



DIABETES É A PRINCIPAL CAUSA DE DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES INGRESSANDO EM DIÁLISE NO BRASIL

A nefropatia diabética acomete entre 20 a 40% dos pacientes diabéticos e pode evoluir para estágios avançados de doença renal crônica. Para abordar o assunto entrevistamos o médico Joventino Magalhães de Farias, que fala sobre a importância de prevenir e detectar precocemente a nefropatia diabética.

Revista Medicar: Quais são os principais fatores de risco para a nefropatia diabética?

Joventino Magalhães de Farias: O diabetes não controlado, a hipertensão arterial, o colesterol não controlado e a albuminúria persistentemente aumentada são fatores de risco. Pacientes com essas condições apresentam maior risco de desenvolver nefropatia diabética.

Revista Medicar: Quando o paciente diabético deve ser investigado para nefropatia diabética?

Joventino Magalhães de Farias: O rastreamento deve ser feito a partir do diagnóstico do diabetes tipo 2 e após cinco anos do diagnóstico do diabetes tipo 1. Além disso, caso haja diabetes com hipertensão arterial, a partir do diagnóstico. Esses pacientes devem ter sua albumina urinária medida e a taxa de filtração glomerular (TFG) estimada no mínimo anualmente. Se os exames estiverem normais, devem ser repetidos anualmente.

Revista Medicar: Qual a melhor forma de realizar essa medida da albumina na urina?

Joventino Magalhães de Farias: Para a medida de albumina na urina existem diferentes tipos de coleta e diretrizes. A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda a medida do índice albumina/creatinina urina isolada. O Ministério da Saúde, no Brasil, indica a medida da albumina isolada, por ter uma acurácia razoável, com as vantagens da facilidade e do menor custo. Alguns cuidados devem ser tomados: caso detectada a albuminúria, o resultado deve ser confirmado em duas a três amostras, sendo coletadas em um intervalo de três a seis meses. Isso deve ser feito porque há variabilidade da excreção urinária de albumina. Fatores como exercícios, infecções, febre, insuficiência cardíaca, hiperglicemia, menstruação, hipertensão, entre outros, podem interferir no resultado do exame.

Revista Medicar: Qual melhor forma de estimar a TFG?

Joventino Magalhães de Farias: Recomenda-se o uso da fórmula MDRD ou da CKD-EPI. Mas também pode ser feita através do cálculo da depuração da creatinina (clearance) com urina de 24 horas ou usando a Equação de Cockcroft-Gault. Essas fórmulas, no geral, usam valor da creatinina sérica, idade, sexo e raça.

QUADRO 1 PROBABILIDADE PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA, BASEADA NA CAUSA, NA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR E NA ALBUMINÚRIA					
Causa	Categoria	TFGe*	Albuminúria (proteinúria)**		
*Doença glomerular	1	≥ 90	A1 (< 30)	A2 (30-300)	A3 (> 300)
*Doença túbulo-intersticial	2	60-89	-	+	++
*Doença vascular	3a	45-59	+	++	+++
	3b	30-45	++	+++	+++
*Doença congênita	4	15-29	+++	+++	+++
*Doença cística	5	< 15	+++	+++	+++

* TFGe: Taxa de filtração glomerular estimada em mL/min/1,73 m²; ** mg/g de creatinina. Risco para DRC: (-): Baixo risco (ausência de DRC se não houver outros marcadores de lesão renal); (+): Risco moderadamente aumentado; (++) : Alto risco; (+++) : Muito alto risco.

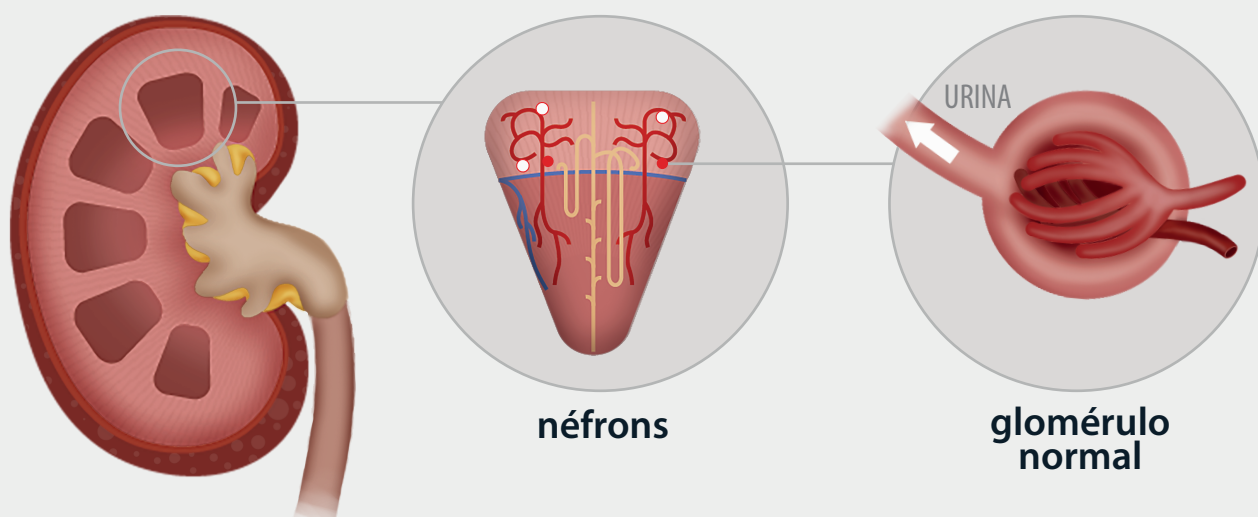
Revista Medica: Quais são as recomendações para prevenir ou reduzir a progressão da nefropatia diabética?

