

SPN NEWS

N.º 33 | trimestral | setembro de 2014

Newsletter Informativa da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

NEFROLOGIA PORTUGUESA EVIDENCIA-SE EM CONGRESSOS INTERNACIONAIS



A Nefrologia portuguesa vai estar representada ao mais alto nível em dois importantes eventos que marcam o mês de setembro. De 7 a 10, em Madrid, decorre o 15th Congress of the International Society of Peritoneal Dialysis, que tem a Prof.ª Anabela Rodrigues como vice-presidente da Comissão Organizadora. Entre 18 e 20, é a vez de o Porto receber o 47th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology, que é presidido pelo Prof. Alberto Caldas Afonso. Os dois especialistas portugueses adiantam à *SPN News* os pontos fortes destes congressos e refletem sobre as principais novidades nas áreas da diálise peritoneal e da Nefrologia pediátrica. **Pág.6**



IN SITU

Reportagem no
Serviço de Nefrologia
do Hospital de Santo
Espírito da Ilha
Terceira, nos Açores
Pág.10

FLUXOS

Prof. Arnaldo
Figueiredo, presidente
da Associação
Portuguesa de
Urologia, em
entrevista **Pág.16**



DIAVERUM

// REINÍCIO DE ATIVIDADE REPLETO DE MOMENTOS ALTOS

Nos meses de setembro e outubro, a Nefrologia portuguesa vai estar extraordinariamente ativa. De 7 a 10 de setembro, decorre, em Madrid, o 15th Congress of the International Society of Peritoneal Dialysis, cuja comissão organizadora terá como vice-presidente a Prof.^a Anabela Rodrigues. Poucos dias depois, de 18 a 20 de setembro, será o Prof. Caldas Afonso a presidir, no Porto, ao 47th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology.

Entre 24 e 27 de setembro, estaremos representados no VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia, em Belo Horizonte, no Brasil. Já em outubro, entre 9 e 11, participaremos no XII Congresso Português de Transplantação/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, em Lisboa. Estes quatro grandes eventos, que decorrem no espaço de um mês, mostram bem a dinâmica da Nefrologia nacional e serão, certamente, um sucesso.

Mas a atividade da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) não se fica por aqui. No dia 3 de outubro, em Lisboa, terá lugar mais um módulo da Formação Contínua para Médicos patrocinada pela Amgen, que será dedicado ao tema «Estatística e análise científica». Seguir-se-ão dois outros módulos, a 28 de novembro e em finais de janeiro de 2015, que terão como temas, respetivamente, «Treino de apresentação de trabalhos científicos» e «Como escrever um artigo».

Destaco ainda outros dois eventos promovidos pela SPN: o curso sobre a transição da Nefrologia pediátrica para a Nefrologia de adultos, que será organizado pelo Prof. Caldas Afonso e pela Dr.^a Josefina Santos e terá lugar no dia 21 de novembro, no Porto; e a terceira edição

da Reunião CKD-MBD Made in Portugal, que vai decorrer em fevereiro de 2015, na Curia.

Da mesma forma que os próximos meses serão de atividade intensa, o primeiro semestre deste ano também foi marcado por diversos momentos altos. O maior de todos foi o Encontro Renal, que correu francamente bem, com um número recorde de perto de 200 trabalhos apresentados e com a participação de cerca de 500 congressistas – um número muito positivo no contexto difícil que atravessamos.

Temos esperança de que, nos próximos meses, estas dificuldades, que também se estendem ao tratamento dos doentes renais, se comecem a diluir e que a Nefrologia portuguesa continue a progredir.

Um grande abraço,



// FERNANDO NOLASCO

Presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

DE NOVO

4 // Prof. José Barbas homenageado em sessão de reflexão sobre o ensino da Nefrologia

5 // O Prof. Levi Guerra foi distinguido com o Prémio Nacional de Saúde 2013



SEM FILTRO

6 // Destaques do 47th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology pelo seu presidente, Prof. Alberto Caldas Afonso

8 // Entrevista à Prof.^a Anabela Rodrigues, vice-presidente do 15th Congress of the International Society of Peritoneal Dialysis

IN SITU

10 // Reportagem no Serviço de Nefrologia do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

NEFROEVENTOS

14 // Highlights do 7th Update Course of Peritoneal Dialysis

15 // Balanço da 2.^a Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise

FLUXOS

16 // Entrevista ao Prof. Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia

PRAXIS CLÍNICA

18 // O Prof. Fernando Domingos fala sobre o diagnóstico e o tratamento da litíase renal

ÓRGÃOS SOCIAIS 2013-2016

DIREÇÃO

Presidente: Fernando Nolasco

Vice-presidente: Maria Fernanda Carvalho

Secretária: Josefina Santos

Tesoureira: Cristina Santos

Vogais: Rui Alves, Fernando Neves e Alberto Caldas Afonso

CONSELHO FISCAL

Presidente: Carlos Pires

Vogais: Carlos Barreto e Pedro Pessegueiro

MESA DA ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: António Cabrita

Vice-presidente: André Weigert

Secretária: Manuela Burstoff Guerra

// Ensino da Nefrologia em destaque na homenagem a José Barbas



Prof. Fernando Nolasco, Prof. Rui Alves, Dr. António Gomes da Costa, Prof. Rui Victorino, Prof. Martins Prata, Prof. José António Lopes, Prof. Manuel Pestana, Prof. Edgar Almeida e Prof. José Barbas (da esquerda para a direita)

A propósito da aposentação do Prof. José Barbas, realizou-se, no dia 20 de junho passado, na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), uma sessão de reflexão sobre o ensino da Nefrologia nas escolas médicas. Esta sessão teve como principal intuito homenagear este nefrologista, que exerceu até junho de 2014 no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM) e foi professor na FMUL.

O Dr. António Gomes da Costa, nefrologista no CHLN/HSM, recordou os primeiros anos de internato, que iniciou juntamente com José Barbas, em 1975, salientando a dedicação e o interesse que viu, desde sempre, no homenageado. De seguida, o Prof. Edgar Almeida, diretor do Serviço de Nefrologia do Hospital Beatriz Ângelo, em

várias escolas médicas do País – Prof. Manuel Pestana (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto), Prof. Rui Alves (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), Prof. Fernando Nolasco (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa) e o próprio Prof. José Barbas (FMUL).

«Saio protegido e apoiado pelos amigos e pelas memórias deles sobre mim e de mim sobre eles», disse, emocionado, José Barbas, ao agradecer a presença de todos no final da sua comunicação. A sessão de homenagem contou ainda com a participação do Prof. Rui Victorino, presidente do Conselho Científico da FMUL, e do Prof. Martins Prata, diretor do Serviço de Nefrologia do CHLN/HSM, nas comunicações de abertura e encerramento, respetivamente. //

// Descoberto sinal celular implicado na regeneração do rim

Um estudo resultante de uma parceria entre investigadores da Universidade de Stanford, nos Estados Unidos, e de Telavive, em Israel, permitiu descobrir o sinal celular implicado na regeneração do rim. Publicada na revista *Cell Reports*¹, a investigação recorreu a um modelo experimental inédito neste âmbito: o ratinho «arco-íris», geneticamente modificado para expressar quatro marcadores fluorescentes em cada célula.

A convite da SPN News, o Prof. Rui Alves, nefrologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, comentou este estudo do seguinte modo:

«A base deste elegante trabalho reside em velhos desafios à nossa curiosidade e engenho: será possível regenerar total ou parcialmente um tecido ou um órgão humanos, à semelhança do que se verifica em alguns seres vivos? Será um tecido adulto capaz de recuperar a capacidade plástica e regenerativa das células do tecido embrionário?

No caso do rim, a lesão renal aguda tem sido, desde sempre, um excelente modelo para a investigação dos fenómenos de reparação/regeneração celular. A importância do trabalho agora publicado resulta, essencialmente, da utilização de uma “ferramenta” (modelo experimental) inédita neste âmbito: o ratinho “arco-íris”.

A aplicação deste modelo aos objetivos a que os autores se propuseram permitiu-lhes traçar, ao pormenor e com fiabilidade, o funcionamento das moléculas intervenientes no processo de crescimento celular e regeneração do epitélio tubular após lesão.

Esta investigação vem sobretudo acrescentar e dar solidez a outras neste domínio, concluindo que a atividade celular do nefrónio está muito para além do (pre)conceito de uma certa “inércia biológica” que caracterizava as células renais tubulares.

Em breve síntese, os autores concluem:

1. O fenómeno celular de reparação/regeneração do tecido renal é intrínseco e processa-se de forma dinâmica e constante;
2. Trata-se de um fenómeno celular compartimental (ou seja, cada grupo celular é responsável pela sua própria regeneração) – perspectiva que contraria estudos que apontavam as células estaminais originárias da medula óssea como as responsáveis pela reparação;
3. A via de sinalização WNT, com uma intervenção muito importante em áreas como a carcinogénese e o desenvolvimento embrionário, apresenta uma intervenção crítica (reativação) na cascata de acontecimentos moleculares que levam à reparação/regeneração do nefrónio.»

1. «In vivo clonal analysis reveals lineage-restricted progenitor characteristics in mammalian kidney development, maintenance and regeneration». Yuval Rinkevich, Daniel T. Montoro, Humberto Contreras-Trujillo et al. *Cell Reports*, 2014; 7(4):1270 DOI: 10.1016/j.celrep.2014.04.018.

// Levi Guerra recebeu Prémio Nacional de Saúde 2013

O Prémio Nacional de Saúde 2013 foi oficialmente entregue ao Prof. Levi Guerra durante a cerimónia que assinalou o Dia Mundial da Saúde – 7 de abril passado, nas instalações do Infarmed, em Lisboa. O júri decidiu distinguir o nefrologista por se tratar de «uma personalidade que contribuiu inequivocamente para ganhos em saúde, ao ter um papel fundador e divulgador da diálise renal nas regiões norte e centro do País», segundo um comunicado da Direção-Geral da Saúde. Em entrevista à *SPN News*, Levi Guerra afirmou sentir «um natural réjúbilo por este reconhecimento», mas frisou que «nunca ninguém faz nada sozinho», enfatizando assim a importância dos profissionais que o acompanharam ao longo da carreira.

Aqueles que almejem ser premiados pelos seus feitos, o especialista aconselha: «O maior prémio que podem ter é a carreira em si, o essencial é que façam sempre o melhor possível, com determinação. Contudo, não estou a desvalorizar o valor deste prémio, que acaba por ser uma gratidão coletiva, do País e da sociedade.»

Levi Guerra foi diretor do Hospital de São João (HSJ), no Porto, entre outros cargos de direção. Em 1968, iniciou o programa de hemodiálise em doentes renais crónicos terminais no norte do País, nomeadamente no Hospital de Santo António, onde criou o Serviço de Nefrologia. Em 1993, elevou a Serviço do HSJ a Unidade de Nefro-



O Prof. Levi Guerra (à esquerda) recebeu o Prémio pelas mãos do diretor-geral da Saúde, Dr. Francisco George

logia, que integrava o Serviço de Medicina I, dirigindo-o até ao ano 2000. O Prémio Nacional de Saúde é atribuído pelo Ministério da Saúde e tem como propósito distinguir, anualmente, uma personalidade que tenha contribuído para a obtenção de ganhos em saúde ou para o prestígio das organizações do setor, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. //



Fernando Cerqueira Magro (1920 – 2014)

Um mestre da Medicina portuguesa

O Prof. Fernando Cerqueira Magro, professor catedrático jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e internista que se notabilizou também na Infeciologia, na Geriatria e na Nefrologia, faleceu no dia 17 de janeiro deste ano. O Prof. Manuel Pestana, diretor do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, partilha as suas memórias sobre este pioneiro da especialidade.

riência em biopsia renal". O interesse pela patologia renal e os conhecimentos adquiridos nesta área constituíram marcos determinantes para a emancipação da Nefrologia como parte da Medicina Interna, designadamente na Escola Médica do Porto.

À importância crescente da Nefrologia como disciplina autónoma foi dado um novo impulso pelo Prof. Cerqueira Magro, no início da década de 70, com a criação da Unidade de Rim Artificial do Hospital de São João. Aqui foi possível concretizar embrionariamente as condições que permitiram a diferenciação progressiva de internistas no campo específico da substituição da função renal por meios artificiais. Esta Unidade deu origem

à Unidade de Nefrologia, integrada no Serviço de Medicina I do Hospital de São João, que recebeu, em 1978, os primeiros internos da especialidade e que foi dirigida pelo Prof. Cerqueira Magro até à sua jubilação, em 1990.

Ao longo da sua vida, este médico foi distinguido com inúmeras homenagens profissionais e académicas, inteiramente merecidas. Mas, para além de ter deixado um legado único como mestre da Medicina portuguesa, transmitiu-nos a imagem da dignidade e da paixão com que exerceu a prática clínica e a atividade universitária, com a serenidade, a discrição e o desinteresse pela notoriedade pública de quem cultiva valores superiores. //

FICHA TÉCNICA

Propriedade:

Sociedade Portuguesa de Nefrologia



Largo do Campo Pequeno
n.º 2, 2.º A
1000 - 078 Lisboa
Tel.: (+351) 217 970 187
Fax: (+351) 217 941 142
geral@spnefro.pt
www.spnefro.pt

Edição:



Esfera das Ideias, Lda. • Campo Grande, n.º 56 – 8.º B • 1700 - 093 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Redação: Inês Melo, Luís Garcia e Marisa Teixeira
Design e paginação: Filipe Chambel

Apoios:

abbvie Baxter

DIAVERUM

Impressão:



Projeção - Arte Gráfica, S.A. • Parque Industrial da Abrunheira, Quinta do Lavi, Armazém 1, Bloco A, 2710 - 089 Sintra Depósito legal n.º 338826/12

«NÃO CONHEÇO UM EXEMPLO DE PASSAGEM DE TESTEMUNHO DA PEDIATRIA PARA A IDADE ADULTA TÃO BEM CONSEGUIDO COMO NA NEFROLOGIA»

PROF. ALBERTO CALDAS AFONSO

Diretor do Hospital Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar de São João, no Porto

Paulo Jorge Magalhães

O Centro de Congressos da Alfândega do Porto vai receber, de 18 a 20 de setembro, cerca de 1 000 nefrologistas pediátricos vindos de todo o mundo para o 47th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology. Em entrevista, o Prof. Alberto Caldas Afonso, presidente deste congresso, aborda os desafios da organização desta edição, que terá uma dimensão inédita, e enaltece a boa articulação entre a Nefrologia pediátrica e a Nefrologia de adultos em Portugal.

Luís Garcia

// Como surgiu a oportunidade de organizar, pela primeira vez, a Reunião Anual da European Society for Paediatric Nephrology (ESPN) em Portugal?

Há já algum tempo que pensava apresentar uma candidatura para organizar esta Reunião em Portugal. Fizemo-lo em 2012, concorrendo com Moscovo e Bruxelas, e o Porto acabou por ser a cidade escolhida. Embora tenha sido uma decisão bem pensada, ocorreu uma série de factos que não podia prever na altura. A começar pelo fundamental apoio da indústria, que, devido à crise económica atual, aumentou significativamente a nossa responsabilidade para encontrar os financiamentos necessários, de modo a cumprir os pressupostos que perspetivávamos em 2012.

// A nível organizativo, esta Reunião terá novidades relativamente às edições anteriores?

Sim, terá uma dimensão inédita, dado que, pela primeira vez, parte do programa científico será partilhado com duas outras

entidades europeias – o European Working Group on Psychosocial Aspects of Children with Chronic Renal Failure (EWOPA), que se dedica à componente social e psicológica das crianças com insuficiência renal e suas famílias; e a European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA), que é a principal sociedade europeia de Nefrologia de adultos. Temos ainda previsto um amplo programa social, com passeios e visitas a museus, para o qual contamos com um grande apoio da Câmara Municipal do Porto, que percebeu a importância do evento para divulgar a cidade e o País.

// E no âmbito formativo haverá novidades?

Sim. Pela primeira vez, realizaremos uma *Junior Class*, com 50 vagas para jovens especialistas e um programa formativo creditado internacionalmente, da responsabilidade da International Pediatric Nephrology Association (IPNA) e da ESPN. Para ganharem os créditos, os participantes deverão participar nesta reunião

do Porto e nas duas edições seguintes, obtendo uma avaliação positiva. Por outro lado, decidimos que, devido à organização desta reunião europeia, em 2014, não se realizaria o Congresso Hispano-Português de Nefrologia Pediátrica, mas que as Sociedades Portuguesa e Espanhola organizariam, na véspera da Reunião da ESPN, uma ação de formação semelhante à *Junior Class* dirigida apenas aos jovens especialistas da Península Ibérica. Todas estas novidades resultam numa logística muito superior à que é tradicional na Reunião da ESPN e ao que eu imaginara à partida.

// Qual está a ser o maior desafio da organização: conseguir apoios financeiros ou assegurar a logística do evento?

Sem dúvida, a parte logística. Embora, de início, tenha ficado bastante apreensivo quanto ao apoio da indústria, acabámos por contar com a colaboração de importantes laboratórios, que estão interessados na organização de simpósios-satélite. A organização do programa, o convite dos oradores, o conciliar de disponibilidades, a avaliação de *abstracts* e a distribuição das comunicações pelas diferentes mesas-redondas é uma logística considerável. Felizmente, o presidente da Comissão Científica, Prof. Ryszard Grenda, da Polónia, tem-se revelado uma excelente escolha, mostrando uma dedicação inesgotável, tal como a Comissão Local, que está centrada nas minhas colaboradoras da Unidade de Nefrologia Pediátrica do Centro Hospitalar de São João e na direção da Sociedade Portuguesa de Nefrologia Pediátrica e tem demonstrado uma dedicação inesgotável.

// Que diretrizes foram seguidas na elaboração do programa científico?

Um dos pólos terá por base os vários grupos de trabalho da ESPN. Cada grupo propôs temas para cada dia e apresentará os resultados recorrentes da sua atividade nos últimos anos. Também procurámos que o programa incluísse temas de atualidade relacionados com a formação, que foram reunidos em três sessões CME (*continuing medical education*). O estado da arte em diversas áreas, os novos conhecimentos e investigações também estarão em destaque, procurando dotar os nefrologistas, em particular os que se dedicam às crianças, com o conhecimento e as competências técnicas que os possam ajudar a tratar melhor os seus doentes.

// Que temas pensa que poderão suscitar maior interesse na assistência?

Será abordada uma proposta de tratamento muito recente e inovadora para a cistinose. Esta patologia é muito específica, tem uma grande morbilidade e rapidamente leva a insuficiência renal crónica terminal, com necessidade de diálise e transplante. E tem uma morbilidade elevada, mesmo após o transplante. Este novo tratamento parece atrasar a progressão da doença de forma significativa e controlá-la melhor. Também serão apresentados os mais recentes avanços no controlo da imunossupressão da criança transplantada e as novidades nas diferentes técnicas de substituição renal. Vão ser ainda discutidos novos conhecimentos relativos à componente genética de várias doenças, que nos permitirão compreendê-las melhor e aconselhar as famílias afetadas que pretendem ter filhos.

// Quais as maiores diferenças entre a Nefrologia pediátrica e a Nefrologia do adulto?

A criança tem particularidades tão importantes que justificaram a existência de médicos dedicados exclusivamente a esta faixa etária. A alteração de características da pessoa, ao longo da vida, tem reflexos nas formas de manifestação da doença e na sua abordagem. Por exemplo, uma infeção urinária, que é a segunda causa de infeção da criança, é totalmente distinta na idade pediátrica ou na fase adulta – quer na forma como se manifesta, quer no modo como a tratamos. Mesmo dentro da Pediatria, uma infeção urinária num recém-nascido nada tem a ver, no modo de apresentação, diagnóstico e tratamento, com a abordagem da mesma doença num adolescente, por exemplo.

// Como descreve a relação entre a Nefrologia pediátrica e a do adulto?

A ponte entre ambas é muito importante. Felizmente, em Portugal, o entendimento e a partilha têm estado muito presentes. O facto de a Sociedade Portuguesa de Nefrologia incluir, na sua direção, um elemento ligado à Nefrologia pediátrica mostra a importância dada a este entendimento. Na Medicina, não conheço um exemplo de passagem de testemunho da Pediatria para a idade adulta tão bem conseguido como na Nefrologia.

// Como se faz, na prática, essa passagem?

O momento de passagem de testemunho, por volta dos 18 anos, não é fácil. Nós, nefrologistas pediátricos, seguimos grande parte dos nossos doentes desde o nascimento e temos uma relação com eles e com as suas famílias que, frequentemente, ultrapassa em muito a atividade profissional. Portanto, nem sempre é fácil convencer o doente a passar para outro colega. No Centro Hospitalar de São João, por exemplo, criámos uma consulta comum de passagem de testemunho, até o doente e a família se sentirem confortáveis, realizada conjuntamente por um nefrologista pediátrico e um nefrologista de adultos. Trata-se de um processo contínuo, que só resulta porque a relação dos dois grupos de profissionais é excelente. //

// NÚMEROS DA REUNIÃO ESPN 2014

1 000

participantes esperados (30% provenientes de fora da Europa)

200
oradores

650
abstracts submetidos

// ORADORES PORTUGUESES

// Prof. Alberto Caldas Afonso

// Dr.ª Liane Correia Costa

// Dr.ª Margarida Abranches

// Dr. Fernando Coelho Rosa

// Prof. Edgar Almeida

// Prof. Fernando Nolasco

// Dr.ª Rosário Stone

// Dr.ª Helena Pinto

// Dr.ª Paula Matos

// Dr.ª Ana Teixeira

// Prof.ª Helena Jardim

«REGISTOU-SE UM AUMENTO DA PREVALÊNCIA E DA INCIDÊNCIA DA DIÁLISE PERITONEAL NOS ÚLTIMOS ANOS»



PROF.ª ANABELA RODRIGUES

Responsável pela Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto / Hospital de Santo António

Paulo Jorge Magalhães

Pela primeira vez, Portugal participa na organização da maior reunião mundial de diálise peritoneal. Em entrevista, a Prof.ª Anabela Rodrigues, vice-presidente da Comissão Organizadora do 15th Congress of the International Society of Peritoneal Dialysis, que decorre entre 7 e 10 de setembro, em Madrid, antecipa os principais temas deste congresso e analisa o estado da diálise peritoneal em Portugal.

Luís Garcia

// Quais serão as principais novidades do 15th Congress of the International Society of Peritoneal Dialysis?

Por um lado, é a primeira vez que Portugal participa na organização deste congresso. Este é um sinal importante de valorização do trabalho de uma equipa muito vasta de nefrologistas que tem tido um empenho muito grande na área da diálise peritoneal [DP], não apenas no tratamento dos doentes, mas também num intenso trabalho de formação junto das novas gerações de nefrologistas. Além disso, é a primeira vez que a organização deste congresso é partilhada por dois países – Portugal e Espanha, neste caso –, o que dá mais força ao projeto e mostra que existe abertura, de ambas as partes, para estabelecer novas parcerias de trabalho, investigação e cooperação.

// Como está a correr esta organização conjunta?

Temos sofrido alguns percalços, como é sempre de esperar nestes grandes eventos. A maior dificuldade é a atual conjuntura de estrangimentos financeiros, que tem implicado mudanças muito críticas para os médicos e enfermeiros e a redução de parcerias com empresas farmacêuticas. O nosso desafio tem sido conseguir tornar este evento exequível, sem gastos desnecessários, e recrutar participantes numa altura em que as empresas estão menos dispostas para investir.

// Acredita que essas dificuldades vão ser ultrapassadas até ao Congresso?

Sim, o grande número de *abstracts* submetidos é um primeiro sinal de que teremos uma representação científica alargada. Esperamos também continuar a contar com o patrocínio das empresas que trabalham nesta área e que têm mostrado um grande empenho na divulgação do conhecimento.

// O que destaca no programa científico do congresso?

Uma das diretrizes pelas quais me bati na Comissão Científica foi a organização de sessões nas quais o tema não estivesse espartilhado na área da DP, mas tocasse as fronteiras alargadas do tratamento substitutivo renal. Nesse sentido, haverá sessões que abrangem temas comuns à hemodiálise, à DP e ao transplante. Também se discutirá a prevalência das modalidades nos registos de várias sociedades de diferentes países, a questão da membrana peritoneal e a monitorização do seu transporte e novos dados da investigação clínica e básica, bem como o alargamento da DP a áreas regionais mais distantes de serviços hospitalares, em que a telemedicina pode ter um papel importante. Defendi ainda a integração no programa de temas de continuidade do tratamento substitutivo renal como: quando admitir um doente, quando transferi-lo, quais os sinais de alarme, quando admitir

a falência de uma técnica e o benefício de outra para o doente. É necessário combater a ideia de competição entre técnicas.

// A preocupação em desmistificar essa noção de competição entre técnicas de diálise tem sido central nas últimas reuniões da área organizadas em Portugal...

Sim, o tratamento substitutivo renal deve basear-se numa discussão conjunta no sentido de perceber qual o melhor percurso para cada doente. Aliás, cada vez mais se fala numa opção de diálise domiciliária *versus* diálise em centro, em vez de DP *versus* hemodiálise. Em outros países, há já excelentes experiências de hemodiálise domiciliária. Embora esta técnica apenas possa contemplar um nicho de doentes, dados os seus requisitos e custos, trata-se de mais uma alternativa que sinaliza, sobretudo, a abertura da comunidade nefrológica a um conceito diferente. As várias técnicas devem ser vistas de forma complementar e centrada no doente.

// Que outros desafios se colocam atualmente na área da DP?

O envelhecimento da população que inicia tratamento substitutivo renal é um dos problemas, porque colide com a capacidade de autonomia do doente para a técnica. Nestes casos, a prescrição da DP envolve treinos mais dirigidos e o reforço das competências clínicas das equipas, uma vez que se trata de doentes mais exigentes.

// Que leitura faz do desenvolvimento da DP em Portugal?

Houve um percurso de melhoria muito grande, com um aumento da prevalência e da incidência de doentes em DP nos últimos anos, e uma redução pontual e marginal (menos dez doentes) em 2013. Do ponto de vista global, houve um investimento muito grande da Sociedade Portuguesa de Nefrologia e dos clínicos que trabalham na área da diálise peritoneal para fomentar a formação e difundir as suas experiências. Este trabalho resultou na noção, por parte dos serviços de Nefrologia dos diferentes hospitais, de que facultar esta técnica era absolutamente prioritário e um atestado de idoneidade do próprio serviço. Este foi um salto positivo enorme.

// A nível clínico, a evolução também foi evidente?

Os resultados clínicos foram sempre melhorando. A comunidade nefrológica foi-se ajustando aos conhecimentos que se foram adquirindo a nível mundial em aspetos tão importantes como o tratamento da peritonite, o manuseio e o controlo de volume ou o ajuste da terapêutica. A sobrevivência global melhorou, mesmo nos doentes de risco. E não nos devemos centrar apenas nos números, mas sim na qualidade de vida do doente.

// Como se explica o decréscimo da prevalência da DP em 2013?

Essa diminuição é marginal, mas pode ser multifatorial. É certo

que o aumento da idade dos doentes que têm indicação para diálise pode limitar a sua admissão em programas de DP, mas essa não é a única razão. Esta técnica vive muito de uma dinâmica hospitalar de entusiasmo, compromisso e partilha, da superação da falta de recursos e de condições ótimas para os programas. Integrar um doente em DP implica um reforço quotidiano muito intenso do autotratamento e de promoção da competência do indivíduo. Este é um trabalho que começa muito antes da indução da técnica e não termina no momento da prescrição.

Num momento de constrangimento económico muito grande, com reflexos nas condições de trabalho, nas expectativas de futuro e na organização do sistema de saúde, é natural que a disponibilidade de alguns clínicos para este esforço extra esmoreça um pouco. Por outro lado, o circuito de indução dos doentes em hemodiálise tem sido de tal modo eficaz e bem-sucedido, até do ponto de vista logístico e administrativo, que se torna quase mais fácil do que o processo da DP.

// A rede assistencial de DP em Portugal é adequada?

A capacidade de prestação de diálise no nosso País tem sido absolutamente competente em qualquer das modalidades e não tem sido insuficiente no caso específico da DP. Mas poder-se-á discutir se todos os cerca de 50% de doentes com menos de 65 anos que estão em hemodiálise tiveram oportunidade plena de desfazer os medos e ansiedades que, naturalmente, estão associados a uma técnica cujo executor é o próprio doente.

// Como se pode ajudar o doente a ultrapassar esses receios?

Indo além da consulta de esclarecimento e do consentimento informado. Temos centrado a exigência de informação no *staff* hospitalar, mas a DP não está suficientemente mediada para que o doente a veja como uma técnica equivalente à hemodiálise. A melhor forma de abolir a ansiedade do doente é colocá-lo a comunicar com outro doente que já realiza DP e que pode comunicar a sua experiência. /

// NÚMEROS

700

abstracts submetidos
ao 15th Congress of
the International
Society of Peritoneal
Dialysis

2 000

congressistas
esperados

73

oradores

4

cursos pré-congresso

PUB.



// DESAFIOS DE UM SERVIÇO DE NEFROLOGIA QUE ASSISTE TRÊS ILHAS



Fotos: António Araújo

A EQUIPA (DA ESQUERDA PARA A DIREITA) À frente: enfermeiras Alexandra Canto, Sandra Porto, Elisabeth Diniz, Almerinda Neves e Nélia Rodrigues. Atrás: enfermeira Graça Valinho, enfermeiro João Pereira, Dr.ª Sandra Brum, Dr. Sousa Freitas, Dr.ª Lourdes Dias, enfermeiro Ricardo Dias, Emília Mota e Diana Rocha (assistentes operacionais), Filomena Domingues e Carina Dias (administrativas)

Prestar assistência à população de três ilhas açorianas (Terceira, São Jorge e Graciosa) é o exigente desafio da equipa do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira (HSEIT). A dificuldade em recrutar nefrologistas tem sido um problema constante, mas o futuro próximo promete ser mais risonho.

Luís Garcia

No Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, em Angra do Heroísmo, o sofrimento dos doentes internados no Serviço de Nefrologia é minorado pela vista dos seus quartos. A panorâmica sobre o Oceano Atlântico e sobre o Monte Brasil, constituído pela caldeira de um vulcão extinto, é deslumbrante, mesmo para os exigentes padrões açorianos, habituados a paisagens de rara beleza.

Inaugurado em outubro de 2012, o HSEIT conta com excelentes condições logísticas e técnicas, em claro contraste com o antigo Hospital de Angra do Heroísmo. Para quem passou pelos dois, como a Dr.ª Lourdes Dias, nefrologista na Unidade de Diálise há 15 anos e diretora do Serviço de Nefrologia há cinco, a diferença entre ambos é notória. «Dispomos agora de condições de excelência, temos áreas amplas para consultas e isolamento, duas salas para diálise peritoneal e para hemodiálise e consultórios com qualidade», explica.

Após a inauguração do novo Hospital, o Serviço de Nefrologia passou a enfrentar apenas um grande problema: a falta de nefrologistas que se faz sentir desde a criação da Unidade de Diálise, há 30 anos. Atualmente, além de Lourdes Dias, este Serviço conta apenas

com outra especialista, a Dr.ª Sandra Brum, que, além do trabalho no HSEIT, dá apoio ao Serviço de Nefrologia da Horta, na ilha do Faial.

Até agora, a equipa incluiu também um internista, o Dr. José Sousa Freitas, que foi o primeiro médico a realizar hemodiálise nos Açores. No entanto, este especialista reformar-se-á este ano, acentuando ainda mais a falta de médicos no Serviço de Nefrologia. «Estamos a entrar em rutura, numa situação de clara insuficiência para cobertura das necessidades», alerta Lourdes Dias.

ESPERANÇA NO FUTURO

Felizmente, o futuro não parece ser tão negro quanto poderia parecer. Ainda neste mês de setembro, a equipa será reforçada com o Dr. Ricardo Vizinho, nefrologista formado no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz (HSC). E, até 2016, deverão ingressar duas internas da ilha Terceira, que estão atualmente em formação: a Dr.ª Guida Menezes, no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, e a Dr.ª Brigite Aguiar, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

«A Unidade de Diálise e o Serviço de Nefrologia sempre sofreram com a escassez de especialistas. Não por falta de proatividade da

administração do Hospital ou da direção do Serviço, mas pela dificuldade em encontrar nefrologistas que se quisessem fixar na ilha Terceira. A minha antecessora, Dr.ª Teresa Azevedo, esteve oito anos como única nefrologista e o Serviço só se aguentou graças à sua dedicação e à colaboração do Dr. Sousa Freitas», lembra Lourdes Dias.

A integração de Ricardo Vizinho permitirá também resolver alguns dos problemas que o Serviço enfrenta na área dos acessos vasculares. As dificuldades neste âmbito já se haviam começado a resolver há três anos, graças ao empenho do Dr. Timmy Toledo, um cirurgião vascular especialmente dedicado a esta área. Com a entrada de Ricardo Vizinho, que tem experiência neste setor, poderá formar-se uma equipa multidisciplinar de acessos vasculares.

Ultrapassar o défice de nefrologistas só tem sido possível graças à dedicação e à coesão da equipa de enfermagem. Composta atualmente por dez elementos, quatro deles com mais de 20 anos de experiência de cuidados nefrológicos, a equipa desenvolveu uma sensibilidade especial para a deteção dos problemas relacionados com os doentes em tratamento dialítico. «Os restantes profissionais do Serviço colaboram muito bem com os médicos e são ótimos na vigilância dos doentes. Têm sido um elemento fundamental ao longo destes anos», sublinha Lourdes Dias.



Existem 23 postos de hemodiálise divididos por duas salas amplas e repletas de luz natural

// UNIDADE DE DIÁLISE CRIADA HÁ 30 ANOS

Inaugurada a 19 de janeiro de 1984, a Unidade de Diálise do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira foi a primeira dos Açores. O projeto foi impulsionado pelo Prof. Martins Prata, então diretor do Serviço de Nefrologia e Transplantação do Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que preparou os profissionais locais para a assistência ao doente hemodialisado. Esta Unidade de Diálise, que serviu todas as ilhas dos Açores durante três anos, permitiu salvar muitas vidas no arquipélago, uma vez que, até essa altura, as dificuldades de deslocação para o Continente impediam muitos doentes de receber tratamento atempado.

A enfermeira Graça Valinho, com 22 anos de trabalho na Unidade de Diálise, explica que a sensibilidade da equipa para os aspetos a que deve estar especialmente alerta já é uma característica intrínseca destes profissionais. «Os doentes crónicos encaramos como uma segunda família. Permanecemos contactáveis 24 horas por dia e temos uma relação muito boa com eles, o que facilita o apoio psicológico em situações de elevado stresse», explica Graça Valinho. Dada a sua proximidade com a equipa, os doentes preferem ser tratados no Hospital de Dia da Nefrologia, em situações de urgência.

ARTICULAÇÃO COM OS CENTROS DE SAÚDE

Além da ilha Terceira, a área de referência do Serviço de Nefrologia abrange a Graciosa e São Jorge. Nestas duas ilhas, a técnica de substituição renal escolhida, sempre que possível, é a diálise peritoneal, para evitar que os doentes sejam forçados a abandonar a sua casa. «Temos doentes com mais de 80 anos, que fazem diálise peritoneal de forma autónoma, em casa, por vezes em locais muito isolados. Estes doentes aderem muito bem à técnica; veem nela uma segunda oportunidade para viver», sublinha Graça Valinho, destacando o intenso trabalho de formação que é necessário fazer junto destas pessoas e das suas famílias.

A Dr.ª Lourdes Dias dirige o Serviço de Nefrologia há cinco anos





O internamento, partilhado com os Serviços de Cardiologia e Neurologia, regista uma taxa de ocupação superior a 100%

Quando se verificam intercorrências mais complexas, os doentes são transportados, por avião, para a Terceira, através de um serviço de evacuações que envolve a Força Aérea e a Proteção Civil. Embora, até ao momento, a cooperação entre estas instituições e o HSEIT tenha decorrido de forma exemplar, as evacuações estão sujeitas às condições atmosféricas, pelo que, por vezes, os doentes devem ser transportados mais cedo do que o previsto, de modo a antecipar eventuais alterações climáticas.

Também a referenciação e o seguimento dos doentes transplantados envolvem uma atenção especial, dada a distância para os centros de referência. Neste âmbito, o HSEIT colabora atualmente sobretudo com o CHUC, o HSC, o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa, e, mais recentemente, com o Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

A telemedicina é outro aspeto fundamental para o tratamento dos doentes das ilhas de São Jorge e Graciosa. Após uma primeira consulta de Nefrologia realizada presencialmente no HSEIT, os doentes passam a ser seguidos no seu centro de saúde, caso não apresentem intercorrências complexas. «Realizamos consultas por videoconferência, em simultâneo com o médico de família, e estamos contactáveis por telefone 24 horas por dia. Desta forma, temos conseguido evitar

muitas deslocações de doentes a Angra», avança Lourdes Dias.

Ainda assim, as duas nefrologistas do HSEIT continuam a deparar-se com casos de doentes que chegam à Urgência com uma insuficiência renal terminal por diagnosticar. «Há uma grande falta de especialistas em Medicina Geral e Familiar nos Açores e muitos utentes não têm médico de família. Por isso, não são convenientemente vigiados e acabam por entrar em hemodiálise sem acesso vascular», refere a diretora do Serviço de Nefrologia.

No entanto, também a este nível, Lourdes Dias está otimista: «A Região Autónoma dos Açores está a investir em médicos de família e penso que ultrapassaremos esta dificuldade nos próximos anos. Este reforço também permitirá melhorar a prevenção da insuficiência renal.» Para o Serviço de Nefrologia, um dos principais intuítos é acabar com a lista de espera para consultas. «O nosso objetivo principal é retardar a progressão da doença renal e só o conseguiremos com uma intervenção atempada», conclui a diretora. /

// CALCULADORA

- 2** nefrologistas apoiadas por 1 internista
- 10** enfermeiros
- 30** anos de existência da Unidade de Diálise
- 3** ilhas abrangidas (Terceira, São Jorge e Graciosa)
- 23** postos de hemodiálise
- 63** doentes atualmente em programa de hemodiálise
- 11** doentes em diálise peritoneal
- 49** transplantados renais em seguimento
- 10** doentes no internamento, em média
- 8 597** sessões de hemodiálise realizadas em 2013
- 1 311** consultas efetuadas no mesmo ano



A diálise peritoneal é a primeira opção para os doentes das ilhas da Graciosa e de São Jorge, por implicar menos deslocações ao Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira

Quanto à segurança do RVD e segurança...



// FORMAÇÃO EM DIÁLISE PERITONEAL É APOSTA CONTÍNUA DA SPN



A cidade do Porto foi, mais uma vez, o local de realização do Update Course of Peritoneal Dialysis. Promover a formação de profissionais de saúde em diálise peritoneal (DP) é o principal propósito desta iniciativa, cuja sétima edição decorreu entre 14 e 16 de maio.

Marisa Teixeira

DOCENTES DO CURSO (da esq. para a dta.): Dr.ª Ana Bernardo, Prof.ª Anabela Rodrigues, Dr.ª Ana Carmona, Dr. Manuel Amoedo, enfermeira Olívia Santos, Dr. António Cabrita e Dr.ª Denisa Mendonça

«A continuidade deste curso tem muito valor e é um testemunho do compromisso da Sociedade Portuguesa de Nefrologia [SPN] e do Serviço de Nefrologia do Hospital de Santo António para com a formação de especialistas em diálise peritoneal. Isto só tem sido possível com o esforço de todos, em particular dos docentes, e o apoio da Baxter.» É desta forma que a Prof.ª Anabela Rodrigues, coordenadora do Update Course of Peritoneal Dialysis e responsável pela Unidade de Diálise Peritoneal do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), explica a importância desta ação, que, «idealmente, deveria traduzir-se num aumento da prescrição da DP».

«A maior adesão à DP só acontecerá com uma base formativa sólida e é esse o nosso objetivo. É importante ter noção do papel da DP como tratamento inicial, das suas limitações e das situações em que o doente deve ser transferido para outra modalidade de substituição renal», sublinha Anabela Rodrigues. Estas foram as mensagens principais que a nefrologista pretendeu transmitir nas duas sessões em que interveio – «Diálise peritoneal em perspetiva: ganhos, oportunidades e ameaças» e «Existe o momento certo para desistir da DP?».

PROGRAMA DIVERSIFICADO

«Como prescrever diálise peritoneal automática e evitar erros fre-

// DOENTES EM DIÁLISE PERITONEAL

Entre 2007 e 2013, o número de doentes em DP aumentou 41,6%: a incidência atual é de 8,6% e a prevalência de 6,25%

Contudo, em 2013, este número desceu ligeiramente em relação ao ano anterior (732 versus 742 doentes). Os doentes em DP têm uma idade média de 53,7 anos, com tendência crescente em relação aos anos anteriores, e cerca de 40% tem mais de 65 anos

A primeira causa de abandono da DP foi a falência da ultrafiltração/diálise inadequada, seguida pela infeção relacionada com o acesso peritoneal. Já a taxa de peritonites foi de 0,45 episódios por doente por ano (em 2012, foi de 0,43)

quentes», tópico comentado pela Dr.ª Ana Carmona, nefrologista no Complexo Hospitalário Universitário A Coruña, em Espanha, foi outro tema debatido no 7th Update Course of Peritoneal Dialysis. A nefrologista espanhola apontou o ajuste de tempos de diálise, diurnos e noturnos, como o principal desafio neste tratamento, nomeadamente em relação aos doentes mais ativos e jovens. «Apesar das dificuldades, é possível proporcionar-lhes uma qualidade de vida razoável ou mesmo boa», frisou Ana Carmona.

Além das sessões dedicadas à *praxis* e à apresentação de casos clínicos, estiveram também em evidência conteúdos periféricos, mas igualmente pertinentes. «A estatística aplicada para controlo da qualidade dos programas de diálise» foi o tema apresentado pela Dr.ª Denisa Mendonça e pela Dr.ª Denisa Teixeira. Estas investigadoras no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), no Porto, realçaram a relevância de várias metodologias novas que podem ser aplicadas na DP, como «a análise de sobrevivência com riscos competitivos, a análise conjunta de dados longitudinais e dados de sobrevivência e a análise de modelos estatísticos multiestados».

Por sua vez, o Dr. António Cabrita, diretor do Serviço de Nefrologia do CHP/HSA, falou sobre o controlo da qualidade numa unidade de DP. Uma questão que este nefrologista considerou «cada vez mais importante, pois a qualidade é uma necessidade absoluta das organizações», apesar de os profissionais de saúde terem, muitas vezes, «uma visão da qualidade referente apenas à performance, ou seja, apenas relacionada com os bons resultados». Contudo, António Cabrita advertiu para o facto de existirem «muitas dimensões da qualidade tradicionalmente não valorizadas que, neste momento, são obrigatoriamente consideradas». A avaliação e a aprovação do próprio doente são disso exemplo.

À semelhança de anos anteriores, esta 7.ª edição do Update Course of Peritoneal Dialysis excedeu o número limite de 30 participantes. «Há um interesse muito vivo e crescente por estas matérias, não só da parte de nefrologistas jovens, como dos mais experientes, incluindo enfermeiros, que sentem que esta comunhão de conhecimentos ajuda a melhorar a prática clínica da DP», conclui Anabela Rodrigues. //

// ATUALIZAÇÃO SOBRE ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

A 2.ª Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, que decorreu no Hospital Militar do Porto, no dia 10 de maio passado, contou com a presença de cerca de 200 participantes. Seguem os destaques dos temas debatidos neste dia dedicado à partilha de conhecimentos e à discussão de práticas clínicas.

Marisa Teixeira

«A primeira vez da fístula arteriovenosa (AV)», «Prótese AV ou fístula AV?», «Cateteres, a prática clínica e as recomendações internacionais», «Problemas e soluções» e «Novos materiais, custo-benefício?» foram os temas apresentados ao longo da 2.ª Reunião de Acessos Vasculares para Hemodiálise, promovida pelo Grupo de Estudos de Acessos Vasculares da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN). Ingredientes que, a par da apresentação de casos clínicos, foram mais do que suficientes para dar lugar a um debate estimulante entre os especialistas.

O Dr. Fernando Neves, nefrologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, recorda que esta iniciativa é única por ter «o cariz fundamental de reunir, em completa sintonia, médicos e enfermeiros, sem quaisquer distinções profissionais, com o interesse de se alcançar o desejo comum de tratar o doente hemodialisado da melhor maneira possível».

Da mesma opinião é o Dr. Norton de Matos, cirurgião no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), que adianta: «Os acessos vasculares são uma questão muito complexa da doença renal crónica, nomeadamente para as pessoas em hemodiálise, que deles dependem. Esta matéria sofreu uma enorme evolução nos últimos anos, e estas reuniões assumem um papel importantíssimo, pois fomentam a discussão multidisciplinar entre os vários profissionais envolvidos (enfermeiros, nefrologistas e cirurgiões)».

CONTROVÉRSIAS EM DEBATE

O Prof. Joaquim Pinheiro, coordenador do Grupo de Estudos de Acessos Vasculares da SPN, destaca como um dos *hot topics* desta reunião a escolha entre uma prótese ou uma fístula AV, visto algumas regiões de Portugal ainda terem uma prevalência de próteses superior à dos objetivos recomendados. O nefrologista explica que, neste âmbito, «há uma história feita do trabalho e da generosidade de muitos médicos para evitarem diálises por cateter». E acrescenta: «Precisamos de reduzir estes números, mas haverá sempre um nicho de pessoas, cada vez menor, para o qual a prótese poderá não ser uma má escolha, apesar de a fístula continuar a ser a primeira opção.»

Além disso, há outras questões que se colocam, nomeadamente em relação ao cateter, que, segundo o registo da SPN, continua a ser o acesso vascular mais utilizado nos doentes que iniciam diálise (ver gráfico). Estes dados surgem apesar de mais de 67% dos doentes terem

sido seguidos, nos últimos três meses, pela Nefrologia. «Não houve tempo para construir uma fístula arteriovenosa? Faltarão outras condições? Quais?», interroga Joaquim Pinheiro.

Este nefrologista salienta também que, nos últimos anos, a percentagem de fístulas como primeiro acesso é de 40% nos serviços de Nefrologia e de Cirurgia Vascular dos hospitais; já nos prestadores privados de diálise, esta percentagem ultrapassa os 70%. «Uma diferença abismal», sublinha Joaquim Pinheiro, adiantando que «já é altura de profissionais e autoridades de saúde, instituições e prestadores de diálise procederem a uma reflexão para rever a regulamentação instituída, com o intuito de encontrar uma solução mais global e coerente, em que o doente esteja no centro dos cuidados a prestar».

Já o Dr. José Queirós, nefrologista no CHP/HSA, realça outra problemática – a falta de evidência. «Não temos estudos randomizados que nos permitam dizer se uma opção é realmente melhor do que outra. