



## Transplante Renal (da insuficiência renal secundária até à falência renal)

### 1. Condição Médica

Transplante Renal (da insuficiência renal secundária até à falência renal)

### 2. Diagnóstico

#### A. História Médica

A etiologia da fase de falência renal com necessidade de transplante renal deve ser bem documentada e acompanhada de confirmação pelo cirurgião responsável e por um nefrologista. Apesar de incomum nos atletas de elite, têm sido reportados casos de transplante renal em atletas de alto rendimento.

#### B. Critérios de Diagnóstico

- O diagnóstico de falência renal deve ser acompanhado pela apropriada documentação do declínio da função renal e confirmação pelo nefrologista.
- Um relatório do cirurgião, incluindo os procedimentos cirúrgicos, deve também ser disponibilizado.

#### C. Informação médica relevante

É necessário disponibilizar a história clínica do declínio da função renal, bem como demonstrar que os critérios que justificam o transplante renal estão verificados. Esta informação pode ser disponibilizada pelo médico de família, e devidamente suportada por relatório de um nefrologista.

### 3. Boas Práticas Médicas

#### A. Denominação das substâncias proibidas

- No tratamento do doente pós-transplantado pode ser necessário combinar terapêuticas, que podem requerer a utilização de:
  1. Glucocorticosteroides
  2. Beta-bloqueadores
  3. Diuréticos
  4. Eritropoietina (EPO)

#### B. Vias de Administração

Todos os fármacos devem ser administrados por via oral com exceção da Eritropoietina cuja administração é realizada por via intravenosa ou subcutânea.

#### C. Frequência

Doses diárias de glucocorticoides (5-10 mg diários para manutenção), beta-bloqueadores, diuréticos e EPO de acordo com as guidelines atuais (consultar referências). Para a EPO as guidelines atuais recomendam valores de hemoglobina de 120g/L.

D. Duração do Tratamento recomendada

O tratamento é crónico com recomendação de revisões anuais pelo nefrologista.

**4. Outros tratamentos alternativos permitidos**

Após transplante renal não existem outros tratamentos que não sejam proibidos, disponíveis, e que sejam adequados.

**5. Consequências para a saúde em caso de adiamento do tratamento**

A maioria dos indivíduos sujeitos a transplante renal, desenvolvem hipertensão secundária à doença renal crónica. A hipertensão não tratada, parece estar associada a uma redução na sobrevivência de longa duração do enxerto. Nos casos em que a insuficiência moderada do enxerto é confirmada, os doentes devem receber EPO suplementar. Tendo em consideração que os critérios para o transplante renal foram atingidos, não instituir terapêutica farmacológica nestes indivíduos terá um impacto significativo sobre o funcionamento do rim transplantado e em último caso poderá ter consequências fatais para o doente.

**6. Monitorização do Tratamento**

Cabe ao nefrologista decidir a periodicidade das avaliações de rotina da função renal, incluindo monitorização da tensão arterial.

**7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado**

É considerado aceitável a terapêutica crónica de acordo com o estado clínico e com uma revisão anual. Qualquer alteração do regime terapêutico que inclua a adição de fármacos proibidos deve ser bem documentada e elaborada pelo Nefrologista no modelo aprovado de AUT.

Na revisão anual os atletas tratados com EPO devem realizar testes sanguíneos incluindo hemoglobina, hematócrito, contagem de glóbulos vermelhos e contagem de reticulócitos.

Uma nova AUT é anualmente emitida, após a revisão dos parâmetros adequados.

**8. Medidas de Precaução Apropriadas**

O transplante renal em atletas de alto rendimento não é uma ocorrência comum. Contudo, existem casos recentes documentados e a aplicação consistente das boas práticas é essencial.

**9. Referências**

1. 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology New Guidelines for treatment of Hypertension J Hypertens. 2003 Jun; 21(6):1011-53
2. KDOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis 39:S1-S266, 2002 (suppl 2)
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. JAMA 289:2560-2572, 2003