

10 mensagens-chave para a AVALIAÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA DAS GUIDELINES KDIGO

AVALIAÇÃO TRATAMENTO

1 DEFINIÇÃO DE DOENÇA RENAL CRÔNICA

A DRC é definida como uma anomalia da estrutura ou da função renal, presente durante >3 meses, com implicações para a saúde.

A definição inclui diversos marcadores de lesão renal, não apenas a TFG_e (estimada) e a RAC. No entanto, a causa da DRC deve ser ativamente investigada (Figura 1).

A DRC é classificada de acordo com a causa, a TFG_e e a RAC, necessárias para determinar a gravidade da doença e orientar o tipo e o momento das intervenções.

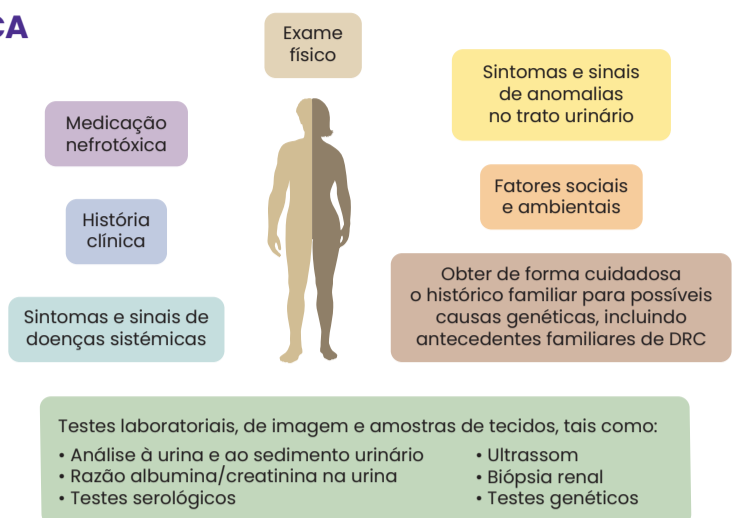


Figura 1

2 DISTINÇÃO ENTRE LRA E DRC

É importante distinguir entre Lesão Renal Aguda (LRA) e DRC e estabelecer a cronicidade (Figura 2).

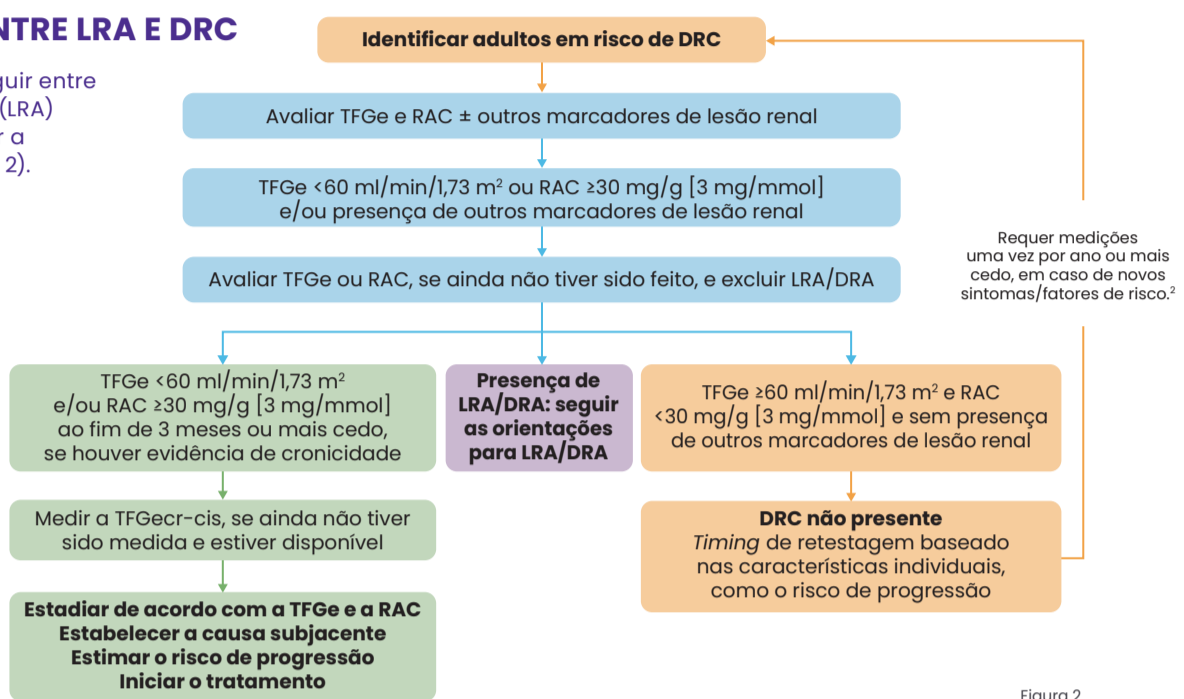


Figura 2

3 CUIDADOS NA DRC AO LONGO DA VIDA

A DRC tem impacto nas pessoas ao longo da vida. Tratando-se de uma doença crônica, os cuidados são influenciados por alterações nas circunstâncias de vida dos doentes (Figura 3). Siga uma abordagem personalizada no diagnóstico, na avaliação do risco e no tratamento, que tenha em conta a idade, o sexo e o gênero. Nos extremos da idade - pessoas muito jovens ou muito idosas - os procedimentos de diagnóstico, objetivos de tratamento, modalidades de tratamento e tomada de decisões são distintos devido a diferenças no prognóstico, nas opções de tratamento e na definição de prioridades.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA OS CUIDADOS NA DRC AO LONGO DA VIDA

