

ABORDANDO O COMPONENTE SILENCIOSO DE SEU PACIENTE COM MULTIMORBIDADE NO ATENDIMENTO PRIMÁRIO: A FUNÇÃO DO RIM

www.medscape.org/interview/morbid-patient-kidney-portuguese

Luca De Nicola, MD, PhD: Olá, sou Luca De Nicola, professor de nefrologia e diretor da Unidade de Diálise Nefrológica e da Escola de Pós-Graduação em Nefrologia da Universidade da Campânia “Luigi Vanvitelli” em Nápoles, Itália. Dou as boas-vindas a este programa intitulado “Abordando o componente silencioso de seu paciente com multimorbidade no atendimento primário: A função do rim” E comigo hoje está Sarah Jarvis, clínica geral, consultora clínica da Patient, professora visitante de clínica geral na Universidade de Huddersfield, no Reino Unido, e locutora médica. Bem-vinda, Sara.

Sarah Jarvis, MD: Obrigada. É ótimo estar aqui.

Prof. De Nicola: Obrigado. Vamos começar dizendo que a doença crônica, que é o foco hoje, é uma doença progressiva. Você vê aqui, todas as fases, são 5 fases da DRC. E o que é importante é que o diagnóstico e o estadiamento precisos são necessários para usar o tratamento de maneira eficaz. E você pode ver que o importante são os estágios intermediários de 2 a 4 para iniciar um tratamento eficaz. E isso porque a DRC é uma doença silenciosa até se tornar grave, com pouca sintomatologia, poucos sintomas e sinais. É muito importante porque essa característica da DRC, é uma grande barreira para o manejo ideal e, é claro, o tratamento desses pacientes.

Então, podemos dizer com base neste slide, que foi retirado do registro dos EUA, o último relatório anual, você pode ver como é difícil ter um diagnóstico desses pacientes. Você vê que nos últimos 20 anos, nas últimas 2 décadas, apenas 12% foram diagnosticados com a doença, embora tivessem a doença. E isso é muito importante porque essa ausência de diagnóstico leva ao encaminhamento tardio ao nefrologista. Nos últimos 20 anos, houve apenas um pequeno aumento na proporção de pacientes com DRC recebendo atendimento da nefrologia em tempo hábil, ou seja, pelo menos 1 ano antes de iniciarem a terapia de substituição renal, que inclui o tratamento dialítico.

Dra. Jarvis: E, claro, é exatamente por isso que estamos falando sobre a importância do atendimento primário: porque muitas vezes, o que vemos – não é verdade, Luca? – é que os pacientes chegam, eles são sintomáticos, eles são diagnosticados com base nos sintomas e, talvez, estejam pressionando por um encaminhamento. Além disso, é claro, eles procurarão seu médico e, portanto, serão diagnosticados porque serão investigados. Mas acho que esse slide importante sobre o fato de que esta é uma doença silenciosa com muita frequência significa que é muito, muito fácil ser subdiagnosticada e talvez os médicos de clínica geral não estejam muito cientes da importância da prevenção. Até recentemente, nós realmente não tínhamos muito a oferecer, não é, Luca? Certamente, nas fases iniciais, talvez controlando a hipertensão e dando um ECA [inibidor] ou um BRA. Isso já foi o máximo que se conseguiu, não é mesmo?

Prof. De Nicola: Você está absolutamente certa. O que é importante, especialmente para os clínicos gerais, é que eles são o primeiro médico que o paciente consulta. Então, é muito importante que o médico diga ao paciente: ‘Olha, você tem DRC”, porque essa é a única maneira de aumentar a conscientização sobre a DRC nos pacientes.

Dra. Jarvis: Os pacientes têm um nível muito baixo de consciência sobre a DRC. Esta é uma grande revisão sistemática e meta-análise, 32 estudos. E se você observar a conscientização sobre a DRC entre os pacientes com DRC, 19,2%, com TFGe abaixo de 60, apenas um quarto desses pacientes que tinham estágio 3 a 5 da DRC estavam cientes disso. Pelo lado positivo, os pacientes que eram de práticas de nefrologia eram muito mais propensos a estar cientes disso. Mas é muito difícil, eu diria, ser encaminhado a um nefrologista e não perceber que há um problema nos rins. Mesmo aqui, no entanto, quase 15% estavam sob cuidados de um nefrologista e ainda não perceberam que tinham DRC. Mas se olharmos para a população em geral – a população que não tinha necessariamente DRC, entre aqueles que tinham e não tinham – estatísticas realmente assustadoras de que apenas 1 em 12, 1 em 13 pacientes, ou seja, 12 em 13 pacientes não tinham ideia.

