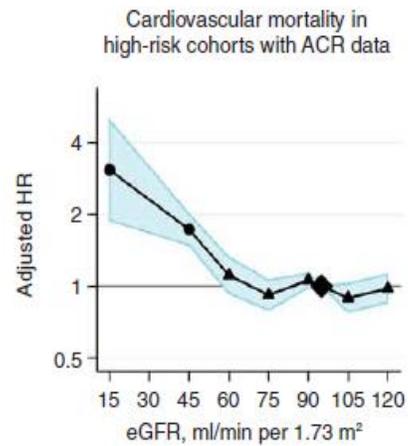
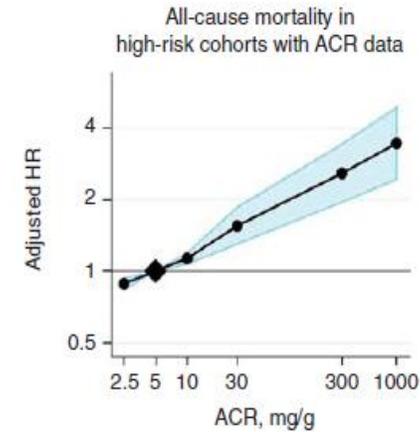
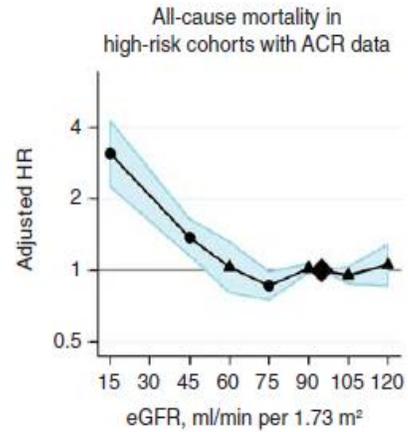
- *Kidney International Supplements* (2013) 3, 5-14

		Albuminúria Persistente		
		A1	A2	A3
		<30mg/g	30-300mg/g	>300mg/g
Ritmo de Filtração Glomerular ml/min/1,73m ²	G1	≥ 90		
	G2	60-89		
	G3a	45-59		
	G3b	30-44		
	G4	15-29		
	G5	<15		



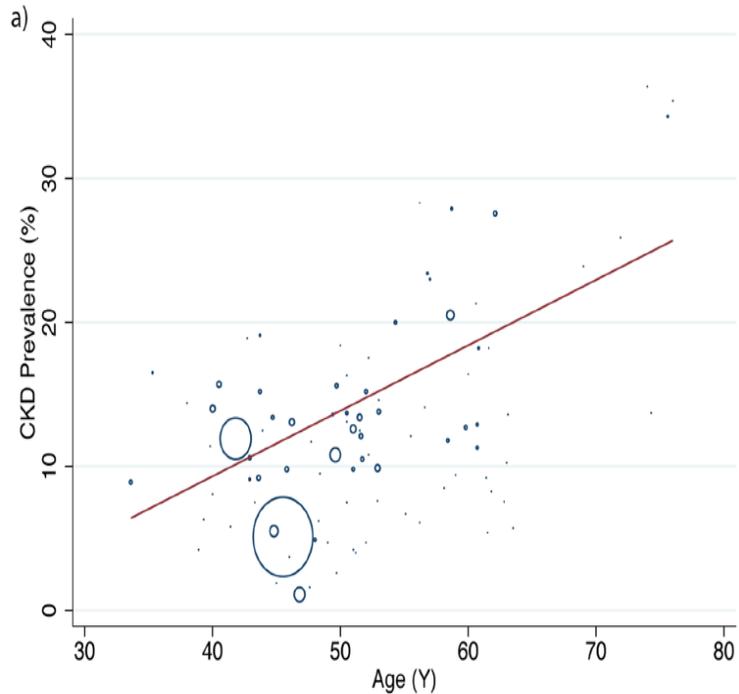
Figura1. Classificação da Doença Renal Crônica. A flecha indica o aumento do risco cardiovascular. Baseado na referência 1.

10 cohorts with 266,975

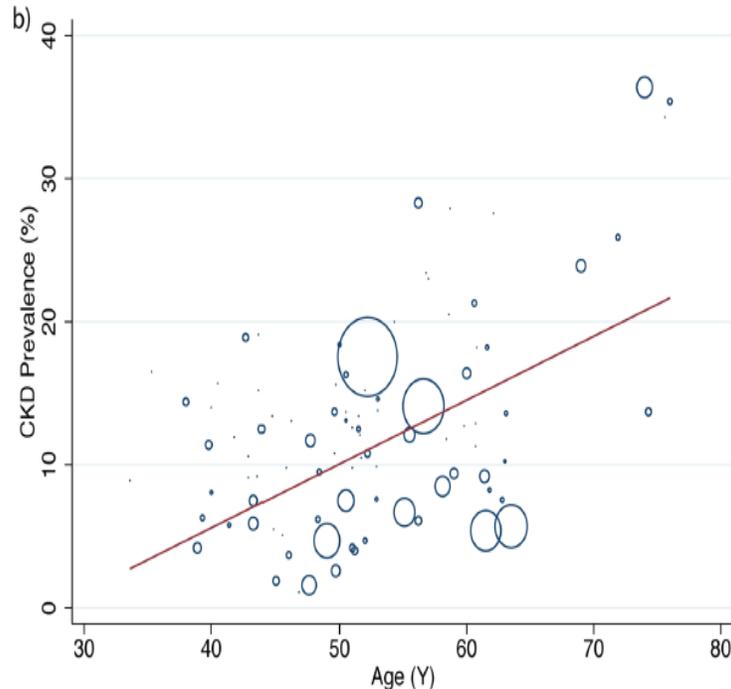


Prevalência Mundial de DRC – Categorias de 1 a 5 Aumenta com Idade

n= 7.000.000



Estágios 1-5



Estágios 3-5

- A prevalência global de DRC é de 11 a 13%

DRC: Dados Brasileiros -

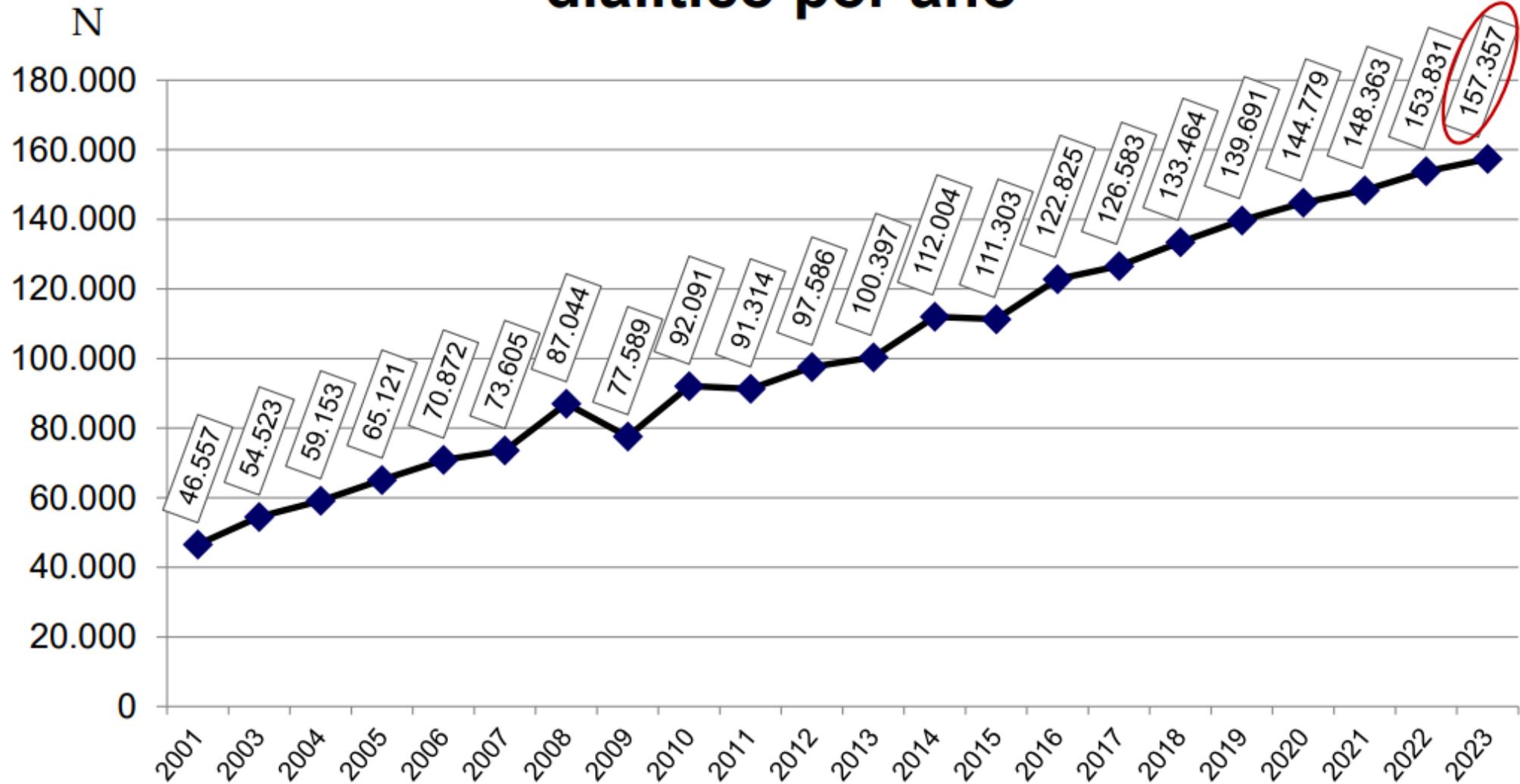
Estudo ELSA

14636 empregados do setor público (35 a 74 anos)

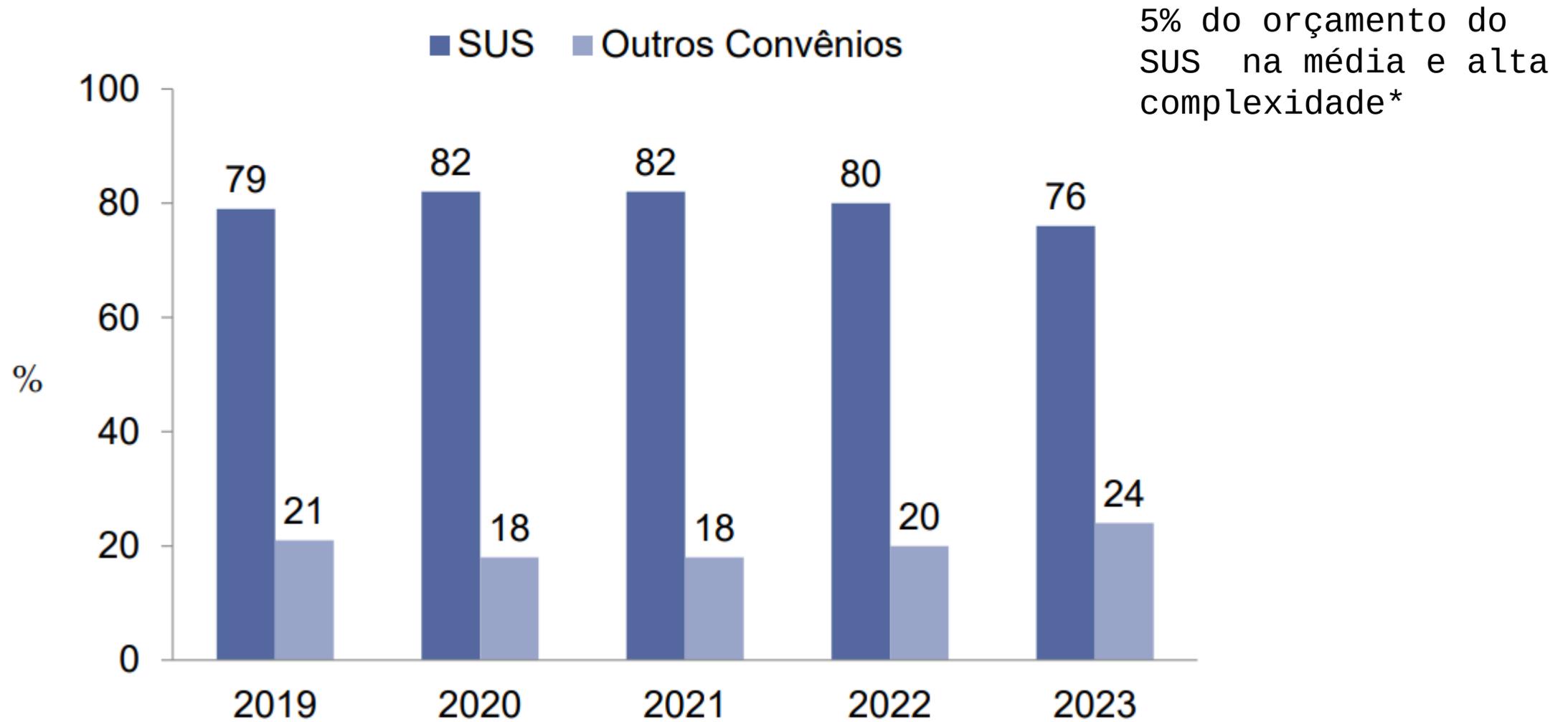
Variables	CKD	
	No N (%)	Yes N (%)
All	13 328 (91.1)	1308 (8.9)
Age group (years)		
35-44	3090 (96.4)	116 (3.6)
45-54	5406 (94.3)	329 (5.7)
55-64	3680 (88.9)	459 (11.1)
65-74	1152 (74.0)	404 (26.0)