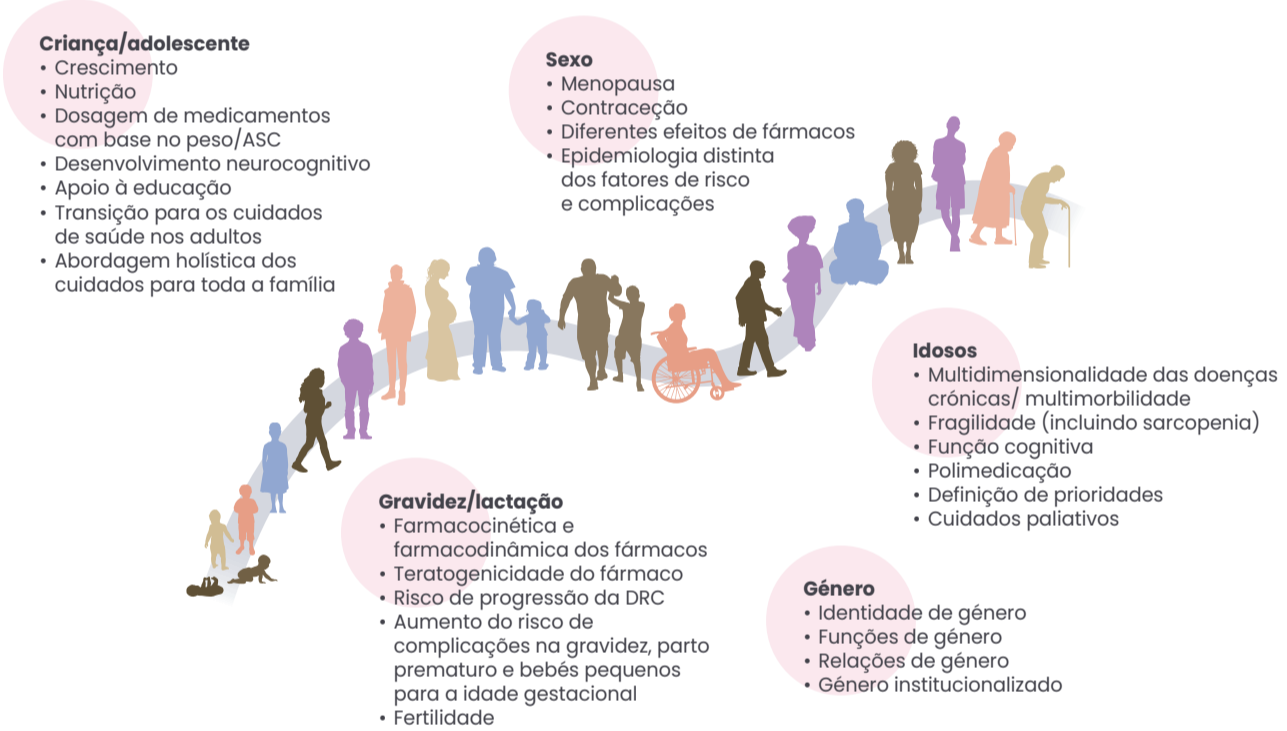


Figura 3

4 DIAGNÓSTICO DE DRC NOS IDOSOS

Os dados epidemiológicos suportam a manutenção do limiar de TFG_e de 60 ml/min/1,73 m² para o diagnóstico de DRC em adultos mais velhos, mesmo na ausência de albuminúria significativa, com um risco relativo consistentemente elevado e crescente de *outcomes* adversos abaixo deste limiar (Figura 4).

Idade 65+	RAC, mg/g				RAC, mg/g			
	TFG _{ecr-cis} <10	10-29	30-299	300+	<10	10-29	30-299	300+
Mortalidade por todas as causas								
105+	1,2	1,4	1,9	3,5	0,97	1,4	2,0	1,9
90-104	ref	1,2	1,4	2,0	ref	1,2	1,1	1,9
60-89	1,2	1,5	1,8	2,3	1,1	1,4	1,5	1,9
45-59	1,6	2,0	2,4	2,9	1,6	1,9	2,3	3,4
30-44	2,0	2,4	3,2	4,1	2,1	2,6	3,1	3,8
<30	3,4	4,1	5,1	6,5	4,9	3,0	5,1	5,0
Mortalidade cardiovascular								
105+	1,1	1,5	2,0	1,2	1,2	1,3	1,5	3,3
90-104	ref	1,4	1,4	3,4	ref	1,3	1,3	2,8
60-89	1,2	1,7	2,2	3,1	1,1	1,4	1,8	2,5
45-59	1,7	2,4	3,0	4,3	1,5	1,7	2,0	2,3
30-44	2,4	3,1	4,5	5,8	1,5	2,0	2,1	2,3
<30	5,7	5,2	5,1	7,8	1,7	2,0	2,4	4,8
Terapêutica substitutiva da função renal								
105+	2,0	1,0	2,1		0,99	1,5	1,7	7,0
90-104	ref	1,9	4,7	10	ref	1,3	1,5	2,2
60-89	1,4	2,6	6,2	19	1,2	1,5	2,0	3,2
45-59	3,7	7,9	16	42	1,6	2,0	2,9	4,1
30-44	14	14	46	137	2,3	2,9	3,5	6,1
<30	87	364	241	406	4,4	4,1	5,5	7,2
Lesão renal aguda								
105+	0,91	1,1	1,3	1,9	0,95	1,1	1,0	3,7
90-104	ref	1,3	1,4	3,9	ref	1,2	1,3	2,4
60-89	1,5	2,1	2,7	4,7	1,1	1,2	1,5	2,0
45-59	3,6	4,3	5,1	7,3	1,2	1,4	1,7	1,9
30-44	5,7	5,9	7,2	9,8	1,5	1,8	2,0	2,2
<30	10	11	11	22	1,8	1,8	2,2	3,2
Hospitalizações								
105+	1,0	1,1	1,2	2,2	1,1	2,3	2,9	4,9
90-104	ref	1,1	1,3	1,4	ref	1,3	2,0	4,8
60-89	1,1	1,2	1,3	1,5	1,3	1,6	2,0	3,2
45-59	1,2	1,2	1,4	1,6	2,0	2,8	3,1	3,1
30-44	1,5	1,4	1,6	2,0	3,5	2,8	3,8	5,9
<30	1,9	1,9	2,0	2,6	8,4	4,1	5,9	10
Doença arterial periférica								
105+	1,0	1,1	1,2	2,2	1,1	2,3	2,9	4,9
90-104	ref	1,1	1,3	1,4	ref	1,3	2,0	4,8
60-89	1,1	1,2	1,3	1,5	1,3	1,6	2,0	3,2
45-59	1,2	1,2	1,4	1,6	2,0	2,8	3,1	3,1
30-44	1,5	1,4	1,6	2,0	3,5	2,8	3,8	5,9
<30	1,9	1,9	2,0	2,6	8,4	4,1	5,9	10

Figura 4

5 MELHORAR A PRECISÃO DA AVALIAÇÃO DA TFG_e

A estimativa da TFG_e a partir de uma combinação de creatinina e cistatina C (TFG_{cr-cis}) aumenta a precisão e reforça a relação de risco. A TFG_e deve ser medida uma vez que esta quantificação é necessária para uma tomada de decisão de tratamento mais precisa.

6 PRECISÃO E FIABILIDADE

Compreenda a variabilidade da TFG_e e da albuminúria, bem como o valor e limitações da metodologia de avaliação para determinar se a alteração é verdadeira e relevante.

Implemente os *standards of care* laboratoriais para garantir precisão e fiabilidade dos resultados.

7 UTILIZAR UMA EQUAÇÃO VALIDADA PARA ESTIMAR A TFG_e

Utilize uma equação validada para estimar a TFG_e a partir dos marcadores séricos de filtração (TFG_e) e utilize a mesma equação dentro das mesmas regiões geográficas, reconhecendo que estas equações podem diferir para adultos e crianças (Figura 2).

8 TESTES NO POINT-OF-CARE

Estão disponíveis testes no *point-of-care* para a medição da creatinina (sangue e saliva) e da albuminúria. Se a qualidade for adequadamente garantida, estes testes são suficientemente precisos para permitir que o percurso suficiente prossiga quando o acesso a um laboratório é limitado.

9 UTILIZAR FERRAMENTAS VALIDADAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

Utilize ferramentas de avaliação de risco validadas para ajudar na tomada de decisões e na calendarização dos dados multidisciplinares. Escolha a ferramenta adequada para o evento em causa: tratamento da insuficiência renal, eventos cardíacos ou mortalidade.

10 CALENDARIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO E DA REAVALIAÇÃO

A calendarização do seguimento e da reavaliação com recurso a ferramentas de previsão validadas e avaliação clínica, juntamente com a educação, podem contribuir para uma melhor seleção de objetivos de cuidados de saúde, com vista ao apoio das pessoas com DRC e às suas famílias.

Esta abordagem faz parte dos cuidados de saúde longitudinais.

