

# SPNnews

Sociedade Portuguesa de Nefrologia



A nossa missão é prevenir e curar as doenças renais e melhorar a qualidade de vida de todas as pessoas afectadas de doença renal

## SUMÁRIO

● Registo Nacional do tratamento da insuficiência renal crónica terminal: perspectivas actuais, objetivos futuros

Fernando Macário



● Serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta

Pedro Ponce

● Formação do Registo Nacional de Biópsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Fernanda Carvalho



● Medicamentos de Biotecnologia: implicações clínicas da heterogeneidade

H. Luz Rodrigues

● Colaboração com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

André Weigert e João Bispo

## ENTREVISTA

Prof. Fernando Nolasco presidente da SPN

# Futuro exige mais especialistas

Uma das ambições do Prof. Fernando Nolasco para o mandato de 2009-2012 à frente da SPN é sensibilizar a opinião pública e as estruturas governantes para a importância de uma intervenção precoce no diagnóstico e tratamento das doenças nefrológicas, reconhecendo-as como uma das prioridades na política de Saúde do País.

De acordo com o Chefe de Serviço de Nefrologia do Hospital de Curry Cabral, em Lisboa, “estima-se que entre 500 a 800 mil pessoas no País tenham algum grau de compromisso da função renal, não estando, a maior parte delas, identificadas.” As doenças renais, assinala,

“previnem-se melhor do que se tratam e é preferível actuar antes de as lesões estarem instaladas.”

A identificação da população em risco promoverá uma intervenção mais precoce que procure evitar ou retardar o desfecho da insuficiência renal crónica. “Quanto mais tarde estas situações forem tratadas, mais problemas iremos ter em evitar que progridam. À medida que os anos vão passando, a doença vai evoluindo e as lesões podem tornar-se irreversíveis.”

De acordo com o Relatório Anual de 2008 do Gabinete de Registo da SPN, havia 9.303 doentes em hemodiálise prevalentes no ano passado e 5.151 doentes transplantados. A diabetes e a hipertensão arterial

foram identificadas como causa de insuficiência renal crónica em 2.285 doentes incidentes em hemodiálise em 31% e em 17% dos casos, respectivamente.

De referir que o Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal, divulgado este ano, revelou que em números totais existem 905.035 portugueses entre os 20 e os 79 anos de idade com diabetes mellitus tipo 2. Destes, 395.134 (43,6% do total) não sabiam que eram portadores desta doença crónica. Como assinala o Prof. Fernando Nolasco, o mau controlo da diabetes é um dos grandes factores de risco para a progressão da doença renal.

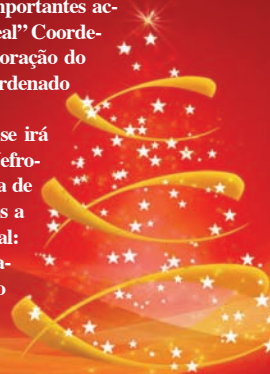
A etiologia da doença irá condicionar a capacidade de intervenção dos clínicos antes da perda da função renal. A inves-

### Caros colegas

Neste último número da SPNEWS referente a 2009 optámos por abordar três assuntos que irão apresentar desenvolvimentos importantes em 2010: 1- aspectos referentes aos dois registos da Sociedade - Tratamento da Doença Renal terminal e Biópsias Renais, nomeadamente as suas possibilidades de expansão, 2- aspectos referentes à colaboração da SPN com a International Society of Nephrology e a recém formada Sociedade Angolana de Nefrologia, estando em preparação nova reunião em Angola, no final do 1º semestre, 3- finalmente um artigo sobre as implicações clínicas da heterogeneidade dos medicamentos de Biotecnologia. Dentro da descrição da actividade dos vários Serviços de Nefrologia que tem vindo a ser apresentada, publicamos o texto referente ao S. de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta da autoria do Dr. Pedro Ponce, e que nos foi enviado pela Drª Aura Ramos actual Directora de Serviço. Incluímos finalmente os anúncios e programa de duas importantes actividades científicas: “Curso de Diálise Peritoneal” Coordenado pela Prof.ª Anabela Rodrigues, e “O Coração do Doente Insuficiente Renal em Diálise” Coordenado pelo Dr. José Diogo Barata.

Aproveito para lembrar que em Setembro se irá realizar o 3º Congresso Luso Brasileiro de Nefrologia, aguardando-se informação sobre a data de submissão de abstracts. Finalmente desejamos a todos Votos de Boas Festas e um pedido especial: uma rápida resposta ao inquérito sobre tratamento da IR, indispensável para apresentação do Registo de 2009 no Congresso.

Um grande abraço, *Bom Natal*  
e um excelente ano de 2010



# Entrevista com Prof. Fernando Nolasco

▶ tização de novas abordagens farmacológicas tem aberto novas perspectivas. **“Hoje em dia existem dados relativamente seguros de que alguns fármacos poderão atrasar uma perda progressiva da função renal.”** Sublinha que não se trata ainda de parar a progressão da doença, mas de atrasar a sua evolução, ou seja, **“em vez de a doença evoluir em quatro ou cinco anos, evolui em oito ou dez anos. Consegue-se atrasar uma situação que, de outra maneira, iria evoluir mais depressa.”**

Em 30 anos, o panorama da hemodiálise em Portugal mudou radicalmente. O Prof. Fernando Nolasco recorda: **“Ainda sou do tempo em que em Portugal não havia capacidade para fazer diálise e era necessário enviar os doentes para Espanha ou para França.”** A Nefrologia, nessa altura, estava focalizada nos casos de insuficiência renal aguda. Entretanto, os Serviços hospitalares de Nefrologia foram crescendo e a oferta de Centros de Hemodiálise diversificou-se, sobretudo no sector privado. No site da SPN estão registados 115 Centros de Nefrologia ou Hemodiálise. **“Existe uma boa cobertura de Centros de Hemodiálise, muito desenvolvida ao longo dos anos graças ao dinamismo das áreas privadas, ao esforço pessoal dos Nefrologistas e ao apoio e disponibilização de verbas pelo Ministério da Saúde.”** No entanto, admite que haja zonas do País pouco populosas ainda “desprotegidas” no acesso a Centros de Hemodiálise.

O Nefrologista destaca os avanços terapêuticos nesta área, nomeadamente na qualidade dos materiais e das técnicas e na maior tolerância dos doentes aos tratamentos. **“Hoje em dia, existe mais segurança e eficácia. A qualidade técnica da hemodiálise não tem nada a ver com o que se fazia há 20 anos.”**

## Transplantação renal de dador cadáver: Portugal na linha da frente

De acordo com o presidente da SPN, Portugal tem “excelentes taxas de colheita de órgãos de cadáver por milhão de habitantes e excelentes resultados, que nos colocam nos primeiros lugares da Europa.”

Na “Newsletter Transplant” de Setembro de 2009 — do Conselho da Europa e coordenada pela Organización Nacional de Trasplantes (Espanha) — registam-se os números internacionais de 2008 da actividade de doação e transplantação. De facto, Portugal está bem colocado no panorama europeu e mundial em relação à taxa anual de transplante de rins de dador cadáver por milhão de habitantes (pmh) (44,8 pmh), estando à frente do Reino Unido (com 23 pmh) ou da Itália (com 26,9 pmh).

De acordo com a Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, no primeiro semestre deste ano a colheita de órgãos de dador cadáver aumentou 17,3% em relação a 2008.

Mas o panorama é diferente no que toca à doação de órgãos em vida. A Lei nº 12/93, de 22 de Abril, apenas previa a doação de órgãos entre familiares até ao 3º grau. A nova Lei (nº 22/2007, de 29 de Junho) permite agora que qualquer pessoa, como cônjuges ou amigos, seja dador de órgãos em vida, independentemente de haver relação de consanguinidade. Para o Prof. Fernando Nolasco, a nova lei é positiva, mas é preciso desenvolver muito mais este tipo de colheitas.

**“Já temos mais colheitas de órgãos de dador vivo em Portugal do que em Espanha, mas se formos comparar com os países escandinavos, quase**

**50% dos transplantes que fazem são de dador vivo.”**

Ainda de acordo com os dados da “Newsletter Transplant”, a taxa anual de transplante de rim de dador vivo por milhão de habitantes fixa-se em Portugal em 4,6 pmh — ainda assim à frente de Espanha, com 3,4 pmh — mas muito atrás do Reino Unido (com 15,3 pmh), da Suécia (com 14,8 pmh) ou da Noruega (com 20,5 pmh).

## Fármacos em transplantação: “espantosa” evolução

A transplantação, assinala o Prof. Fernando Nolasco, **“não é um milagre.”**

Explica que nem todos os doentes beneficiam desta abordagem, ou porque não podem ser submetidos a cirurgias ou ser sujeitos a terapêuticas imunossupressoras. Por isso, é preciso ponderar a estratégia mais benéfica para cada doente com insuficiência renal crónica.

Admite que a transplantação **“tem uma melhor capacidade de substituição da perda da função do rim do que a hemodiálise, dá uma autonomia diferente, mas tem outras exigências, como as terapêuticas de manutenção.”** Sublinha que se exige do doente transplantado uma maior responsabilização, nomeadamente, na toma da medicação.

Neste ponto, refere que a evolução registada na oferta de fármacos imunossupressores **“é espantosa”**, dando aos clínicos a possibilidade de seleccionarem a estratégia farmacológica que melhor se adapta a cada um dos doentes. **“E mais vêm a caminho”**, assinala.

## Captar mais jovens para a Especialidade

A Especialidade de Nefrologia precisa de captar

mais jovens médicos para poder responder, de forma adequada, às exigências futuras. Como aponta o Prof. Fernando Nolasco, **“estamos a atingir o ponto em que vão existindo carências. Temos que lutar por isso! Num panorama de crescimento da procura, com identificação de maior número de doentes em risco de perda de função renal, temos de ter capacidade de resposta.”**

O apoio à formação e à investigação é uma das missões da SPN, atribuindo anualmente até cinco bolsas de estudo anuais no valor de 1.500 euros para financiar estágios nas áreas da Nefrologia e Hipertensão, em Portugal ou no estrangeiro. Além disso, a agremiação financia com verbas significativas projectos de investigação e atribui vários prémios em parceria com a Indústria Farmacêutica.

O Prof. Fernando Nolasco mantém o propósito de desenvolver a capacidade de investigação dos jovens Nefrologistas e de estreitar relações com a comunidade nefrológica dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

O objectivo é colaborar com esses países, sobretudo com Angola, Cabo-Verde ou Guiné-Bissau, no desenvolvimento de Serviços de Nefrologia. **“Queremos colocar a nossa experiência à disposição desses países.”** E tendo a Especialidade de Nefrologia tantos pontos de contacto com outras Especialidades, faz parte dos objectivos da nova Direcção da SPN desenvolver parcerias com outras sociedades científicas nacionais e internacionais, sendo privilegiada a articulação com as Sociedades de Nefrologia espanhola e brasileira. 🍀

Entrevista  
Filipa Lourenço/NOTÍCIAS MÉDICAS.  
Direitos de publicação cedidos  
pelo jornal NOTÍCIAS MÉDICAS

**SPNews**  
Sociedade Portuguesa de Nefrologia

Largo do Campo Pequeno, 2 – 2º A, 1000-078 Lisboa  
www.spn.pt • geral@spn.pt  
Publicação Trimestral • Distribuição gratuita  
Tiragem: 1000 exemplares

O boletim SPNews sai 4 vezes por ano  
Editado e produzido pelo jornal NOTÍCIAS MÉDICAS por  
protocolo de parceria com a Sociedade Portuguesa de Nefrologia  
Impressão: Imprejornal

### SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA

#### DIRECÇÃO

Presidente ..... Fernando Nolasco  
Vice-Presidente... Maria Fernanda Carvalho  
Secretária..... Josefina Santos  
Tesoureira ..... Teresa Adragão  
Vogais ..... Rui Alves  
Fernando Neves  
Alberto Afonso

#### CONSELHO FISCAL

Presidente..... Carlos Pires  
Vogais ..... Carlos Barreto  
Cristina Santos

#### ASSEMBLEIA GERAL

Presidente..... António Cabrita  
Vice-Presidente..... André Weigert  
Tesoureiro ..... Manuela Bustorff Guerra

Edição e Produção

O JORNAL DA MEDICINA PORTUGUESA  
**NOTÍCIAS MÉDICAS**  
EDIÇÃO DE PROJECTOS ESPECIAIS

CITÉCNICA, Rua Tristão Vaz, 15-2.ºDc 1449-023 Lisboa  
Telefs. 21 301 19 89 - 21 301 44 96 Fax 21 301 55 39  
noticiasmedicas@mail.telepac.pt

# Registo Nacional do tratamento da insuficiência renal crónica terminal: perspectivas actuais, objectivos futuros



**Fernando Macário**

*Assistente Graduado de Nefrologia dos H.U.C.  
Coordenador Nacional do Gabinete de Registo do Tratamento da IRCT da SPN  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação*

Passaram-se 25 anos sobre a criação do Gabinete do Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica em Portugal, em 1984, pelo Dr. Jacinto Simões, à data Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Desde essa altura o Registo seguia o modelo casuístico da EDTA até que, no final da década de oitenta o modelo passou a ser o de registo permanente com recolha de dados de incidência e prevalência de diversos factores demográficos e clínicos: idade, género, grupos etários, causas de insuficiência renal, mortalidade, internamentos, tuberculose, serologias de vírus de hepatite, etc. Entre 1997 e 2007 passaram a recolher-se dados agregados que, embora incidindo sobre menos aspectos clínicos, permitiram uma recolha universal de dados com a resposta de 100% das Unidades envolvidas no tratamento da insuficiência renal crónica terminal. No artigo intitulado “Breves apontamentos do Registo Nacional do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica” publicado recentemente em Boletim da SPN pode referir os

anteriores responsáveis do Gabinete do Registo, Drs. João Ribeiro Santos, Pedro Ponce, Francisco Remédios e João Pinto dos Santos, e analisar o registo da actividade de 2007 e 2008.

O actual Gabinete do Registo iniciou a actividade no final de 2007, numa altura difícil em que se vaticinava o final do Registo da SPN por motivos diversos, entre os quais se incluía o surgimento da “famosa” plataforma da IRC da Direcção Geral de Saúde. Acresciam as dificuldades de realizar o registo já na parte final do ano e ter que preparar os dados para apresentação em tempo útil para o Congresso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia que se tem vindo a realizar cada vez mais cedo no ano, em Março de 2008 e de 2009. Superámos essa dificuldade e conseguimos incluir no registo, com recolha de dados agregados de 100% das Unidades, dados que não eram analisados em Portugal há muitos anos: avaliação da incidência e prevalência por modalidades de tratamento e nos doentes com mais de 65 anos, análise da distribuição por géneros dos doentes prevalentes a nível nacional e por zonas do país, ponderação das idades médias em hemodiálise e diálise peritoneal nacional e por zonas do país, dimensões das clínicas de diálise peritoneal, etiologias da Insuficiência Renal Crónica dos doentes incidentes e prevalentes, tipo de acesso vascular utilizado no início de tratamento por hemodiálise e

demografia do acesso vascular nos doentes prevalentes, marcadores virais, causas de morte, taxas de mortalidade nacional e por zonas do país nas diferentes modalidades de tratamento entre outros aspectos não analisados nos anos prévios.

Temos a perfeita noção de que a forma de recolha de dados depende claramente da qualidade da resposta das diferentes unidades envolvidas no tratamento dos doentes insuficientes renais crónicos. Percebemos que a forma como as questões são colocadas nem sempre foi completamente clara para todos os que responderam. No entanto, parece-nos que os dados recolhidos fornecem uma razoável “fotografia” do tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal em Portugal.

A tarefa para a recolha dos dados de 2008 está dificultada pela precocidade do Congresso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia de 2010 que vai decorrer já em Fevereiro pelo que o Gabinete do Registo, em acordo com a Direcção da SPN, decidiu apresentar um Inquérito em tudo idêntico ao do ano passado. Assim acreditamos que será mais fácil às Unidades recolher os seus dados para resposta ao Inquérito do Registo.

Decerto já ninguém nega a importância fundamental da análise dos dados obtidos pelo Registo que permitiram ter uma noção fundamental da realidade dos números portugueses nessa área. Deve

também ser salientado que, apesar da diferença na forma de recolha de dados e após um esforço muito grande de conciliação daqueles dados foi possível publicar parte dos resultados do Registo Português no Registo da EDTA/ERA referentes ao ano de 2007.

Chegou, no entanto, o momento de sermos ambiciosos na mudança e passar a uma nova etapa do Registo. O modelo actual do Registo da Insuficiência Renal Crónica em Portugal precisa de ser aperfeiçoado e os dados recolhidos deverão ser cada vez mais rigorosos e fidedignos. Vamos iniciar um processo, que sabemos será difícil e moroso, de criação duma nova forma de recolha de dados. À semelhança do processo que tive oportunidade de encetar no Registo da Sociedade Portuguesa de Transplantação com a colaboração do Dr. Rui Alves Filipe, actualmente em fase de conclusão, é objectivo do Gabinete de Registo a criação duma nova ferramenta informática de recolha contínua de dados do tratamento da Insuficiência Renal Crónica que permita a análise, quase em tempo real, dos dados demográficos e clínicos, actualmente analisados de forma retrospectiva. Poderá, assim os Nefrologistas o entendam, constituir um instrumento de análise de grande utilidade e interesse científico para a comunidade nefrológica nacional. Os aspectos analisados no Registo Nacional, já referidos anteriormente, e disponíveis no site da SPN na secção do Gabinete do Registo, passarão a estar disponíveis localmente para cada Unidade e globalmente a nível nacional. Naturalmente que este processo terá que passar pelo escrutínio das autoridades competentes na análise de protecção de dados sem nunca interferir com a independência de cada Unidade que aceite continuar a disponibilizar a informação requerida sobre esta nova forma que permitirá actualização e análise contínuas. ●

## Gabinete de Registo do Tratamento da IRCT da SPN

Coordenador Nacional: Dr. Fernando Macário  
Vice-Coordenador Nacional: Dr. Ernesto Fernandes Rocha  
Coordenador Regional da Região Norte: Dra. Maria João Carvalho  
Coordenador Regional da Região Centro: Dra. Ana Amélia Galvão  
Coordenadores Regionais da Região Sul: Drs. José António Lopes e Dr. Manuel Gonçalves Amoedo  
Coordenador Regional da Região das Ilhas: Dr. Gil Silva

# Formação do Registo Nacional de Biópsias Renais da Sociedade Portuguesa de Nefrologia



**Fernanda Carvalho**

Coordenador Nacional do Gabinete de Registo de Biópsias Renais

Em 1993, por iniciativa do Dr. João Paulo Amorim foi abordada a possibilidade da criação dum registo de biópsias renais em Portugal.

Conver-sámos acerca deste tema e concordámos na formalização do registo e na apresentação dos dados obtidos à comunidade nefrológica. Colaboraram neste trabalho inicial, cinco hospitais: S. João e Stº António, Hospital Universitário de Coimbra Stª Maria e Curry Cabral. Foram reunidas e analisadas 470 biópsias renais tendo sido os resultados apresentados em Congresso

Nacional no ano de 1994.

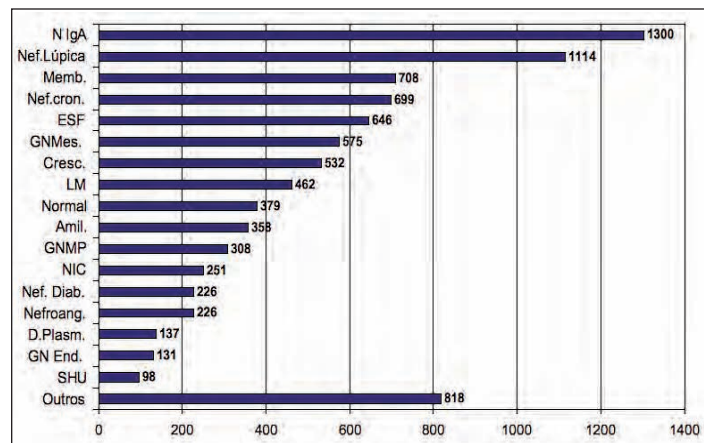
Com esta experiência, apesar de incipiente, apercebemo-nos da importância dum registo desta natureza, pois veio possibilitar um melhor conhecimento das nefropatias a nível nacional. Patologias biopsadas, quais as mais frequentes, como se distribuam por idades, sexos e regiões.

Contudo, de então para cá e apesar das diligências encetadas para a continuidade do registo, não mais se conseguiram resultados de forma sistemática que permitissem a elaboração de um trabalho credível.

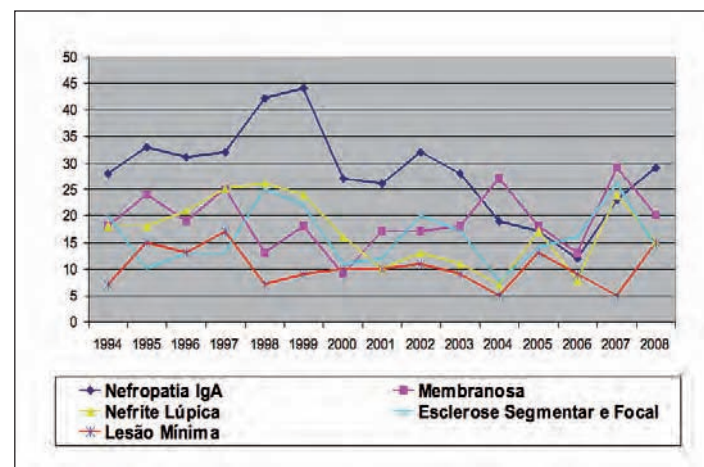
Em 2008 reuniram-se condições que permitiram reiniciar o registo. Aproveitando a realização do XXIII Congresso de Nefrologia, presidido pelo Dr. Mário Campos, o Dr.º Jorge Pratas do Hospital Universitário de Coimbra e eu própria, lançamos o desafio da colheita de dados de biópsia, a nível nacional, dos últimos 30 anos. Tivemos o apoio total da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) que nos incentivou para formarmos um Registo de Biópsias Renais.

Analisámos 11439 biópsias, executadas entre os anos de 1977 e 2008, com dados clínicos e histopatológicos enviados por 27 hospitais onde se pratica a biópsia renal. As biópsias de rim transplantado não foram ainda, incluídas. Os resultados foram apresentados no

**Quadro 1** Diagnósticos



**Quadro 2** Diagnósticos mais frequentes



## Gabinete de Registo de Biópsias Renais

Dr.ª Fernanda Carvalho, Hospital de Curry Cabral. Lisboa  
 Dr.ª Fernanda Xavier da Cunha, Hospital Universitário de Coimbra. Coimbra  
 Dr.ª Helena Viana, Hospital de Curry Cabral. Lisboa  
 Dr.º Jorge Pratas, Hospital Universitário de Coimbra. Coimbra  
 Dr.º José Ramón Viscaíno, Hospital de St.º António. Porto  
 Dr.ª Sância Ramos, Centro Hospitalar de Lisboa Oeste – Hospital de Stª Cruz. Lisboa  
 Dr.º Samuel Aparício, Hospital Fernando da Fonseca. Lisboa  
 Dr.ª Susana Sampaio, Hospital de S. João. Porto

Coordenador Nacional – Dr.ª Fernanda Carvalho  
 Coordenador da Região Norte – Dr.ª Susana Sampaio  
 Coordenador da Região Centro – Dr. Jorge Pratas  
 Coordenador da Região Sul – Dr.ª Helena Viana

congresso de 2009 e entre outras conclusões, permitiu-nos verificar que o síndrome clínico mais frequente foi o síndrome nefrótico.

As patologias relevantes foram glomerulonefrite IgA, nefrite lúpica, membranosa, esclerose segmentar e focal. (Ver quadros 1e 2)

Era o momento de ter o apoio institucional para sedimentar o registo. Em 2009 a SPN, presidida pelo Dr. José Vinhas, formalizou a criação do Gabinete de Registo das Biópsias Renais da SPN (GRBR) (ver caixa). A sede do Registo será na SPN onde serão recebidos, analisados e

posteriormente colocados ao dispôr dos nefrologistas, todos os dados colhidos em folha de protocolo informatizada enviada pelos Centros de Nefrologia de todo o país.

É também a altura de agradecer aos colegas de todos os hospitais que nos enviaram os seus resultados e que de forma empenhada permitiram a efectivação deste trabalho.

A criação do GRBR levará a um melhor conhecimento da patologia renal a nível nacional, permitindo estudos epidemiológicos das nefropatias baseados na biópsia com base em dados clínicos e histopatológicos detalhados. 📌



1978

Prof. Dr. Oreopoulos tratou o seu 1º doente com DPCA



1986

Cicladora PAC-X



1987

Twin Bag na DPCA



1994

HomeChoice



1997

ICODEXTRINA



1999

HomeChoice PRO



2000

SOLUÇÃO DE BICARBONATO/  
/LACTATO



2005

2008

IMPENDIA  
ESTUDO

# Líder na Diálise Peritoneal

**Baxter**

Baxter Médico-Farmacêutica, Lda.  
Sintra Business Park, Zona Industrial da Abrunheira, Edifício 10,  
2710 - 089 Sintra  
Tel. 21 925 25 00 | Fax: 21 915 82 09  
[www.baxter.pt](http://www.baxter.pt)



Personalizar a Diálise

# Serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta



## Pedro Ponce

Director

Em finais de 1991, era eu um consultor de nefrologia instalado num serviço superlotado, foi-me lançado o desafio de criar um novo serviço de nefrologia no acabado de estrear Hospital Garcia de Orta.

O trabalho começou em conjunto com o Dr. Jorge Oliveira e Silva, já em funções no departamento de medicina do hospital e evoluiu lentamente para a equipa que temos hoje, composta por 8 nefrologistas, além dos internos em formação já que nos é reconhecida idoneidade formativa em todas as valências do internato de Nefrologia.

Pelo caminho demos formação a internos do internato complementar de várias especialidades, para além, é claro, do internato completo de

nefrologia, ou sectorial em áreas como hemodiálise, diálise peritoneal, ou angiografia de intervenção (em que recebemos 2 a 3 formandos exteriores por ano) e exportámos, com muito orgulho e confiança na sua prestação futura, vários nefrologistas para outros serviços.

Desde logo nos envolvemos entusiasticamente na primeira verdadeira experiência departamental, o departamento de especialidades médicas. Sendo nós um serviço com 'staff' ainda muito reduzido, praticando valências que exigiam uma cobertura permanente, pensámos que a estrutura departamental poderia ajudar a todos os serviços poderem partilhar recursos humanos nos períodos de menor movimento assistencial. Tal colaboração tão estreita veio a provar-se difícil, mas a gestão comum de admissões maximizava efectivamente as taxas de ocupação e a capacidade de escoamento do

serviço de urgência, com grande incentivo à multidisciplinaridade efectiva, sem qualquer perda de autonomia dos serviços individuais que tinham os seus espaços próprios (unidades de diálise na nefrologia, unidade de endoscopia na gastroenterologia, UCC da cardiologia...) mas partilhavam áreas de internamento de gestão comum.

Definimos a **Missão do Serviço** de nefrologia: *"Fornecer assistência nefrológica integral, em todas as suas vertentes e segundo o estado da arte, a toda a comunidade servida pelo hospital, bem como a doentes referidos por outras instituições que nos procurem para usufruírem de recursos não disponíveis na sua região"*.

As valências entretanto desenvolvidas foram:

**Nefrologia Clínica Internamento:** Em função da estrutura departamental em que nos integramos e das

solicitações de outros serviços, o sector de internamento foi dividido em 2 equipas, a da enfermaria de nefrologia e a de apoio a outros serviços, ambos com o mesmo volume de internados que ronda os 8 doentes cada, com 7 a 10 novas solicitações de observação nefrológica por semana para doentes de outros serviços, solicitações essas formalmente respondidas no próprio dia, pelo mesmo nefrologista.

**Unidade de Hemodiálise:** A Unidade de 15 postos, dispõe de um programa de doentes crónicos ambulatoriais de cerca de 56 doentes, um dos maiores programas nacionais em hospitais da rede pública, e ainda de um sector de diálise a doentes agudos, doentes crónicos internados, ou a doentes ambulatoriais de toda a península de Setúbal, que procuram o nosso hospital de dia por intercorrências clínicas de vária ordem, que ocupam em geral 3 monitores da unidade.

Além dos tratamentos de hemodiálise, a unidade efectua com regularidade hemoperfusão no tratamento de intoxicações e plasmáfereze terapêutica.

Os tratamentos de hemodiálise efectuados fora do serviço, nas 5 unidades de cuidados intensivos do hospital, utilizam quer módulos portáteis de tratamento de água para diálise intermitente ou SLEDD, ou um monitor de técnicas contínuas.

Foi sempre política do serviço manter o programa de crónicos na sua lotação máxima, apenas enviando para diálise extra-hospitalar os doentes que excediam a nossa capacidade.

Estabelecemos igualmente um **Hospital de Dia de Nefrologia**, com 2 pólos, um dos quais a funcionar dentro das instalações da unidade de hemodiálise, que atende as urgências dos doentes do nosso programa de crónicos ambulatoriais e dá esse mesmo apoio permanente aos doentes das unidades extra-hospitalares da região de Almada e nalgumas situações também do Barreiro, Montijo, Grândola, ...

Os doentes recorrem a este hospital de dia para consulta urgente, colocação de cateteres centrais como acesso vascular de recurso para hemodiálise (sala de procedimentos), e referenciação a outras especialidades do hospital.

Decorre na unidade também a consulta de pre-transplantação renal com doentes referidos de outras unidades de toda a zona sul.

A unidade de **Diálise Peritoneal** que iniciou funções em 1992, tem um programa de cerca de 40 doentes, dos quais 37 em APD, claramente a modalidade preferida.

Na sala destinada ao ensino dos doentes em diálise peritoneal crónica, funciona o 2º pólo do Hospital de Dia, onde são também colocados os cateteres peritoneais, realizadas biopsias renais (dispomos de ecógrafo do serviço) e são resolvidas as urgências do programa de Diálise Peritoneal.

A **Unidade de Transplantação Renal** coordenada pelo director do serviço de nefrologia teve início atribulado. Começámos por lançar um programa bem sucedido de colheitas de órgãos no hospital, tendo criado uma antena do gabinete de colheitas articulado com o gabinete oficial do Hospital de S. José, com médicos de medicina interna especialmente treinados para a detecção e manutenção de dadores nas várias unidades de cuidados especiais do hospital. O início da actividade de transplantação foi interrompido e adiado repetidamente por oposição da então OPT, órgão consultivo do Ministério da Saúde, que queria impor um plano rígido de distribuição de unidades de transplantação. A vitória nesta guerra

gratuita resultou de termos convencido as autoridades da capacidade da equipa e de que o não licenciamento de uma unidade de transplantação a sul do Tejo iria levar à perda de inúmeras colheitas, sem qualquer economia de recursos humanos ou materiais. Temos mantido um número de transplantações de 20 a 25 doentes ano e outras tantas colheitas, com resultados sobreponíveis aos das outras unidades.

A **Consulta Externa** cobre as valências clássicas: nefrologia clínica, hemodiálise, diálise peritoneal, pré-transplantação, pós-transplantação. Os doentes de nefrologia clínica são admitidos por triagem feita sempre pelo mesmo médico.

Prestamos **Serviço de Urgência**, com uma cobertura em presença física nos dias de 2ª a Sábado e feriados das 8.00h às 23.00h e em regime de chamada das 23.00h às 8.00h e aos domingos. O nefrologista de serviço está localizado na unidade de hemodiálise para responder às exigências legais do funcionamento de uma unidade de hemodiálise e porque o movimento de hospital de dia na hemodiálise é sempre superior às solicitações nefrológicas do restante hospital.

Como **Actividades Académicas**, o serviço organiza anualmente, em colaboração com o serviço de nefrologia do Hospital de S. Bernardo, com grande aceitação da comunidade nefrológica, o “Simpósio Anual de Doenças Renais” da península Setúbal, que é a segunda reunião mais concorrida do calendário nefrológico nacional a seguir ao Congresso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, e “O Pequeno Almoço Nefrológico”, uma reunião para clínicos gerais da região.

O serviço participa em geral em 2 a 3 protocolos anuais de investigação patrocinados pela indústria farmacêutica, utilizando os proventos desta actividade para financiar o apetrechamento informático, equipamento clínico e publicações para a biblioteca do serviço.

A **Angiografia de Intervenção** constituiu nos últimos 15 anos o pólo de excelência do serviço.

Sensibilizados pelos primeiros relatos na literatura do sucesso da intervenção terapêutica endovascular na disfunção do acesso vascular para hemodiálise e confrontado com o difícil acesso dos nossos doentes a cirurgia especializada, com consequente sobreutilização do cateter central provisório como acesso de recurso, iniciámos em 1994 a actividade nesta área, depois de um primeiro período de treino com o Dr. Gerald Bethard na Austin Diagnostic Clinic, no Texas.

**Porquê nós nefrologistas?** A primeira razão foi o facto de os

radiologistas de intervenção não terem revelado interesse por esta actividade, que implica além de se dominar a técnica, ter experiência de sala de hemodiálise e recolher junto dos utilizadores, os enfermeiros, o ‘feed-back’ do resultado da intervenção, entender que o que está em causa não é a cosmética do acesso, mas a função, isto é que o ‘outcome’ da intervenção não é um frémio mas a adequação de diálise e um débito do acesso (Qa) adequado. Por outro lado, os nefrologistas com a sua longa experiência da técnica de Seldinger em vasos extremamente complicados, aprendem facilmente a execução dos actos de intervenção endovascular, têm um mandato e um compromisso muito especial com estes doentes, assumem cada pedido como uma urgência e um cateter como um falhanço e conhecem como ninguém a dor, a frustração e o risco de um mau acesso destinado a trombosar.

**Demarcação do território.** O pioneirismo técnico, principalmente quando ousa atravessar as fronteiras tradicionais das especialidades, enfrenta fatalmente uma disputa territorial. Este foi sem dúvida o aspecto mais delicado e difícil de ultrapassar no arranque do nosso programa. Não havendo uma tradição de certificação de aptidão técnica nesta área, não foi fácil convencer os nossos colegas de especialidade e cirurgões vasculares do interesse e eficácia desta técnica em complementaridade com a cirurgia do acesso, bem como disputar tempo de utilização de suite angiográfica aos utilizadores instalados, a radiologia convencional, a cardiologia e a neuroradiologia.

A persistência e os bons resultados foram convencendo uns e outros, neste momento temos atribuído um período semanal de 6 horas e um segundo período quinzenal de 3 horas, nas quais 3 equipas de 2 elementos treinados do serviço efectua rotativamente 5 a 8 procedimentos electivos por semana e acedem à sala fora de horas para alguns procedimentos de maior urgência. Entretanto, pelo serviço passaram para formação nesta área 16 nefrologistas, 1 cirurgião e 2 internos de radiologia.

**O que fazemos.** A unidade efectua até ao presente cerca de 3000 exames. Uma vez que a procura é muito superior à nossa capacidade de resposta, com solicitações desde o Porto ao Algarve e Regiões Autónomas, procuramos triar todos os pedidos de forma a aceitar apenas doentes para intervenção terapêutica, mesmo assim 13 a 15% dos exames acabam por ser apenas diagnósticos.

As indicações mais pertinentes para intervenção são: 1) A trombose do acesso; 2) O edema do membro do acesso; 3) A falta de débito do

acesso para o CEC com consequente inadequação de diálise; 4) A pressão elevada na prótese de PTFE; 5) A dor no acesso durante o tratamento.

O leque de técnicas que praticamos regularmente inclui: a) A angioplastia percutânea; b) A trombólise farmacomecânica (em geral com o “pulse-spray catheter”, apenas usamos trombo-aspiração em grandes massas de trombo de fistulas nativas de grande calibre); c) Colocação de stents autoexpansíveis centrais e periféricos; d) Medição de perfis de pressão ao longo do acesso para avaliar a relevância hemodinâmica de estenoses de significado duvidoso; e) Colocação de cateteres tunelizados em vasos considerados difíceis.

**Registo e controlo.** A partir do início de 2004 mudámos o sistema de registo e relatórios da base papel para um programa informático concebido pelo Dr. Sequeira Andrade, que retém os dados demográficos, administrativos e clínicos dos doentes, emite o relatório final do exame e inclui um sistema de alertas que assinala à secretária de unidade quando telefonar para a unidade de diálise do doente ao 1º, 3º e 6º mês pós-procedimento, para indagar do estado do acesso intervencionado.

**Resultados:** Com uma prática neste momento estável e amadurecida, os nossos resultados mostram um sucesso primário na angioplastia percutânea da estenose de 94.1%, com um aumento médio do Qa do pré para o pós-procedimento de 160% (medidos por diluição do hematócrito e mais recentemente diluição térmica).

O sucesso primário na trombólise foi de 87.5%, com 70% de patência não assistida aos 7 dias, 68% aos 30 dias e 60% aos 6 meses.

Nas trombólises sem sucesso enviadas a cirurgia, 75% tinham outro acesso vascular aos 30 dias.

Muitos dos casos referidos para trombólise chegam-nos nos 30 dias pós-cirurgia de novo ou revisão de uma prótese de PTFE, o que aumenta substancialmente os riscos do procedimento.

Trinta e seis por cento dos doentes com trombose do acesso têm mais de 1 estenose, difíceis de detectar e solucionar na cirurgia convencional de revisão do acesso.

**Conclusão:** O serviço está agora em fase de mudança com uma nova direcção e com oportunidades de desenvolvimento de novas áreas de excelência e novos desafios como o transplante de dador vivo. Acima de tudo constato ao despedir-me que construímos um serviço maduro, bem estabelecido na comunidade nefrológica e um interlocutor incontornável na planificação estratégica do hospital. 🍀



# Na vida todos precisamos de referências

**Medicamenta®.**

**Novamente uma referência na área da saúde**

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Cristovão Colombo descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar. Faz parte de quem somos.



**MEDICAMENTA®**

*por si*

L. MEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÉUTICA S.A.  
Rua do Comércio, 1111 - Jd. do Sol - 17700-000 Bauracema  
- São Paulo, SP - Brasil. Tel: (11) 3333-1111. Fax: (11) 3333-1112. E-mail: atendimento@medicamenta.com.br



# Colaboração com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

**André Weigert  
João Bispo**



André Weigert

Em Dezembro de 2004 o Prof John Dirks, então Presidente da “Commission for Global Advancement of Nephrology” (COMGAN) da “International Society of Nephrology” pediu a nossa colaboração para organizar uma reunião abordando a prevenção das doenças renais e cardiovasculares em Angola, dirigida aos clínicos gerais. Essa reunião mereceu o apoio entusiástico dos nossos colegas angolanos, liderados pelo Dr Matadi Daniel, bem como de outros colegas da Pluribus, nomeadamente o Dr. João Colarinha. O sucesso da reunião também se deveu ao substancial apoio do Ministério da Saúde de Angola, bem como o generoso apoio das empresas Amgen, Genzyme e Fresenius, que foi essencial para a logística da reunião. Cerca de 300 médicos generalistas participaram nessa reunião que, segundo muitos deles, foi pioneira na área de prevenção de doenças não-infecciosas no país. A Professora Sarala Naicker (de Joanesburgo), como representante da ISN África, não só participou na reunião, mas foi recebida connosco pelo Exmo Sr. Ministro da Saúde, enviando depois um relatório da actividade realizada em Angola como extremamente positivo. Posteriormente, viajei para Moçambique aonde um de nós

(AW) realizou duas conferências no Hospital Geral do Maputo, sobre “Avaliação da função renal” e “Prevenção da doença renal”, sendo expresso pelos colegas locais um elevado interesse na realização de futuras acções de formação nesse país.

Atualmente, os nefrologistas angolanos atingiram uma massa crítica que permitiu a formação da Sociedade Angolana de Nefrologia e foi decidida a realização de uma conferência organizada por essa sociedade. Foi proposta a realização de uma segunda conferência da ISN COMGAN sobre prevenção de doenças renais em estreita associação com a reunião da Sociedade Angolana de Nefrologia. Agora, esta reunião beneficiará, para além do apoio da ISN, que já apoiou a deslocação a Angola de três conferencistas (eu próprio, o Prof. Fernando Nolasco e o Prof. Miguel Riella, da Universidade Católica do Paraná), um enérgico apoio da nova Direcção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia. Será de prever a deslocação de outros conferencistas portugueses e de um franco estreitamento das relações entre as sociedades e uma intensificação da colaboração com os colegas angolanos. A SPN tem também interesse em apoiar iniciativas em outros países africanos de expressão portuguesa. Esse facto foi salientado na reunião das Sociedades Afiliadas na ISN, em S. Diego, durante a reunião da *American Society of Nephrology*. 🍷



**Gesto** (substantivo):

1. movimento, sobretudo da cabeça e dos braços para exprimir ideias ou afectos;
2. expressão de sensibilidade, compreensão, etc.;
3. acto ou acção em geral excepcional

## The **touch** that makes the difference

Na Diaverum™, sabemos tudo sobre doenças renais crónicas e o seu impacto na vida dos doentes. Concentramo-nos em melhorar os resultados médicos, mas sem nunca esquecer as necessidades emocionais e psicológicas dos nossos doentes e das suas famílias. Em resumo, oferecemos competência e cuidado – e damos igual valor a ambos. Esta combinação é o gesto especial que só nós possuímos.

*The touch that makes the difference*

Visite [www.diaverum.com](http://www.diaverum.com) para saber mais sobre a nossa abordagem única aos cuidados de saúde renais.

**DIAVERUM**

**RENAL SERVICES GROUP**

# Medicamentos de Biotecnologia: implicações clínicas da heterogeneidade



**H. Luz Rodrigues**

Os medicamentos obtidos por biotecnologia apresentam diferenças significativas relativamente às pequenas moléculas químicas mais comuns. Estas são produzidas por síntese química e têm uma estrutura estável e bem definida pouco ou nada sensível às alterações do processo de produção. Ao invés, o medicamento biotecnológico é preparado a partir sistemas vivos, tais como culturas de células, bactérias, ou fungos, resultando na formação de proteínas. Este processo de produção das proteínas é bastante mais complexo do que o que ocorre com a síntese química, podendo pequenas alterações no processo ou qualquer tipo de contaminação comprometer o produto final. O controlo da qualidade, a monitorização e os métodos de avaliação dos diferentes passos da produção destes medicamentos são difíceis de efectuar.

Uma das mais importantes questões relacionadas com a síntese proteica é a glicosilação pois que este processo pode influenciar a solubilidade, o metabolismo e a imunogenicidade das

proteínas recombinantes. A alteração do metabolismo pode produzir novos epitopos antigénicos com um potencial imunogénico aumentado e uma diferente actividade biológica. Outra marcante preocupação durante a produção é a contaminação microbiana ou viral, assim como a inclusão de impurezas como as endotoxinas ou as proteínas desnaturadas, as quais também podem alterar a imunogenicidade do medicamento biotecnológico. A complexa estrutura tridimensional das proteínas recombinantes pode ser modificada e conduzir à agregação, oxidação ou desamidação das proteínas durante o processo de fabrico ou de armazenamento. A produção e a formulação dos medicamentos biológicos é, portanto, altamente intrincada e o produto final é geralmente difícil de caracterizar, tendo ocorrido no passado situações em que pequenas alterações provocaram importantes consequências clínicas.

## Biosimilares

A expiração da patente dos medicamentos biotecnológicos originais levou à criação do conceito de biosimilar (terminologia europeia) ou follow-on biologic (designação dos EUA) para os medicamentos “cópias” dos originais. As dificuldades acima referidas no controlo dos produtos de biotecnologia justificaram que a denominação adoptada não fosse a de genéricos ou biogénicos. A impossibilidade de estabelecer a equivalência com o produto original, tal como acontece com as pequenas moléculas obtidas por síntese química, e a consequente assumpção de que estes medicamentos não podem ser considerados idênticos, criou o conceito de similaridade em termos de qualidade, segurança e eficácia clínica. A Agência Europeia do Medicamento (EMA) desenvolveu guidelines adequadas aos procedimentos necessários à autorização da entrada no mercado dos biosimilares. A FDA ainda não estabeleceu as normas para idênticos objectivos. O número de biosimilares aprovados na União Europeia até 25 de Fevereiro de 2009 é de treze, cinco dos quais são eritropoietinas. Na China, Índia e Coreia do Sul os biosimilares licenciados são significativamente mais.

A EMA editou guidelines específicas para produtos específicos, tais como a insulina, o GSF, a somatotropina ou a eritropoietina. Para esta os requisitos regulatórios são mais restritivos do que para as outras proteínas recombinantes, reflectindo a maior complexidade molecular e a recente história clínica da aplasia medular eritrocitária mediada por anticorpos anti-EPO.

## Farmacovigilância

Um dos aspectos mais relevante das guidelines é a preocupação de implementar programas de farmacovigilância adequados. A implementação de um plano de farmacovigilância pode ser uma condição para a EMA aprovar um biosimilar, embora não estejam estabelecidos os critérios que devam ser cumpridos.

De particular relevância é a ocorrência de efeitos adversos imunológicos com estes medicamentos. Infelizmente não é possível com base em estudos pré-clínicos prever a imunogenicidade, pelo que são necessários estudos clínicos antes da aprovação. Por exemplo, as guidelines relativas à eritropoietina biosimilar referem que a firma requerente deve apresentar estudos de imunogenicidade com a duração de pelo menos 12 meses. É evidente que os dados apresentados serão sempre muito insuficientes (o número de doentes testados é de 300), justificando-se que se continue a analisar a segurança do medicamento durante a comercialização. As guidelines enfatizam, assim, a necessidade do sistema de farmacovigilância adoptado desenvolver programas de testes de imunogenicidade para todos os medicamentos biotecnológicos.

Este processo de farmacovigilância pode ficar comprometido se ocorrer a substituição inadvertida do medicamento biológico sem conhecimento do médico ou do doente. Têm sido propostas de soluções que garantam ou aumentem uma farmacovigilância efectiva (Declerck, 2007), nomeadamente:

O biosimilar deve ter um nome comercial diferente e não deve ser permitida a prescrição por substância activa.

Deve ser adoptado um sistema de controlo da utilização, por exemplo,

através de um código de barras.

O RCM e o folheto informativo dos medicamentos biológicos não devem ser idênticos entre si (tal como acontece com os medicamentos genéricos), dados os diferentes processos de produção e formulação.

## Substituição

A complexidade da estrutura dos medicamentos de biotecnologia e do seu processo de produção e a reduzida experiência clínica com estes produtos, justifica a utilização judiciosa destes de modo a garantir a segurança do doente.

Não existe informação científica que caucione a permuta segura dos medicamentos biotecnológicos quer com os originais quer com os biosimilares.

A ausência de informação não se refere apenas à segurança, mas também à eficácia pois que não foi estabelecida a equivalência entre os originais nem destes com os biosimilares. Estas singularidades dos medicamentos de biotecnologia podem representar um risco no caso de ocorrer a substituição do medicamento sem o conhecimento do médico prescriptor. A substituição automática pode afectar a farmacovigilância, ao impedir a identificação da marca ou do fabricante dos produtos biofarmacêuticos. Vários países, nomeadamente, a França, Alemanha, Holanda, Espanha, Reino Unido e Suécia, adoptaram legislação proibindo a substituição automática de produtos biológicos.

De igual modo, um painel de peritos da Sociedade Portuguesa de Nefrologia emitiu um parecer em que considera que a permuta de medicamentos de biotecnologia não é absolutamente segura. No caso de ser necessário ocorrer a substituição, esta deve ser decidida pelo médico com base em dados científicos e clínicos consistentes e robustos. Em caso algum as questões financeiras devem induzir riscos para o doente ou ultrapassar a prescrição médica. ♥

Recomenda-se que a leitura deste artigo seja complementada com o "Position statement of the Portuguese Society of Nephrology on the clinical use of biotechnological drugs in renal patients" do Portuguese Journal of Nephrology and Hypertension de Outubro-Dezembro de 2009.



# Shire

Comprometidos  
com a Nefrologia



**Shire**  
is a proud sponsor of





## O coração do doente insuficiente renal em diálise: abordagem pluridisciplinar

6/2/2010

Lisboa (Hotel Sana)

**9.00-9.15:** Introdução e Boas Vindas José Diogo Barata e André Weigert

**A DOENÇA CARDIOVASCULAR NA DRC ESTADIO V: USRDS**

**9.15-10.00:** Prelector: Charles Herzog

**MORTE SÚBITA:**

**10.00-10.25:** Intervenção do Nefrologista: José Diogo Barata

**10.25-10.50:** Intervenção do Arritmologista : Pedro Adragão

**10.50-11.00:** Discussão

**11.00-11.30:** Café

**DOENÇA CORONÁRIA**

Avaliação Não Invasiva: Qual o melhor Método

**11.30-11.50:** Ecografia de Stress: M. Joao Andrade

**11.50-12.10:** Cintigrafia Miocárdica :António Ventosa

Avaliação Invasiva e Intervenção: Qual o Melhor Método

**12.10-12.35:** A Coronariografia com PTCA a melhor opção: Manuel Almeida

**12.35-13.00:** A Cirurgia coronária sem C.E.C.: um valor acrescentado:

Queiroz e Melo

**13.00 -13.15:**Discussão

**13.15 -14.30** Almoço

**VALVULOPATIAS**

**14.30-14.50:** O que o Cardiologista valoriza: Regina Ribeiras

**14.50-15.10:** O que o Nefrologista valoriza: Teresa Adragão

**15.10-15.50:** Controvérsia na Cirurgia Valvular Aórtica:

Próteses percutâneas para todos?

.Con: Miguel Abecassis Pro: J Pedro Neves

**15.50 -16.00:** Discussão

**16.00 -16.30:** Café

**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

**16.30-16.50:** Perspectiva do cardiologista: Carlos Aguiar

**16.50-17.10:** Perspectiva do nefrologista: André Weigert

**17.10- 17.20:** Discussão

**PERSPECTIVAS FUTURAS NA REDUÇÃO MORTALIDADE CARDIOVASCULAR NA DRC ESTADIO V**

**17.20-17.50** Charles Herzog

**17.50-18.00:** Conclusões finais e encerramento: José Diogo Barata


INSCRIÇÕES GRÁTIS **Informações** (D. Leonor Carmo)

Serviço de Nefrologia do Hospital de Sta. Cruz


Tel. 21 416 34 00 • Fax: 21 418 80 95 • e-mail: hsc@chlo.min-saude.pt

# Up-date Course in Peritoneal Dialysis 2010

endorsed by International Society of Peritoneal Dialysis



Planned UEMS accreditation and ISPD sponsorship

 Sociedade Portuguesa de Nefrologia

**Porto, 26-28 May**      Coordination: Anabela Rodrigues

**Educational objectives:** debates, conferences and interactive discussions based on both theoretic and clinical PD concepts, observation and training sessions on PD procedures, up-date course on new investigational and clinical aspects of PD.

**Event:** Annual meeting, aimed to provide timely, comprehensive, and thorough update in the field of peritoneal dialysis, for the practicing nephrologists, trainees with previous PD exposition, or clinicians working with uremic patients. We welcome pediatric nephrologists, internists, and general practitioners. New themes will be annually proposed to attract both new and recurrent participants. It will be a lively experience demonstrating that PD is on the move.

**Faculty:**

Anabela Rodrigues, MD,PhD  
Ana Rodriguez-Carmona, MD,

**PhD**

Antonio Cabrita, MD  
Conceição Mota, MD  
Manuel Amoedo, MD  
M Joao Carvalho, MD  
Olivia Santos, Graduated Nurse

**Invited lecturers**

Alice Lopes, MD  
Ana Bernardo, MD  
Isabel Fonseca, Nutritionist  
José Vinhas, MD  
Manuel Pestana, MD, PhD

## Up date Course on Peritoneal Dialysis 2010

### Programme

#### Day 26 th

**14.30** Welcome session: Anabela Rodrigues, Antonio Cabrita, Fernando Nolasco  
PD education- the role of SPN- Jose Vinhas

**15.00** Dialysis Infectious complications: HD versus PD- Antonio Cabrita  
**15.20** Refractory peritonitis: old and new strategies- Manuel Amoedo  
**15.40** Do alternative solutions reduce peritonitis risk? Anabela Rodrigues  
**16.00** Coffe  
**16.15** Work groups : What to do in difficult clinical cases?

Manuel Amoedo, Antonio Cabrita, Olivia Santos

**17.15** End of session

#### Day 27

09.00 PD – The right option in the right time - Ana Rodriguez-Carmona

09.20 Pre dialysis education – Implementation strategies-Manuel Pestana  
09.40 Pre dialysis education- The role of nurse - Olivia Santos

10.00 **Work groups** : Patient selection issues –Anabela Rodrigues, Olivia Santos

10.45 Coffe  
11.00 Depression in PD patients: Pitfalls in diagnosis- Alice Lopes  
Clinical challenge- MJ Carvalho

**11.30** Nutrition profile in PD patients  
Evaluation panel-Isabel Fonseca  
DP versus HD- Ana Bernardo  
**12.00** Why and how to prescribe glucose sparing regimens? Ana Rodriguez-Carmona  
**12.20** Discussion

**12.30** Lunch

**14.30** KT/V or Cr. clearance or UF- which target and how to deal with discrepancies? -Manuel Amoedo  
**14.50** PD handling of Phosphorus- Anabela Rodrigues  
**15.10** Intraperitoneal pressure measurement: does it matter? Conceição Mota

**15.30** Coffe  
**15.45** Work groups: PD prescription issues. MJ Carvalho, Antonio Cabrita  
**16.45** End of Session

#### Day 28

**09.15** Peritoneal encapsulating sclerosis: what have we learned? Anabela Rodrigues

**09.40** Work groups : PET issues .Anabela Rodrigues, Olívia Santos , Conceição Mota, Manuel Amoedo  
**10.30** Coffe  
**10.50** Hot Topics : participants invited to submit questions or special issues  
Open discussion

**12.00** End of Course

### Faculty

**Anabela Rodrigues**, MD, PhD, Nephrology Consultant and Associate Professor of Nephrology in the University of Porto, Instituto

Ciencias Biomédicas Abel Salazar. Graduated in Medicine, University of Porto, in 1989; Specialization in Nephrology 1992- 1997, Physician-in-Charge of the Peritoneal Dialysis Unit, in the Department of Nephrology at Hospital Geral Santo António in Porto, since 1998. PhD thesis on peritoneal transport; member of the Portuguese Nephrology Society Scientific Committee; was member of the Committee for Peritoneal Dialysis European Best Practice Guidelines. Is Council member of International Society Peritoneal Dialysis

**Ana Rodriguez-Carmona** MD,PhD. Study of Medicine at the University of Madrid 1972-1978. Specialization in Nephrology 1979-1983. PhD thesis on peritoneal transport in 1987. Physician-in-Charge of the Peritoneal Dialysis Unit in Hospital de Segovia 1986-1990 and the Physician-in-Charge of the Domicialy Dialysis Unit in the Nephrology Service at Hospital Universitario in A Coruña since 1992.

**Antonio Cabrita**, MD, Chief nephrologist, developed a leading Peritoneal Dialysis Unit in Portugal; since 2003 is director of the Nephrology Department, with accreditation by NP ISO 9001:2000, in the University Hospital of Santo Antonio. Was president of the National Nephrology College and was member of several National Commissions on dialysis surveillance.

**Manuel A G Amoedo**, MD, medical degree in 1987, nephrologist degree 1996, University of Coimbra ; Is Consultor in Nephrology and Clinical coordinator in Hemodialysis at FMC- Évora and FMC-Beja; Since 1998, is Chief of Peritoneal Dialysis program at the Department of Nephrology of Hospital do Espírito Santo – Évora, leader of a successful PD Unit and promoter of pos-graduated formation in the field of catheter implantation

**Maria da Conceição de Oliveira Costa Mota**, MD, medical degree in Medicine by the Oporto University in October 1981, nephrology specialty since 1991 and a sub-specialty in paediatric nephrology attributed in 2005. She

has had clinical activity at Maria Pia Children Hospital, in Oporto Hospital Center and is in-charge , since 1993, for the Pediatric Peritoneal Dialysis and the kidney Transplant Program, having some publications in these fields. She cooperates regularly in the organization of training courses and participates in the formation of internships of paediatric and nephrology. Since July 2008 is Director of the Paediatric Nephrology Service of the Oporto Hospital Center.

**Maria João Carvalho**, MD, medical degree 1995, nephrologist degree 2003, is nephrologist at the University Hospital Geral de Santo António, Porto, where her main clinical activity responsibility since 2006 is in the peritoneal dialysis unit and where she maintains ample assistance in both transplantation and clinical nephrology. Is in charge also for haemodialysis patients in an extra-hospital dialysis centre. Is senior assistant of “medical semiology” at Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Hospital Geral de Santo António; invited teacher at Biomedical Engineering, University of Minho (Dialytic Techniques) and Pharmacy, University of Porto (Chronic Kidney Diseases). Integrates the staff of the Portuguese Society of Nephrology registry since 2007

**Maria Olívia N. N. C. Santos**, graduated nurse, with activity since 1985, in University Hospital Santo Antonio; specialized in the field of nephrology including clinical nephrology, renal transplant, hemoanalysis and peritoneal dialysis patients treatment. Is the nurse in charge of the peritoneal dialysis Unite of the Hospital Santo Antonio and responsible for posgraduated nurse formation courses, also involved in clinical investigation. Since 2007 is responsible for the human, technical and material resources in the haemodialysis extrahospitalar centre CMDR – Centro Médico de Doenças Renais

**Inscrições até dia 31 de Janeiro**, através dos nossos contactos Tel.: 21 797 01 87, Fax.: 21 794 11 42 e mail dep\_socios@spnefro.pt – Sandra Marujo  
Existem 30 vagas para este curso



# ACTUA PARA ALÉM DA PTH<sup>3</sup>



## Selectivo<sup>1</sup>

Actua como activador selectivo dos receptores de vit. D

## Eficaz<sup>2</sup>

Perfil farmacoeconómico favorável; menos hospitalizações reduzem custos

## Protector<sup>3</sup>

Evidências sugerem vantagens de sobrevivência de

Abbott Laboratórios, Lda.

Estrada de Alfragide, 67 - Alfragide - Edifício D. 2610-008 Amadora. Tel. 21 472 71 00, Fax. 21 471 44 82.  
Contribuinte e Matriculada na Conserv. do Reg. Com. da Amadora. Nº 500 006 148. Capital Social €7.366.850

 **Abbott**  
A Promise for Life