**Prevalência
Total
8,9%**

Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano



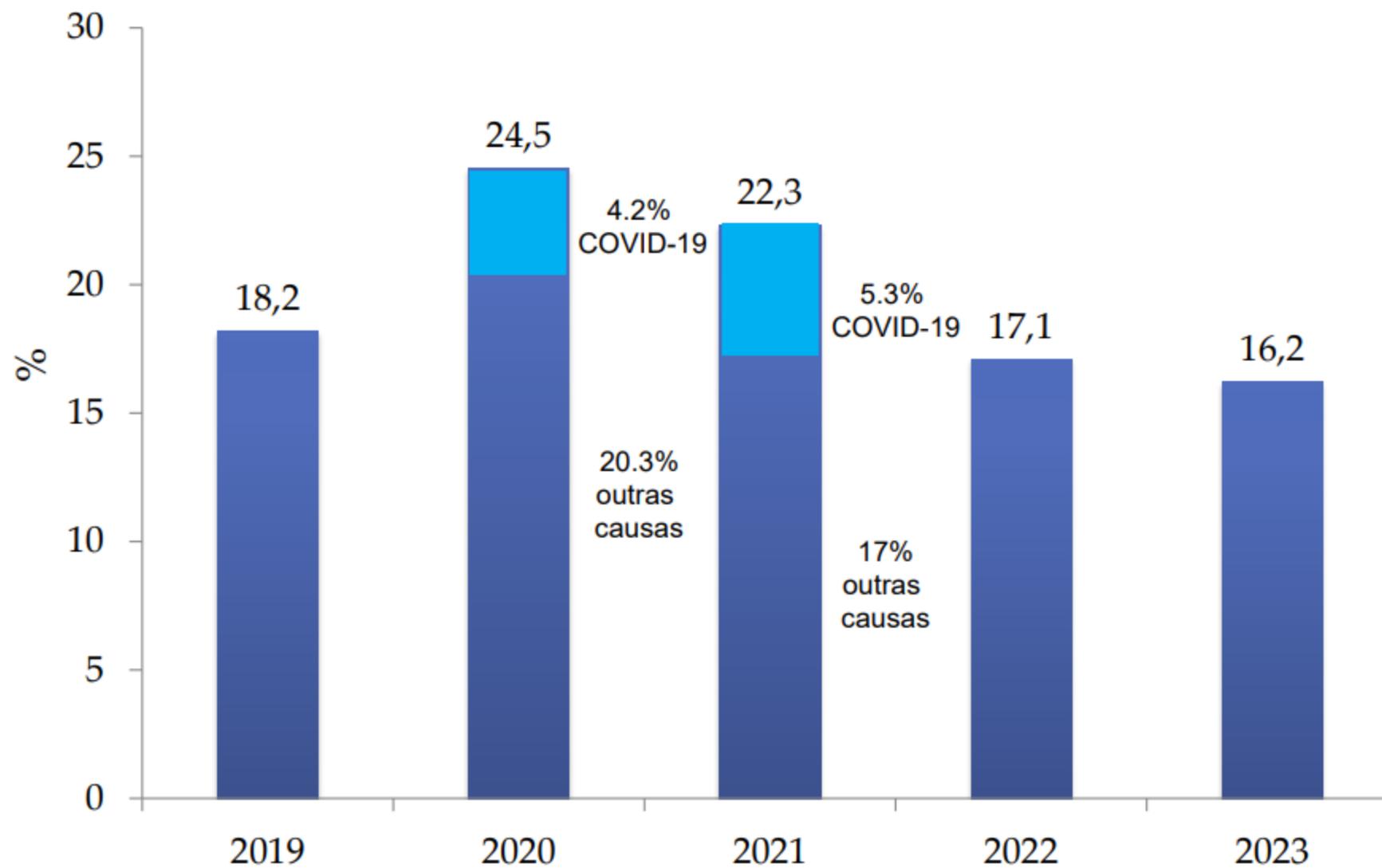
Porcentagem de pacientes em diálise conforme a fonte pagadora