10 mensagens-chave para o TRATAMENTO DA DRC DAS GUIDELINES KDIGO

AVALIAÇÃO TRATAMENTO

1 ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO ABRANGENTE

Para reduzir o risco de progressão da DRC e as complicações associadas, siga uma estratégia de tratamento abrangente, que inclua educação, estilo de vida, exercício, cessação tabágica, dieta e fármacos, quando indicado (Figura 5).

2 DIETA SAUDÁVEL E DIVERSIFICADA

Adotar uma dieta saudável e diversificada, com um maior consumo de alimentos de origem vegetal em comparação com os de origem animal e um menor consumo de alimentos ultraprocessados tem o potencial de melhorar complicações relacionadas com a DRC progressiva, como a acidose, a hipercalcemia e a hiperfosfatemia, com menor risco de gasto de energia proteica (Figura 5).

3 INDIVIDUALIZAÇÃO DO CONTROLO DA PRESSÃO ARTERIAL

Individualize a terapêutica anti-hipertensiva e os alvos terapêuticos em pessoas com fragilidade, alto risco de quedas e fraturas, expectativa de vida muito limitada ou hipotensão postural sintomática (Figura 5).

4 ISRAA e iSGLT2

Os tratamentos que atrasam a progressão da DRC suportados por uma forte evidência científica incluem ISRAA e iSGLT2. Os iSGLT2 conferem benefícios às pessoas com DRC e IC, independentemente da albuminúria (Figura 5).

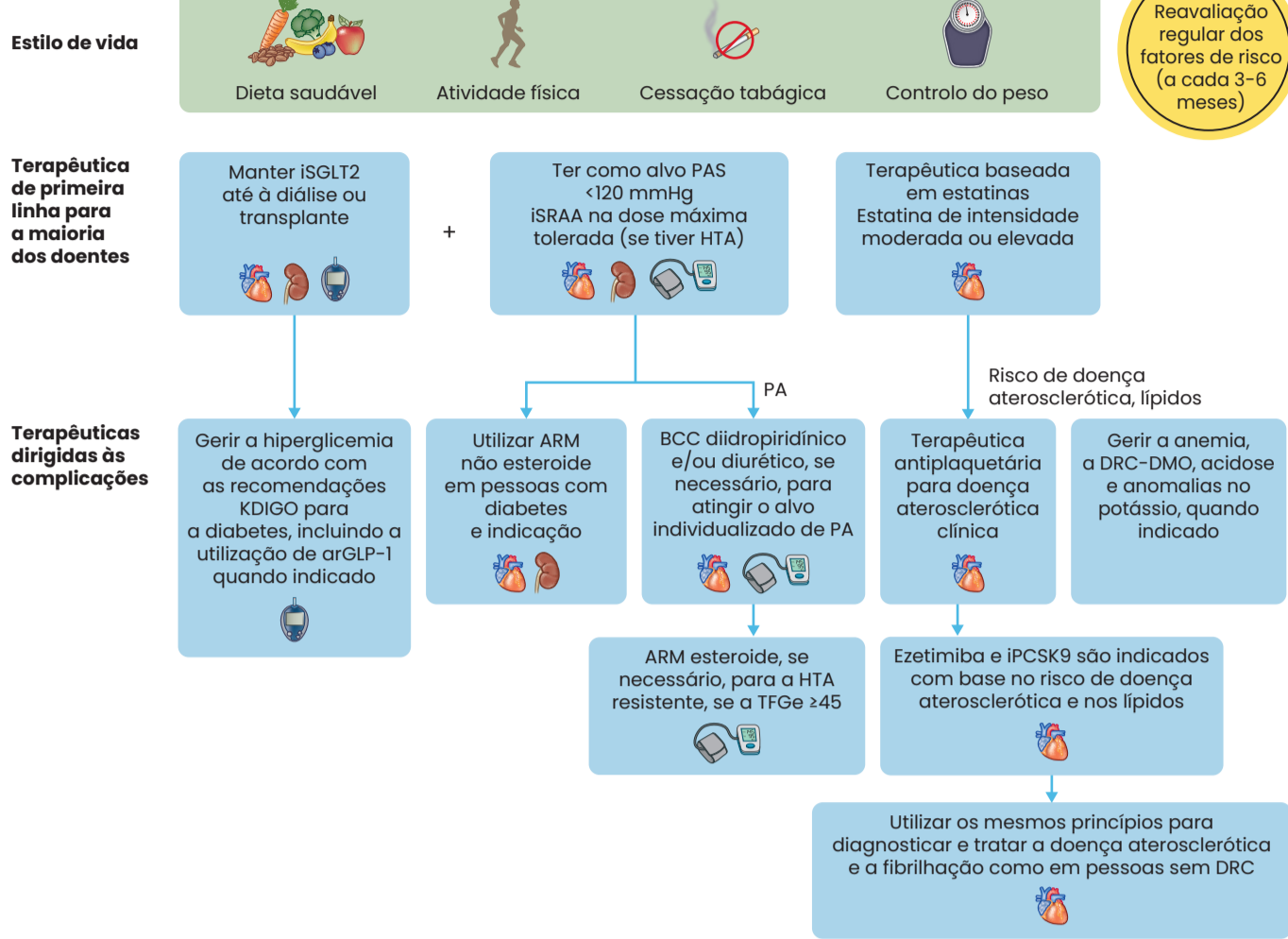


Figura 5

5 ALTERAÇÕES AGUDAS NA TFGe

São expectáveis quedas inciais na TFGe após o início de terapêuticas hemodinamicamente ativas, como os ISRAA e os iSGLT2. Reduções da TFGe >30% a partir do valor basal excedem a variabilidade expectável e justificam uma avaliação (Figura 6).

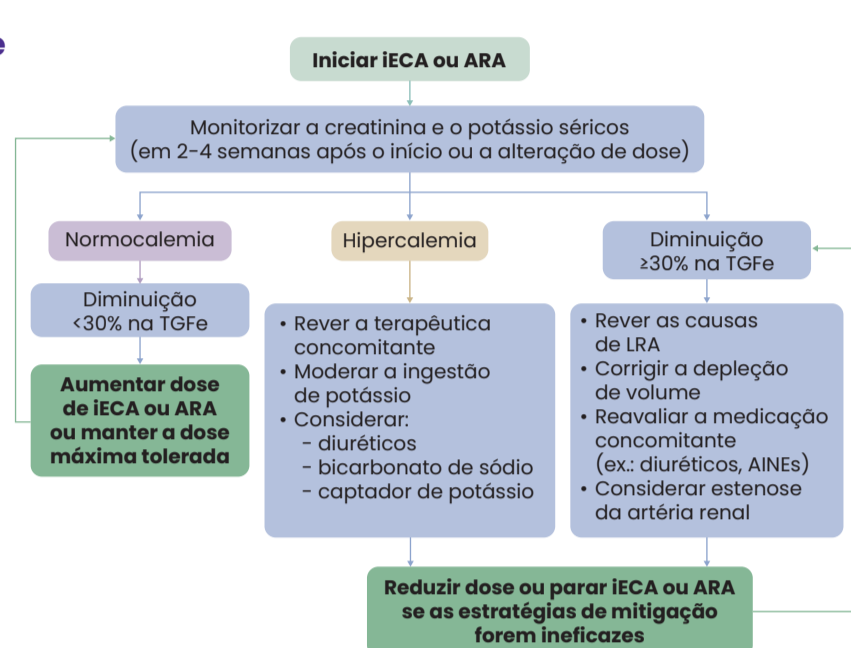


Figura 6

6 DOENÇA CARDIOVASCULAR E IMAGEM

Estime o risco cardiovascular a 10 anos utilizando uma ferramenta de avaliação de risco validada que incorpore a DRC para orientar o tratamento e a prevenção de doença cardiovascular.

A DRC não é uma contraindicação para uma estratégia invasiva em pessoas com doença cardíaca aguda ou instável. Os estudos de imagem não são necessariamente contraindicados em pessoas com DRC; os riscos e benefícios devem ser determinados individualmente.

As estratégias para mitigar os riscos dos estudos de imagem com contraste são fáceis de implementar.

7 REVISÃO CUIDADOSA DA MEDICAÇÃO

Faça uma revisão periódica e completa da medicação e nas transições de cuidados, para avaliar a adesão, a continuidade da indicação e as potenciais interações medicamentosas.

Com frequência, as pessoas com DRC seguem regimes terapêuticos complexos e são observadas por vários especialistas (Figura 7).

Reveja e limite a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e produtos dietéticos ou à base de plantas que possam ser prejudiciais para as pessoas com DRC. Para a maior parte das pessoas e na maioria dos contextos clínicos, as adequações validadas de TFGe que utilizam a creatinina são adequadas para definir a dosagem dos fármacos.

Tenha em conta que uma medição validada da TFGe é mais precisa.

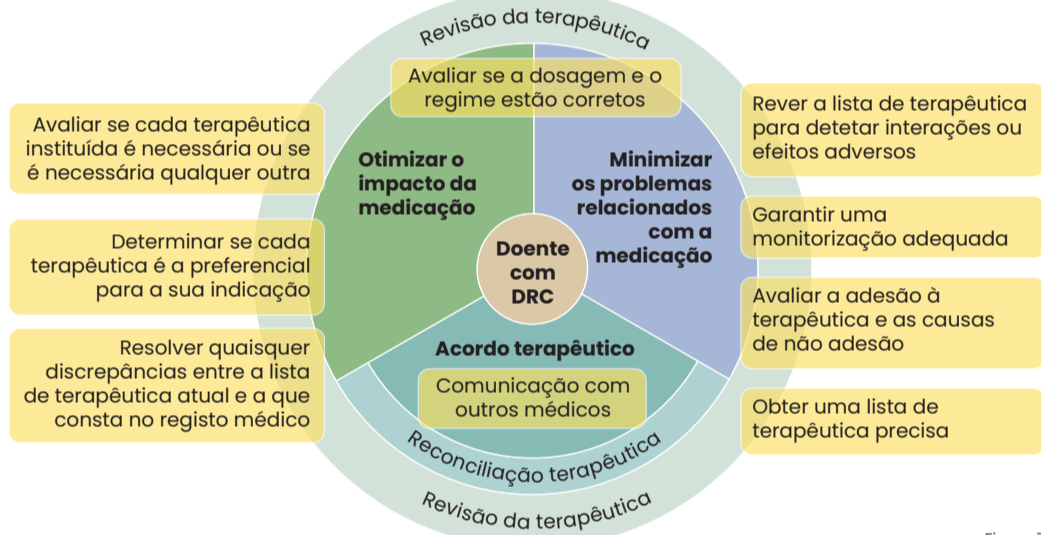


Figura 7

8 INTERRUPTÃO E REINTRODUÇÃO DA MEDICAÇÃO

Se a medicação for interrompida durante uma doença aguda, transmita ao doente e aos seus prestadores de cuidados de saúde um plano claro sobre quando reiniciar as terapêuticas descontinuadas. Inclua também essa documentação no registo médico. A não reintrodução da toma destes medicamentos pode provocar danos não intencionais.

9 CONTROLO DOS SINTOMAS NA DRC

A identificação e a avaliação dos sintomas em pessoas com DRC progressiva é importante para identificar alterações na prática clínica, de modo a redirecionar o tratamento para uma abordagem centrada no doente, e pode levar a um debate sobre as opções adequadas de cuidados de apoio (Figura 8).

A comunicação eficaz e a tomada de decisões partilhada devem ser princípios fundamentais entre os prestadores de cuidados de saúde e as pessoas que tratam, permitindo-lhes trabalhar em parceria para identificar o impacto dos sintomas, possíveis estratégias de tratamento e soluções centradas na pessoa.

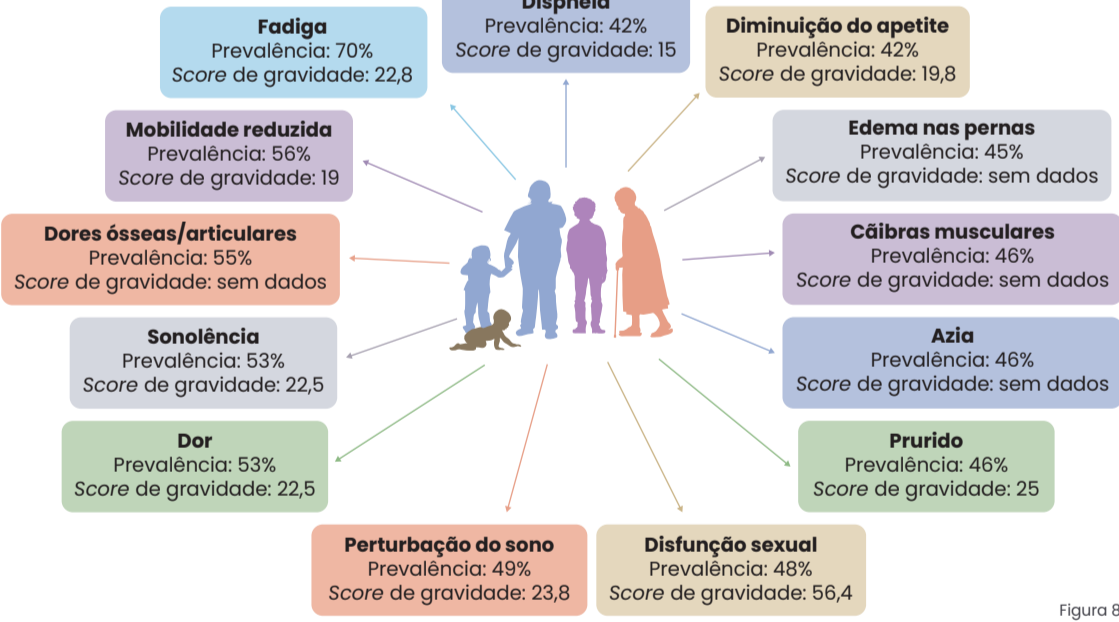


Figura 8

10 PLANEAMENTO AVANÇADO DE CUIDADOS

O plano com relacão ao estado dos cuidados de saúde no futuro deve ser definido em concordância com as pessoas com DRC, as suas famílias e cuidadores, e conhecido de todos (Figura 9). O planeamento avançado de cuidados para aqueles que optam por cuidados de apoio é particularmente importante.

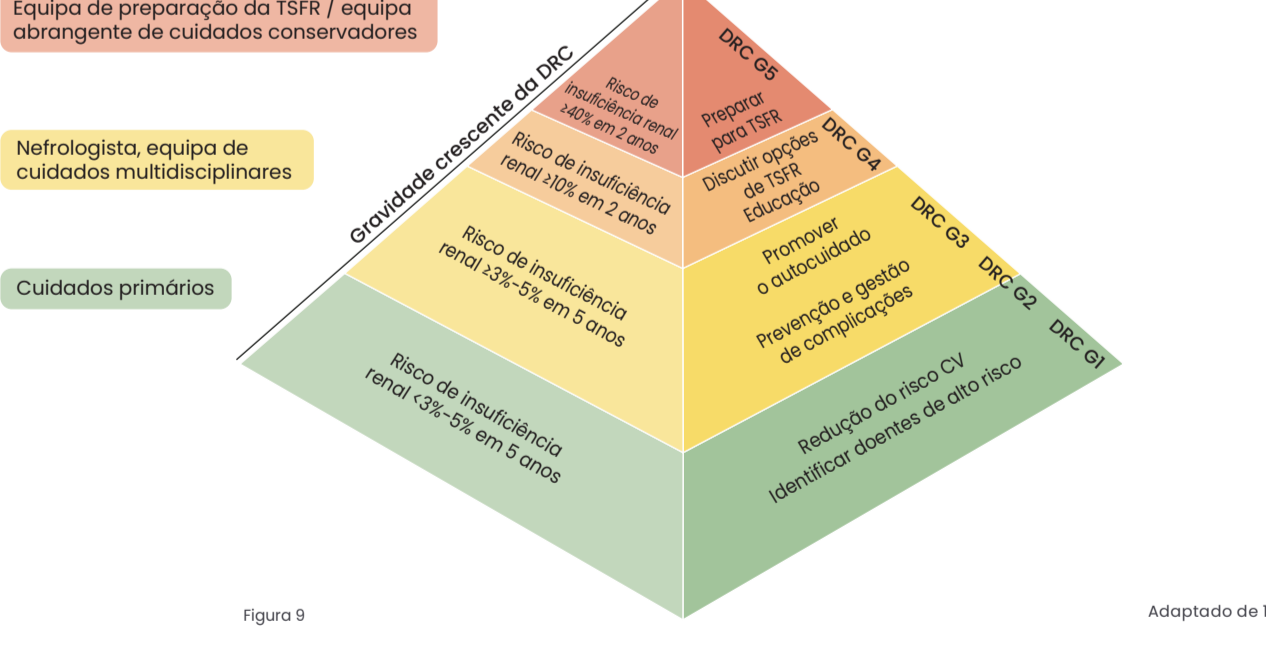


Figura 9

Adaptado de 1.

Referências:

1. Documento derivado de KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney international*. 105(4), S117–S314

2. EN-KIDGO Quick Guide CKD Early Identification and Intervention in Primary Care, consultado em https://www.theisn.org/wp-content/uploads/media/pcp/PCPOnePage_Iside_Portuguese_Port.pdf, acedido em 09/2024

arGLP1: agonistas dos recetores de Glucagon-like peptide-1; AINE: anti-inflamatórios não esteroides; ARA: antagonista dos recetores da angiotensina; ARM: antagonista do recetor mineralocorticoide; ASC: área de superfície corporal; AVC: acidente vascular cerebral; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; CR: creatinina; CR: cardiavascular; DMO: distúrbio mineral e ósseo; DRA: doença renal aguda; DRC: doença renal crónica; HTA: hipertensão arterial; IC: insuficiência cardíaca; iCA: inibidor da enzima de conversão da angiotensina; PCSK9: inibidor do proproteína convertase subtilisina/kexina tipo 9; iSGLT2: inibidor do cotransportador sódio-glicose 2; ISRAA: inibidor do sistema renina-angiotensina-aldosterona; KDIGO: Kidney disease: Improving global outcomes; LRA: lesão renal aguda; LRA: lesão renal aguda; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; RAC: razão albumina/creatinina na urina; TFGe: taxa de filtração glomerular estimada; TSFR: terapêutica de substituição da função renal

Informações essenciais compartilhadas com o Resumo das Características do Medicamento

EDISTRIDE 10 mg comprimidos revestidos por película contendo 10 mg de dapagliflozina. *Exciiente com efeito conhecido:* Cada comprimido de 10 mg contém 50 mg de lactose. **Indicações terapêuticas:** Edistride é indicado em adultos e crianças com idade igual ou superior a 10 anos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2, inadequadamente controlada, com um adjuvante da dieta e exercício; em monoterapia, quando a metformina é considerada inadequada devido a intolerância; em associação com outros medicamentos para o tratamento da DT 2. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares e renais, e populações estudadas, ver o RCM. Edistride é indicado em adultos para o tratamento da insuficiência cardíaca sintomática. Edistride é indicado em adultos para o tratamento da doença renal crónica. **Posologia:** A dose recomendada é de 10 mg de dapagliflozina uma vez por dia. Quando a dapagliflozina é utilizada em associação com uma insulina ou um secretagogo da insulina, a eficácia hipoglicémica deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou do secretagogo da insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. Se uma dose for esquecida, deve ser tomada assim que o doente se lembrar dentro de 12 h após a dose esquecida. Caso contrário, a dose deve ser ignorada e a próxima dose deve ser tomada à hora habitual. Uma dose a dobrar não deve ser tomada no mesmo dia. **Populações especiais:** Não é necessário ajuste de dose com base na função renal. Devido à excretagem limitada, não é recomendado iniciar o tratamento com dapagliflozina em doentes com TFGe <25 mL/min. Em doentes com diabetes mellitus, a eficácia hipoglicémica da dapagliflozina é reduzida quando a taxa de filtração glomerular (TFGe) é <45 mL/min, e provavelmente está ausente em doentes com compromisso renal grave. Portanto, se a TFGe descer abaixo de 45 mL/min, deve-se considerar tratamento adicional para a redução da glicemia em doentes com diabetes mellitus se for necessário um controlo glicémico adicional. Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro ou moderado. Em doentes com compromisso hepático grave, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg. Se for bem tolerada, a dose pode ser aumentada para 10 mg. Não é recomendado ajuste da dose baseado na idade. Não é necessário ajuste da dose para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 em crianças com idade igual ou superior a 10 anos. Não existem dados disponíveis para crianças com menos de 10 anos de idade. A segurança e eficácia de dapagliflozina para o tratamento da insuficiência cardíaca ou para o tratamento da doença renal crónica em crianças <18 anos não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** Via oral, uma vez por dia, a qualquer hora do dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros. **Contraindicações:** Estabilidade da substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências:** Depleção de volume e/ou hipotensão: a dapagliflozina aumenta a diurese que pode originar uma diminuição modesta na tensão arterial, que pode ser mais pronunciada em doentes com concentrações muito elevadas de glicose no sangue. Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de intercorrências que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com dapagliflozina para doentes que desenvolvem depleção de volume até à correção da depleção. **Colocação de SGLT2:** Deverá ser considerado risco de CAD no caso de ocorrência de sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntária. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoadose, independentemente do nível de glicemia. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. O tratamento deve ser interrompido e imediatamente iniciado de sintomas (incluindo insulínica e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** A excreção urinária de glicose pode estar associada com o aumento do risco de infeção do trato urinário, pelo que, a interrupção temporária da dapagliflozina deve ser considerada quando se trata pieloefrite ou urosepsis. **Idosos (>65 anos):** Os doentes idosos podem estar em maior risco de depleção de volume e é mais provável estarem tratados com diuréticos. São mais suscetíveis de ter compromisso da função renal, e/ou de serem tratados com medicamentos anti-hipertensivos que podem causar alterações na função renal. As recomendações são idênticas às da função renal. **Insuficiência cardíaca:** A experiência com a dapagliflozina na classe IV da *New York Heart Association* (NYHA) é limitada. **Miocardioinfarção:** Os doentes com miocardioinfarção infiltrativa não foram estudados. **Doença renal crónica:** Não existe experiência com dapagliflozina para o tratamento da doença renal crónica em doentes sem diabetes que não têm albuminúria. Os doentes com albuminúria podem beneficiar mais do tratamento com dapagliflozina. **Hematócrito aumentado:** Os doentes com elevações pronunciadas do hematócrito devem ser monitorizados e investigados quanto a doença hematológica subjacente. **Amputações dos membros inferiores:** É importante aconselhar os doentes com diabetes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais da urina:** Doentes tratados com dapagliflozina apresentarão testes positivos para a glicose na sua urina. **Lactose:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à lactose, deficiência total de lactase ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** A dapagliflozina pode aumentar o efeito diurético da fuzidina e ser monitorizada a função renal. **Fertilidade, gravidez e aleitamento:** **Gravidez:** Não se recomenda a utilização de dapagliflozina durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez. Quando é detetada gravidez, o tratamento com dapagliflozina deve ser descontinuado. **Amamentação:** Desconhece-se se a dapagliflozina e/ou os seus metabólitos são excretados no leite materno humano. A dapagliflozina não deve ser utilizada durante a amamentação. **Efeitos indesejáveis: Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); **Frequentes:** Vuvovaginite, balanite e infeções genitais relacionadas; **Infeção do trato urinário;** Tonturas; Erupção cutânea; Dor nas costas; **Medicamentos:** Depuração renal da creatinina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia; **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obstipação; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Amentinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia sérica aumentada; Peso diminuído. **Raros:** Cetoadose diabética (quando utilizado na diabetes mellitus tipo 2). **Muito raros:** Fasciíte necrotizante do perineo (gangrena de Fournier), **Angioedema;** **Neofite tubulointersticial;** **Pele:** Pele seca aos profissionais de saúde que notifique qualquer sintoma de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submitassaram> (preferencialmente) ou Tel.: +351217987373; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuito); E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt). **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Bial-Portela & Cº, S.A. – A Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede). **Informações de contacto:** Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo Escalo A (90% de comparticipação no regime geral e 95% de comparticipação no regime especial). Medicamento em avaliação para financiamento pelo SNS (extensão da indicação terapêutica – insuficiência cardíaca com FEVE >40%). Versão 9.0 (agosto 2024).**