Mas se agora olharmos para o diagnóstico de DRC entre os pacientes que têm DRC, veremos que, na verdade, o estágio 3 da DRC não está sendo diagnosticado formalmente em todo o mundo. Mesmo se olharmos para os EUA, que tiveram a maior proporção de pacientes diagnosticados, ainda tínhamos dois terços dos pacientes com DRC em estágio 3 que não estavam sendo diagnosticados. E isso é muito importante pois se você não fizer o diagnóstico de DRC, não vai ter a mesma ênfase nos tratamentos preventivos, como o controle da pressão arterial e o uso de ECA [inibidores] ou tratamento com BRA, que vão proteger os rins. Isso reduzirá a hipertensão intraglomerular, reduzirá a progressão da DRC.

E claro, também precisamos lembrar que não são só os rins. Sei que você é nefrologista, Luca, mas precisamos lembrar que, na verdade, o coração também é importante. Há uma incidência extremamente alta, uma correlação real entre a incidência de DRC e a incidência de doença cardiovascular e, mais importante, insuficiência cardíaca.

Prof. De Nicola: O que é importante também nesse estudo que você mostra é que a taxa de diagnóstico não foi diferente em pacientes com comorbidades, comorbidades muito

importantes, como hipertensão e diabetes. Portanto, esses resultados são mais assustadores do que parecem. E o que fazer? O que fazer é tentar melhorar a comunicação na comunidade médica, na comunidade científica, entre paciente e médico. Então, é por isso que pensamos que uma boa abordagem, uma abordagem muito fácil, deve ser sintética e direta. Portanto, esse é um tipo de abordagem “4W” para limitar a carga da DRC. Vamos responder a essas 4 perguntas muito diretas, como “porque precisamos fazer triagem?”, “quem devemos submeter à triagem?”, “com o que devemos fazer a triagem”, então, qual teste devemos usar para fazer a triagem de pessoas para DRC e “o que devemos fazer em seguida?”

Isso é muito importante porque é o fim do processo, o tratamento ideal dos pacientes. E vamos começar com a primeira pergunta. A primeira pergunta é “por que precisamos fazer triagem?” Bem, esta é uma resposta muito fácil se olharmos para o estudo da carga global de doenças, que é um grande estudo, um estudo mundial, relatando o que aconteceu com a DRC nas últimas 2 décadas. Bem, você pode entender como a carga da DRC é realmente preocupante. Duplicamos a incidência em duas décadas, dobramos a prevalência e dobramos a mortalidade por DRC. E temos que destacar que a maior parte da mortalidade está relacionada às doenças cardiovasculares, pois os eventos cardiovasculares são a principal complicação da doença renal crônica.

Também temos um aumento de 62% nos anos de vida ajustados por incapacidade. Então, estamos falando de milhões de pacientes e a explicação é: porque a população está crescendo. Isso é muito importante para os novos países, os países emergentes, a África, a Ásia. No mundo ocidental é mais causada pela epidemia de diabetes e, claro, pelo aumento da expectativa de vida, porque a DRC é uma doença típica também dos idosos.

Dra. Jarvis: Mas não são mais só os idosos, não é mesmo? E eu acho que isso é muito interessante. Se olharmos para o diabetes, por exemplo, é claro que a grande maioria dos pacientes com diabetes terá diabetes tipo 2. Sabemos que, claro, a etnia desempenha um papel, sabemos que o histórico familiar desempenha um papel, mas na verdade isso tem a ver com a obesidade e, principalmente, a obesidade abdominal. E a obesidade abdominal também predispõe a quê? Hipertensão. Qual é um dos outros impulsionadores da doença renal crônica? Hipertensão. Portanto, concordo plenamente que esses pacientes estão envelhecendo, mas, na verdade, muitos dos meus pacientes muito idosos -- temos uma abordagem muito diferente para eles, pois precisamos pensar sobre por que estamos tratando a DRC, trata-se de doença crônica doença renal ou de um declínio renal natural relacionado à idade?