Joentino Magalhães de Farias: Para reduzir o risco ou diminuir a progressão, é importante otimizar o controle glicêmico. Uma meta razoável para a HbA1C é mantê-la abaixo de 7%. É importante também otimizar o controle da PA para reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares e diminuir a progressão da nefropatia. Uma meta razoável para maior parte dos pacientes é manter a pressão arterial abaixo de 140/90.

Revista Medica: Alguma medicação deve ser prescrita para esses pacientes?

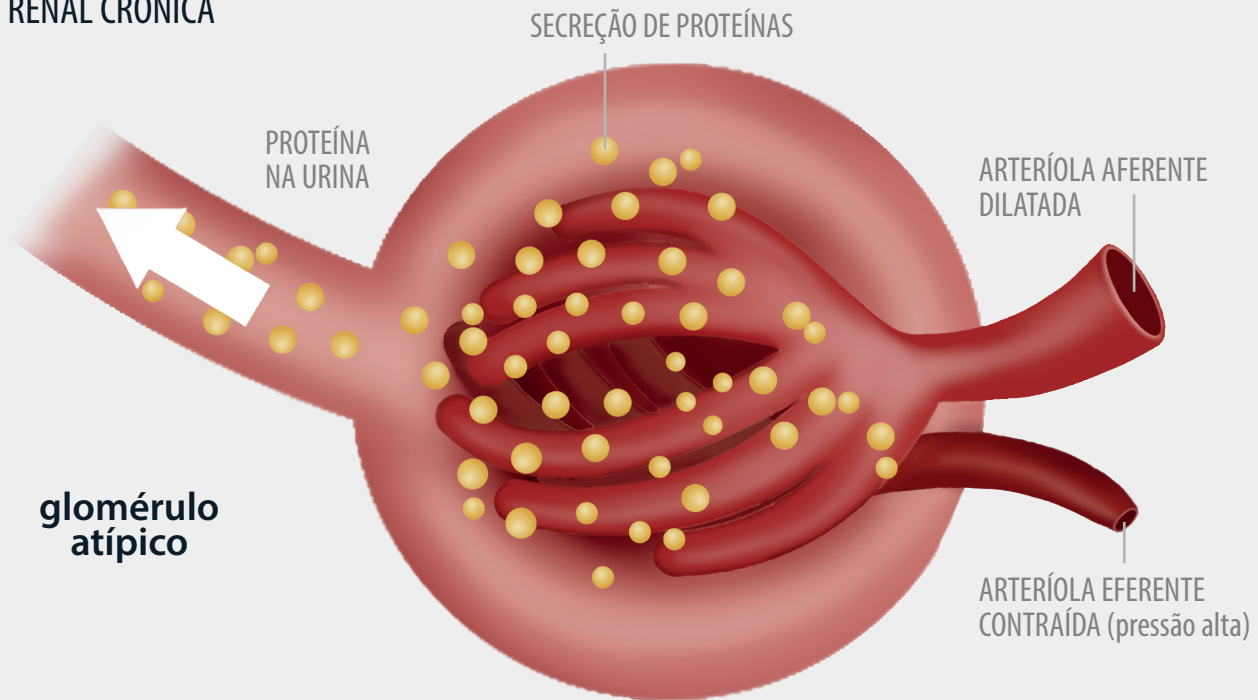
Joentino Magalhães de Farias: É recomendado prescrever Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina II (BRA) para tratamento de pacientes diabéticos (exceto gestantes) com albuminúria (30–299 mg/dia). É recomendado para pacientes com excreção albumina ≥ 300 mg/dia e/ou TFG < 60 mL/min/1.73 m². Mas não é recomendado para pacientes normotensos, sem albuminúria, com TFG normal.

RIM



Nefropatia Diabética

DOENÇA RENAL CRÔNICA



Revista Medica: Onde os médicos podem acessar diretrizes atualizadas sobre esse tema?

Joventino Magalhães de Farias: Tem o Caderno de Atenção Básica, 36 de 2013, que é uma publicação do Ministério da Saúde e está disponível gratuitamente em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>.

As diretrizes da ADA de 2016:

http://care.diabetesjournals.org/content/suppl/2015/12/21/39.Supplement_1.DC2/2016-Standards-of-Care.pdf.

As diretrizes da Sociedade Internacional de Nefrologia de 2012:

http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/CKD/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf