

Assunto: **DIAGNÓSTICO SISTEMÁTICO DA NEFROPATIA DIABÉTICA**

Nº 13/DGCG
Data: 07/09/01

Para: **Todos os profissionais de saúde**

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

I - NORMA

A Direcção-Geral da Saúde estabelece, através desta Circular, os procedimentos desejáveis a adoptar pelos profissionais de saúde, de forma a ser possível o desenvolvimento do Diagnóstico Sistemático da Nefropatia Diabética, a qual conta com o aval científico da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, baseado no Consenso sobre Nefropatia Diabética da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo.

Microalbuminúria

As alterações na função e estrutura renais ocorrem precocemente na Diabetes, sendo possível, actualmente, fazer-se o diagnóstico precoce da nefropatia diabética pela detecção da microalbuminúria.

Considera-se existir **microalbuminúria** quando a taxa de excreção urinária de albumina for superior a 20 µg/min ou 30 mg/24h e igual ou inferior a 200 µg/min ou 300 mg/24h.

Sendo a microalbuminúria um sinal precoce da repercussão renal da Diabetes *Mellitus*, salienta-se a importância de se proceder a adequados controlos metabólico e da pressão arterial, dado que estes são factores determinantes na progressão para nefropatia clínica.

A microalbuminúria é um factor de risco na evolução para a nefropatia clínica na Diabetes tipo 1 e representa um risco aumentado de morbilidade e mortalidade cardiovasculares na Diabetes tipo 2.

Prevenção da Nefropatia Diabética

Considera-se como critério para a prevenção da Nefropatia Diabética, a manutenção de:

- Bom controlo metabólico (HA1c < 7)
- Controlo da pressão arterial (<140/90mmHg), idealmente <130/85
- Aporte proteico ideal (15%, no máximo, do valor calórico diário)
- Alteração do estilo de vida (redução do peso, do consumo de sal, de álcool e de gordura; abstenção de tabaco; implementação de um programa de exercício físico regular).

Diagnóstico Sistemático da Microalbuminúria

Deve proceder-se a diagnóstico sistemático da microalbuminúria:

- na Diabetes tipo 1 e após 5 anos da sua evolução;
- imediatamente após o diagnóstico da diabetes tipo 2.

Os métodos a utilizar devem ser inicialmente semi-quantitativos, fazendo 3 pesquisas ao ano, na urina da manhã, ou de ocasião e, caso sejam positivas, devem ser confirmadas com métodos quantitativos.¹

Os métodos quantitativos consistem na determinação da albumina em amostras de urina de 12 horas / nocturna minutada² ou de 24 horas³ (quando se determinar a *clearance* de creatinina).

Nefropatia Incipiente

Considera-se a existência de nefropatia incipiente quando a microalbuminúria for positiva em 2 a 3 doseamentos, em menos de 6 meses.

Em caso de nefropatia incipiente deve proceder-se do seguinte modo:

- Iniciar terapêutica com inibidores da angiotensina, mesmo em diabéticos normotensos.
- Manter rigoroso controlo metabólico (HA_{1c} < 7.5).
- Manter controlo da pressão arterial, idealmente 120/80 mmHg⁴. Na Diabetes tipo 2, individualizar de acordo com o doente.
- Manter aporte proteico entre 0,8 e 1,0 g / Kg (peso de referência / dia).
- Corrigir a dislipidemia e outros factores de risco.
- Diagnosticar infecções urinárias e actuar rapidamente.
- Monitorizar os parâmetros bioquímicos.

Nefropatia Clínica

Considera-se a existência de nefropatia clínica quando a taxa de excreção urinária for > 200 mg/min ou > 300 mg / 24 h.

Em caso de nefropatia clínica deve proceder-se do seguinte modo:

- Manter rigoroso controlo da pressão arterial, utilizando, se necessário, associação de fármacos.
- Manter aporte proteico máximo: 0,6 - 0,8 gr / Kg (peso de referência / dia).
- Manter bom controlo metabólico (HbA_{1c} < 7,5).
- Corrigir a dislipidemia.
- Vigiar e actuar rapidamente em presença de infecção urinária.
- Monitorizar parâmetros bioquímicos.
- Vigiar intensivamente complicações micro e macrovasculares.

Insuficiência Renal Crónica

Os doentes apresentam sinais e sintomas inespecíficos, que se vão agravando e se intensificam com a diminuição da Taxa de Filtração Glomerular e consequente aumento da creatinénia.

Deve-se estar atento à possibilidade de surgirem factores agravantes, tais como:

- Doenças intercorrentes.
- Infecções das vias urinárias.
- Toma de anti-inflamatórios não esteróides.
- Execução de exames radiológicos com produtos de contraste.

Não se deve esquecer:

- A necessidade de serem adaptadas as doses de qualquer medicação aos níveis de *clearance* da creatinina.
- Nas fases avançadas da insuficiência renal referenciar ao nefrologista, idealmente com valores de creatinénia³ a 2 mg / dl ou £ 60 ml / min de Taxa de Filtração Glomerular.

II – FUNDAMENTAÇÃO

Não existe, actualmente, possibilidade de caracterizar clinicamente, antes do aparecimento da microalbuminúria, os indivíduos em que, uma vez instalada a Diabetes *Mellitus*, possuem susceptibilidade para desenvolver nefropatia diabética.

Vários factores podem, também, influenciar a velocidade de progressão da nefropatia para insuficiência renal avançada, requerendo, por isso, identificação e respostas precoces de forma a ser reduzida esta importante e grave complicação da Diabetes *Mellitus*, em cumprimento do consignado na Declaração de St. Vincent, da qual Portugal foi País subscritor.

Torna-se, assim, imprescindível normalizar, nos vários serviços de prestação de cuidados de saúde,

práticas de prevenção e tratamento eficaz da nefropatia diabética, que viabilizem os ganhos em saúde que os objectivos do Programa Nacional de Controlo da Diabetes *Mellitus*, pretendem alcançar.

O Director-Geral da Saúde

Prof. Doutor José Pereira Miguel

¹ Estes testes são inúteis se já existir uma proteinúria positiva.

² O doente diabético deve recolher toda a urina eliminada durante a noite e a primeira urina da manhã, num ou vários frascos bem lavados e bem passados por água simples. Para isso, o doente, à noite e antes de se deitar **não** aproveita essa urina, mas regista o dia, a hora e os minutos. A partir de então, se se levantar para urinar durante a noite, começa a juntar a urina. Na manhã seguinte, depois de se levantar, junta a **primeira** urina da manhã e, assim, completa a colheita, devendo então registar, novamente, o dia, a hora e os minutos. Esta foi a última urina que aproveitou. A urina deve ser mantida em local frio até ser enviada para o laboratório em recipiente identificado com o nome do doente.

³ Exercício físico nas 24 horas anteriores, infecção, febre, insuficiência cardíaca, hiperglicemia, e hipertensão acentuadas, podem aumentar os níveis de excreção urinária de albumina para valores superiores aos basais.

⁴ Blood Pressure; World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension; Scandinavian University Press; Supplement 1, 1999