Um homem de 88 anos de idade que atendi recentemente tinha uma TFGe na verdade de 29, mas cuja TFGe basicamente estava caindo incrivelmente devagar em cerca de 1 mililitro por minuto por 1,73 metros quadrados nos últimos 10 anos. E eu disse: “Precisamos proteger seu coração porque você corre um risco maior de insuficiência cardíaca. Precisamos proteger seus rins porque não queremos que piorem ainda mais. Você está recebendo todos os medicamentos certos, na verdade, você só atingirá o estágio final da doença renal nesse ritmo se permanecer vivo até os 105 anos”. Muito diferente de alguns de nossos outros pacientes.

Prof. De Nicola: Você tem razão, Sarah. Só quero acrescentar algo porque é muito importante ressaltar que a mortalidade por DRC e o risco de doença renal em estágio terminal significam diálise. A diálise é independente do diabetes e da hipertensão. O que quero dizer é que, no passado, muitos médicos, muitos colegas, pensavam na mortalidade por DRC ou na DRC levando as pessoas à diálise como algo quase independente da DRC, mas dependente da doença primária como hipertensão e diabetes. Essa lenda foi esquecida depois de 2012, quando duas grandes meta-análises em mais de 1 milhão de pacientes demonstraram que a DRC tem um papel independente na determinação da mortalidade e doença renal terminal em pacientes com diabetes e hipertensão. O que nós vemos em termos de prognóstico dos nossos pacientes não depende só de hipertensão ou diabetes, mas também é determinado pela DRC por si só.

Dra. Jarvis: Mas, é claro, se estivermos pensando naqueles pacientes de alto risco, em outras palavras, “quem devemos submeter a triagem”, podemos nos voltar para as diretrizes do KDIGO, que deixam bem claro que é a população de risco, as pessoas em quem deveríamos estar pensando. E realmente precisamos ter um baixo índice de suspeita. Precisamos examinar esses pacientes regularmente. Quem tem hipertensão, quem tem diabetes, quem tem doença cardiovascular e quem tem obesidade, nós os submetemos a triagem regularmente porque, como diz o KDIGO, esses são os riscos individuais ou populacionais que nos permitirão identificar esses pacientes.

Prof. De Nicola: Certo. E o que é importante também é que precisamos fazer a triagem em pacientes mais velhos. Quero dizer que na meta-análise da qual eu estava falando, mais de 1 milhão de pessoas mostra que a idade não salva vidas. Quero dizer também em idosos, se você tem DRC, o prognóstico piora. Precisamos fazer a triagem também em todas as pessoas. Temos que pensar que a mortalidade não é o destino natural dessas pessoas. A morte não é o destino natural. O destino natural, o destino dessas pessoas é progredir para a doença renal terminal. E vamos ver o que aconteceu nos últimos 20 anos na Europa. Mostramos a incidência ao longo do tempo, nos últimos 20 anos de pacientes em diálise, e vocês podem ver que, infelizmente, a incidência ainda está aumentando. Então, temos cada vez mais pacientes iniciando a terapia de substituição renal ao longo do tempo, também nos últimos anos, e isso é muito ruim.

Isso é muito ruim. Os testes são muito fáceis e muito baratos, você pode ver aqui o mapa de calor do KDIGO, as diretrizes internacionais em nefrologia, você vê a cor diferente do verde para o vermelho e, claro, as pessoas nos quadrados vermelhos são aquelas que têm o pior prognóstico. E você pode ver que o prognóstico é ditado não apenas pela TFG que você pode ver aqui à sua esquerda. Portanto, quanto menor a TFG, maior o risco. Mas muito importante é que você pode ver como o prognóstico piora com o aumento da albuminúria. E isso é muito importante. Portanto, no final, temos dois testes fáceis de usar para fazer uma triagem ideal. A TFG tem medido o nível de creatinina sérica, mas talvez mais importante que a TFG seja a ACR, ou um simples exame de urina para verificar a albuminúria do paciente.

Dra. Jarvis: Eu acho que isso é realmente fundamental para o atendimento primário. Se olharmos para esses pacientes que deveríamos estar submetendo à triagem, os pacientes com

hipertensão, os pacientes com diabetes, os pacientes com obesidade, os pacientes com doenças cardiovasculares, vamos pegar aqueles pacientes que são assintomáticos. Pacientes no estágio 2, estágio 3a e, até certo ponto, no estágio 3b. E eu sugeriria que, na verdade, quando você chegar ao estágio 4 da DRC, bem, você estará na zona vermelha, independentemente de sua ACR na urina. E esses são os pacientes que deveríamos estar encaminhando, certamente pelo menos considerando, mas geralmente encaminhando para o nefrologista.

Mas acho que os que são relevantes para o atendimento primário são os pacientes com diabetes que têm uma ACR na urina que está elevada, mas na verdade cuja TFG_e pode ser de 75 e, caso contrário, se não estivéssemos verificando a uACR, poderíamos não perceber que estão em alto risco. A mesma coisa para pacientes que têm doença renal crônica estágio 3a. Na verdade, se eles tiverem uACR normal a levemente aumentada, seu risco é muito diferente em comparação a se eles tiverem uACR gravemente aumentada.

Prof. De Nicola: Correto. Correto. O importante é colocar o paciente nesse mapa de calor, que é a base da estratificação de risco para estadiamento e prognóstico.

Dra. Jarvis: Temos alguns estudos de caso. Esse senhor, um paciente bastante típico meu, ele tem hipertensão de longa data, já está tomando um inibidor da ECA, e sua pressão arterial está muito bem controlada. Isso está dentro do que a gente considera aceitável para hipertensão controlada. Examinamos a TFG_e e ACR na urina. O que vemos é que ele está oscilando entre 3a e 3b. Ele tem uma TFG_e de 45 e sua uACR é de 2,8. Então, isso está realmente nos níveis normais a baixos de albuminúria; isso o coloca naquela zona amarela. Isso é importante, não é, Luca? Em termos de risco?

Prof. De Nicola: Bem, este é o indivíduo que nunca vai começar a diálise. Isso é algo intrínseco, inerente ao envelhecimento fisiológico do rim.

Dra. Jarvis: Ainda precisamos proteger os rins dele, mas não precisamos nos preocupar muito.

Prof. De Nicola: Mas podemos dizer a este senhor que ele nunca fará diálise, o que é importante. Por outro lado, podemos dizer a ele “não tome anti-inflamatórios ou drogas nefrotóxicas”. Isso também é muito importante para o prognóstico do paciente.

Dra. Jarvis: Uma dica muito útil, e algo que precisamos nos lembrar. O que podemos dizer a ele é que você nunca chegará a uma doença renal em estágio terminal enquanto continuar tomando os comprimidos e enquanto continuar sendo monitorado. Mas nossa próxima paciente, curiosamente, se estivéssemos medindo apenas a TFG_e, você poderia pensar, oh, ela tem uma TFG_e mais alta, qual é a preocupação? Mas, em primeiro lugar, ela é mais jovem. Em segundo lugar, ela tem diabetes tipo 2. Isso é um fator de risco adicional, além de sua hipertensão. Em terceiro lugar, ela tem uma uACR muito alta em comparação com nosso paciente anterior. Não sabemos a taxa de declínio de sua TFG_e, mas acho que se tivéssemos, seria muito mais rápido do que nosso paciente anterior. Mas mesmo sem ter essa taxa de

declínio de TFG_e, mesmo sem saber o quão abruptamente sua função renal está diminuindo, ainda colocamos ela na zona vermelha naquele mapa de calor.

Prof. De Nicola: Mas podemos dizer mais. Podemos dizer que se essa senhora for tratada com um inibidor da ECA ou BRA e SGLT2 [inibidor], ela vai atrasar a doença renal terminal em 15 anos em média. Estas são algumas coisas que foram discutidas e mostradas por estudos clínicos randomizados controlados (RCTs) como o CREDENCE ou o DAPA-CKD. Portanto, é muito importante identificar esses pacientes e tratá-los adequadamente com os inibidores do sistema de renina-angiotensina (inibidores de RAS) e inibidores de SGLT2.