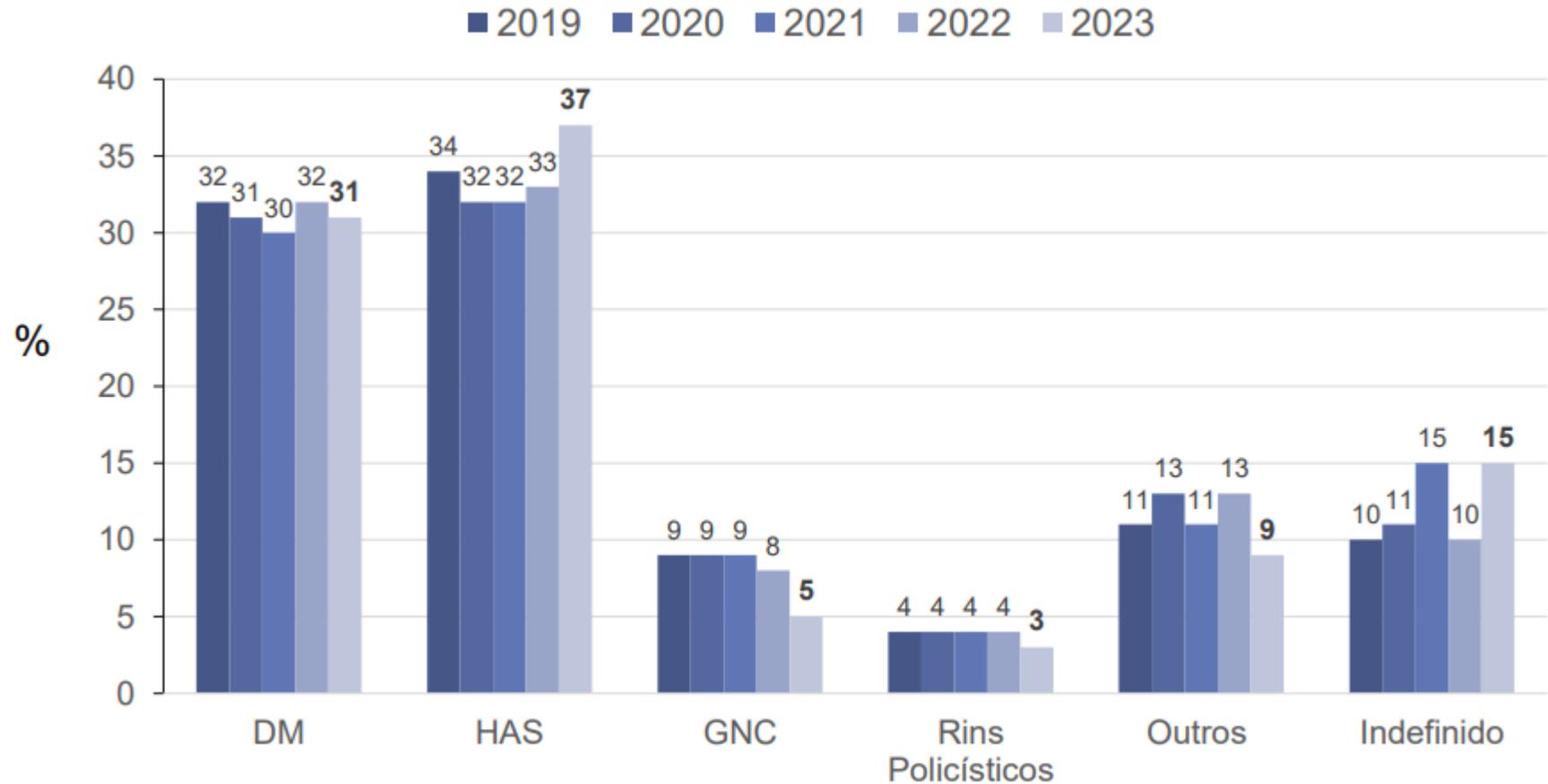
<https://www.censo-sbn.org.br/censosAnteriores>

*Alcalde PR e Kirsztajn GM. Gastos do Sistema Único de Saúde com

Taxa de mortalidade anual de pacientes em diálise



Diagnóstico de base dos pacientes em diálise Censo da SBN



Prevenir e Diminuir a Progressão da DRC!!!

Albuminúria Persistente

		A1	A2	A3
		<30mg/g	30-300mg/g	>300mg/g
Ritmo de Filtração Glomerular ml/min/1,73m ²	G1	≥ 90		
	G2	60-89		
	G3a	45-59		
	G3b	30-44		
	G4	15-29		
	G5	<15		

Figura1. Classificação da Doença Renal Crônica. A flecha indica o aumento do risco cardiovascular. Baseado na referência 1.

Prevenir e Diminuir a Progressão da DRC!!!

- Obesidade para prevenir Diabetes e Hipertensão Arterial
- Tratar adequadamente Hipertensão Arterial e Diabetes
- Drogas com impacto na progressão da DRC:
 - IECA/BRA (enalapril, losartana)
 - Inibidores do SGLT2 (Dapaglifozina, Empaglifozina)
 - Antagonistas não esteroideais do receptor de mineralocorticoides (Finerenona)
- Cetodieta/Ketoanálogos

TERAPIA NUTRICIONAL NA DRC

- Paciente com DRC (Doença Renal Crônica)
- Opção ao tratamento dietético durante pré-diálise
- CETODIETA

0,3 – 0,4 g prot/ kg



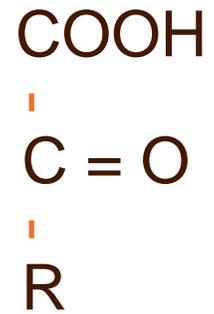
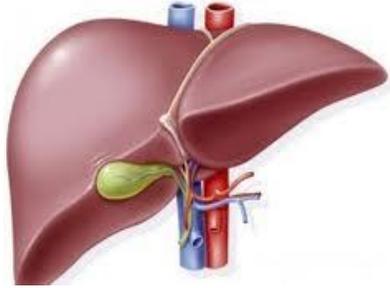
Mistura de aa essenciais + análogos
1 comprimido/ 5,0 kg/ dia



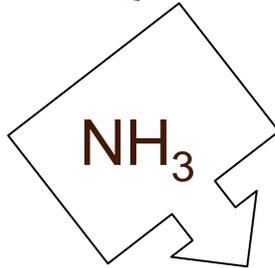
aa não essenciais



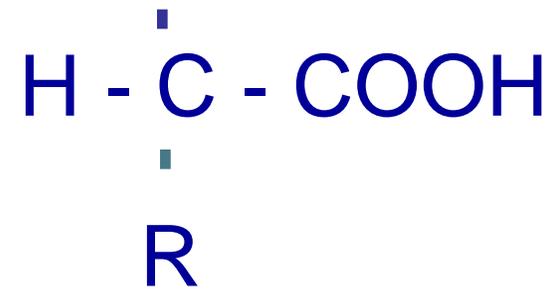
ALPHA - CETOÁCIDO



(α - cetoácido)

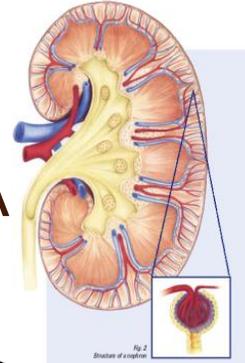


TRANSAMINAÇÃO



Aminoácido

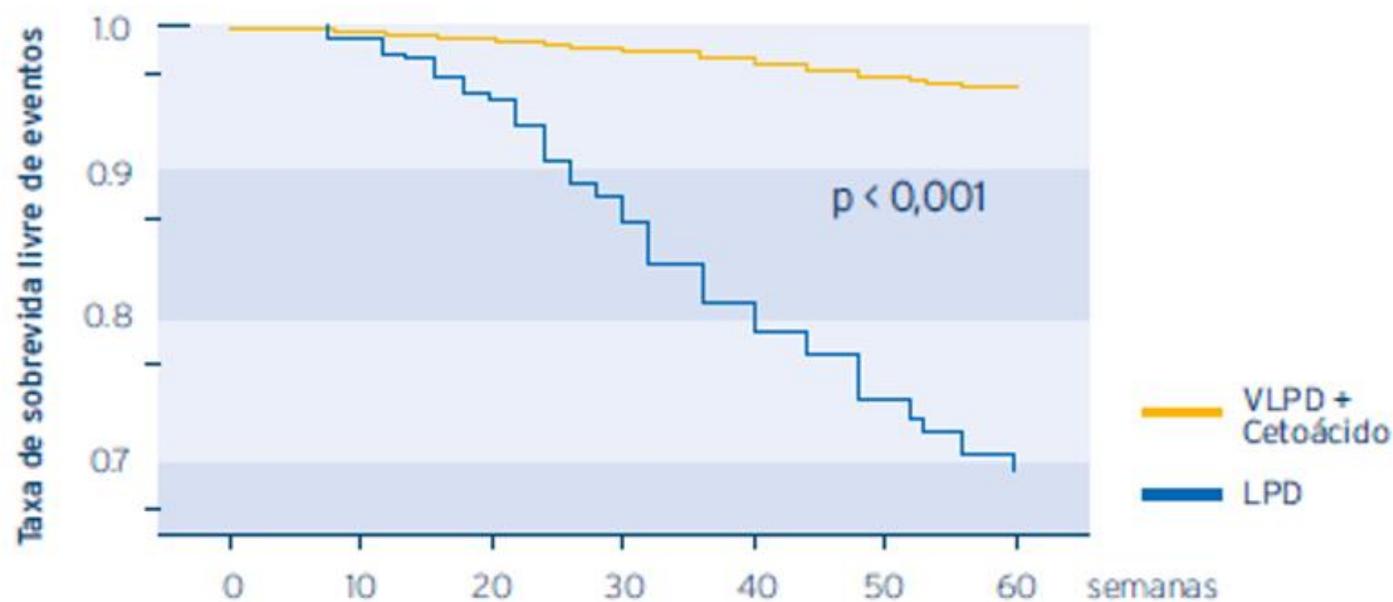
URÉIA



Garneata, L et al. 2016

- Estudo prospectivo, randomizado, controlado
- 207 pacientes, 15 meses, TFGe menor que 30 ml/min/1.73m²

Taxa de sobrevida livre de eventos



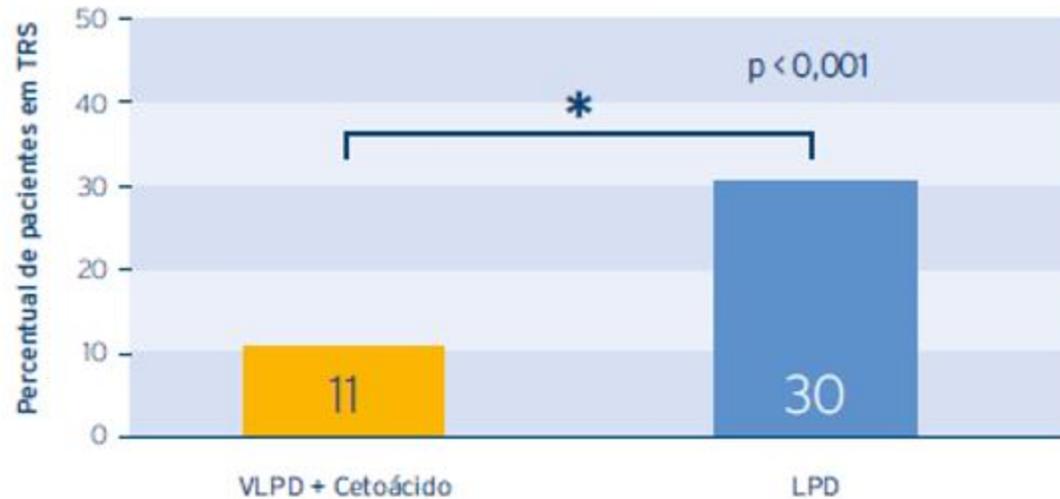
Taxa de sobrevida livre de eventos em pacientes usando VLPD com cetoácidos foi significativamente maior do que no grupo usando apenas LPD. Foi observado aumento no tempo para início de TRS e menor queda na função renal.

Figura 1:

Taxa de risco ajustado: 0,10, IC 95% 0,05-0,20, $p < 0,001$

Garneata, L et al. 2016

Necessidade de Terapia de Substituição Renal



Significativamente menos pacientes necessitaram de TRS no grupo VLPD + Ketoácidos

Figura 2:
VLPD + Ketoácidos vs LPD ao final do estudo



Importante Diretriz Americana

Em adultos com DRC 3-5 que são metabolicamente estáveis, recomendamos restrição proteica com ou sem análogos do cetoácido, para reduzir o risco de doença renal terminal/morte (1A) e melhorar a qualidade de vida (1C). A restrição de proteínas deve ser supervisionada por um nutricionista registrado ou equivalente em colaboração com um médico.

- *uma dieta pobre em proteínas, fornecendo 0,55 a 0,60 g de proteína/kg de peso corporal ideal /dia, OU*

- *uma dieta com muito baixo conteúdo proteico, fornecendo 0,28 a 0,43 g de proteína/kg de peso corporal ideal/dia com análogos de cetoácidos adicionais para atender aos requisitos*

Ikizler T A, Burrowes JD, Byham-Gray LD, et al: KDOQI Nutrition in CKD Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD: 2020 update. Am J Kidney Dis. 2020;76(3) (suppl 1):S1-S107.

Chronic Kidney Disease in Brazil: Current Status and Recommended Improvements

Andrea Carla Bauer^a Rosilene M. Elias^{b, c} Hugo Abensur^{b, d}
Marcelo Costa Batista^e Angela Marie Jansen^f Miguel Carlos Riella^g

^aDepartment of Internal Medicine- Nephrology Division, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil; ^bNephrology Division, Hospital das Clínicas HCFMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil; ^cNephrology Division, Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, Brazil; ^dNephrology Division, BP-Beneficência Portuguesa, São Paulo, Brazil; ^eNephrology Division, Universidade Federal de São Paulo and Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil; ^fAmericas Health Foundation, Washington, DC, USA; ^gNephrology Division, Department of Medicine, Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, Brazil

Kidney Dis DOI:
10.1159/000538068

Ações Centradas nas Instituições de Saúde (Ações Governamentais e Privadas)

- É necessário um esforço colaborativo nacional de todas as partes interessadas para um plano de ação simples para reduzir a carga crescente da DRC e suas complicações no Brasil.
- Educação continuada em conformidade com as diretrizes atualizadas para prevenir, diagnosticar e tratar a DRC e seus fatores de risco deve ser oferecida aos profissionais de saúde por meio de agências de saúde.
- Deveria ser criado um sistema nacional de coleta de dados de saúde disponível em todos os pontos de atendimento para apoiar melhorias na prevenção, detecção e manejo da doença renal.
- Aumentar o acesso a testes de rastreamento da DRC (creatinina sérica e relação albumina/creatinina na urina) em centros de saúde primários.
- Relatórios automatizados do RFG de pacientes pelos laboratórios de análise clínica devem ser amplamente adotados.
- Aumentar o uso da telemedicina para fornecer acesso a serviços especializados (nefrologistas) e aconselhamento aos médicos da atenção primária (telementoria) quando necessário.
- O SUS deverá incorporar medicamentos que comprovadamente reduzem a progressão da DRC.
- Estabelecer relações público-privadas para promover um melhor acesso a terapêuticas emergentes.

Agradecimento!

Agradeço e parabênizo a nobre Deputada
SILVIA CRISTINA por esta importante
iniciativa em prol da Doença Renal
crônica