Dra. Jarvis: Se pensarmos no que o KDIGO recomenda, encontramos nossos pacientes de alto risco, os rastreamos e fizemos um diagnóstico de DRC em uma proporção significativa, suspeito eu, se estivermos usando os critérios certos para triagem. O que faremos a seguir? Muitos desses pacientes, na verdade, serão tratados no atendimento primário. Até certo ponto, é claro, isso depende de sua prática em seu país individual. Isso depende da sua disponibilidade de medicamentos, se você tem permissão para prescrever determinados medicamentos no atendimento primário. Realmente existem alguns fundamentos que são o básico do atendimento primário. Eu diria que a grande maioria dos meus pacientes com DRC estágio 3a, eu trataria no atendimento primário, e muitos deles com DRC estágio 3b. Isso depende muito, acho justo dizer, de seus fatores de risco.

Se pensarmos naquela senhora com uma TFG_e de 49, o que temos em mente é que ela tem uma perda de TFG_e de mais de 5 mL/min por ano. Ela está correndo um risco muito alto. Esse é o tipo de paciente que eu não esperaria até que sua TFG_e caísse abaixo de 30 para encaminhá-la ou buscar orientação certamente, de meus colegas de cuidados secundários. Considerando outro senhor, talvez que teve um declínio muito, muito lento, que tinha comorbidades que significavam que ele não tinha uma expectativa de vida de mais do que alguns anos, cuja TFG_e era de 29, mas cuja TFG_e estava caindo muito lentamente e ele tinha baixos níveis de albuminúria, isso seria muito diferente. Eu consultaria meus colegas de cuidados secundários, mas não necessariamente o encaminharia ou esperaria que ele fosse tratado principalmente por eles.

Então, Luca, acho que se olharmos para esses outros pacientes, há alguns pacientes que você definitivamente ia gostar de ver. O paciente com doença renal hereditária, com LRA, o paciente com proteinúria nefrótica com hematuria de origem desconhecida, o paciente com hipertensão resistente, onde tínhamos confirmado que a hipertensão realmente era resistente e não era por falta de medicação, e talvez o paciente com potássio sérico alto, PTH alto, fósforo sérico alto. Isso é justo, Luca? O que faremos com eles quando chegarmos lá?

Prof. De Nicola: Eu concordo. Quer dizer, o importante é não encaminhar, mas dividir os pacientes com o nefrologista porque a gente precisa compartilhar o paciente, compartilhar o tratamento, os objetivos terapêuticos. Para aquela senhora, é claro que precisamos compartilhar o paciente imediatamente porque ela pode estar com glomerulonefrite, sendo assim, possivelmente, precisará de uma biópsia renal. Para o primeiro relato de caso, o senhor

com proteinúria zero, isso é praticamente envelhecimento fisiológico normal do rim, então ele pode ficar com seu clínico geral.

Mas o que é muito importante é compartilhar também os objetivos terapêuticos, e o primeiro objetivo nesses pacientes é atingir a uremia por meio de dieta e dosagem adequada de diuréticos. E se corrigirmos a expansão de volume, também obtemos uma pressão arterial normal porque a maior parte da hipertensão em nossos pacientes com DRC depende da expansão de volume. E é muito importante atingir um índice de massa corporal normal porque, basicamente, a próxima epidemia depois do diabetes é a obesidade, que está associada à proteinúria, [que está] associada a um declínio mais rápido da TFG. Então, é muito importante trabalhar junto também quanto ao índice de massa corporal e também nas mudanças de estilo de vida, Sarah.

Dra. Jarvis: Nesta fase, é claro, você está de volta ao meu território de atendimento primário: parar de fumar, dieta saudável, exercícios regulares. Estes são os pilares da orientação sobre estilo de vida na prática geral. E, como você diz com razão, da tentativa de reduzir a obesidade. Mas na verdade muitos desses tratamentos para pressão arterial, esses tratamentos farmacológicos, são o foco do atendimento primário. Isso é o básico, controlar a pressão, deixar a HbA1c bem controlada se o paciente tiver diabetes, principalmente diabetes tipo 2 aqui, que vão ser a maioria dos pacientes atendidos no atendimento primário. Acho que a maioria dos pacientes com tipo 1 [diabetes], é claro, será tratada em cuidados secundários ou sob uma combinação. O controle dos lipídios é realmente importante por causa dos riscos de doenças cardiovasculares, bem como de DRC. ECA [inibidores] e BRAs são realmente fundamentais. Controle a pressão arterial, mas use ECA [inibidor] e BRA para fazer isso porque eles vão proteger os rins de forma independente.

Mas também, é claro, um [inibidor] SGLT2 dentro de sua indicação licenciada. O SGLT [inibidor] correto não apenas protegerá os rins em pacientes com e sem diabetes tipo 2, mas também reduzirá o risco enormemente aumentado de insuficiência cardíaca desses pacientes. E isso é realmente fundamental porque significa que estamos protegendo em todos os setores. Os antagonistas dos receptores de mineralocorticoides, penso eu, são medicamentos importantes. Alguns de meus colegas de atendimento primário talvez não estejam tão acostumados a lidar com eles. Mas se olharmos aqui, SGLT2 [inibidores] evoluíram muito rapidamente para se tornar a terapia fundamental.

Prof. De Nicola: Com certeza. É muito importante, e também, o que é muito importante para mim, é a terapia de terceira linha, porque você tem que perceber que esses medicamentos não são eficazes em todos os pacientes. Portanto, ainda precisaremos adicionar terapia em pacientes para garantir a proteção de todos os órgãos, proteção de todo o corpo, coração e rins. É muito importante pensar nos agonistas dos receptores de GLP-1, os novos antagonistas dos receptores de mineralocorticoides não esteroides, a finerenona. Além disso, não se esqueça de obter o controle ideal da hipertensão adicionando diuréticos e bloqueadores dos canais de cálcio. E, claro, um controle bom, agradável e perfeito da glicemia é muito importante.

Dra. Jarvis: Por falar nisso, é claro, o KDIGO lançou novas orientações sobre DRC e diabetes tipo 2, assim como o NICE no Reino Unido. Em ambas as diretrizes, os [inibidores] SGLT2 surgiram porque é aqui que você vai controlar o açúcar no sangue em níveis mais altos de TFGe e proteger os rins usando [inibidores] SGLT2. Precisamos lembrar que os [inibidores] SGLT2 são menos eficazes para o controle glicêmico à medida que sua TFGe cai, mas eles permanecem tão eficazes em termos de proteção de seus rins e, é claro, de proteção de seu coração. Se olharmos para os pacientes que estão sendo avaliados, temos os pacientes com TFGe mais elevada que pelo menos 30. Os de alta prioridade, os pacientes com insuficiência cardíaca, os pacientes com altos níveis de ACR.

Devemos ter em mente as contraindicações, principalmente, por exemplo, pacientes com risco muito elevado de cetoacidose diabética, pacientes imunossuprimidos ou com úlceras nos pés. Precisamos considerar, para onde vamos? Por exemplo, canagliflozina, dapagliflozina, empagliflozina – seus estudos e suas indicações variam um pouco – mas precisamos olhar para aqueles que têm base de evidências tanto para DRC e diabetes tipo 2. Como sabemos, nem todos têm licenças para pacientes sem diabetes tipo 2, mas alguns têm. Isso é muito importante. Precisamos lembrar que não estamos mais administrando os [inibidores] SGLT2 apenas para controlar a glicemia, porque se fosse esse o caso, nós os interromperíamos quando o TFGe caísse abaixo de 45. Nós os estamos administrando para uma indicação diferente.

Prof. De Nicola: Sim. SGLT2 [inibidores] precisam ser administrados para proteção de órgãos e posso dizer que o efeito de hipoglicemia é um efeito colateral de SGLT2 [inibidores]. Precisamos administrar esses medicamentos para proteger os rins e o coração. Isso é muito importante.

Dra. Jarvis: Acho que a clínica geral em mim diria que o efeito colateral do controle da glicose é um efeito colateral muito bom para pacientes com diabetes tipo 2.

Prof. De Nicola: Com certeza.

Dra. Jarvis: Para resumir, Luca...

Prof. De Nicola: Sim, vamos resumir. Temos aqui um fluxograma. É uma espécie de fluxograma para atender o paciente desde o início e tratá-lo bem. Aqui temos o espectro das recomendações. Quero destacar que a primeira parte, quer dizer, escolher os pacientes que precisam ser submetidos a triagem para DRC, isso é muito importante. Isso é muito importante. É importante exatamente como a escolha do tratamento. Não se esqueça da primeira parte deste fluxograma, que é a triagem.

Dra. Jarvis: E acho justo dizer que todos esses 4 elementos são importantes aqui. Você esclareceu lindamente por que precisamos fazer triagem: o aumento de pacientes que atingem a doença renal em estágio terminal, o aumento da incapacidade, mas também o aumento, é claro, que esses pacientes têm em termos de risco de outras comorbidades, como doenças cardiovasculares e insuficiência cardíaca. O importante é que, se você tem um paciente com

DRC, isso pode imediatamente ser um sinal para você: esse paciente também tem alto risco dessas outras condições, preciso me proteger contra isso. Agora temos o “o que fazemos”? E eu penso, eu realmente espero que nós descrevamos bem por que, se você usar TFGe isoladamente, perderá alguns pacientes que realmente precisam ser encaminhados para você, Luca.

Prof. De Nicola: Correto. Correto. Verifique a proteinúria, a albuminúria, o exame de urina, o que você usar para testar a albuminúria tudo bem, mas o que é muito importante é testar a albuminúria.

Dra. Jarvis: Com certeza. Se pensarmos no que fazer com eles, isso vai depender das suas diretrizes locais e talvez do seu nível de confiança e assim por diante. Mas eu acho que existem alguns fundamentos que são muito concentrados na prática geral: parar de fumar, coração saudável, exercício, redução de peso, se possível, controle da pressão arterial. Mas com o que controlamos a pressão arterial? Precisamos usar IECA ou BRA e, muito importante, um controle intensivo de seus lipídios por causa de seu risco cardiovascular e, claro, para proteger seus rins também, um controle intensivo de sua glicemia. Acho que a grande mudança que vimos nos últimos anos foi essa mudança. Não temos mais apenas estatina de intensidade moderada ou alta e bloqueio do RAS e controle da glicemia em geral. Agora também temos uma terapia básica específica de SGLT2 [inibidores] para esses pacientes com diabetes tipo 2 e, em alguns casos, para pacientes com DRC sem diabetes tipo 2.

Prof. De Nicola: E posso lhe dizer, Sarah, que os SGLT2 [inibidores] vão mudar o destino natural, a história natural dos nossos pacientes com DRC, seja com diabetes ou sem diabetes. Eles funcionam bem em qualquer condição e temos que pensar neles basicamente como costumávamos fazer com os inibidores da ECA no início dos anos 90. Precisamos descobrir que um inibidor da ECA ou um BRA mais SGLT2 [inibidor], esse é o tratamento básico para nossos pacientes, independentemente do estado básico.

Dra. Jarvis: Acho que essa é uma observação muito boa para terminar.

Prof. De Nicola: Obrigado. Obrigado, Sarah. Gostaria de agradecer a todo o público por acompanhar este programa. Espero que tenha sido interessante e inovador para vocês. Muito obrigado e tenham um bom dia.

Esta transcrição não foi editada.

Aviso legal

Esse documento destina-se apenas a fins educacionais. Não serão dados créditos de Educação Médica Contínua (CME) pela leitura do conteúdo desse documento. Para participar dessa atividade, acesse www.medscape.org/viewarticle/986717

Para dúvidas sobre o conteúdo dessa atividade, entre em contato com o fornecedor da atividade educacional pelo e-mail CME@medscape.net.

Para assistência técnica, entre em contato com CME@medscape.net

A atividade educacional apresentada acima pode envolver cenários baseados em casos simulados. Os pacientes representados nesses cenários são fictícios e nenhuma associação com nenhum paciente real é intencional ou deve ser inferida.

O material aqui apresentado não reflete necessariamente os pontos de vista da Medscape, LLC, ou das empresas que apoiam a programação educacional em medscape.org. Esses materiais podem abordar produtos terapêuticos que ainda não foram aprovados pela Agência de Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA e usos fora da indicação de produtos aprovados. Um profissional de saúde qualificado deve ser consultado antes de usar o produto terapêutico em questão. Os leitores devem verificar todas as informações e dados antes de tratar pacientes ou utilizar qualquer terapia descrita nesta atividade educacional.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC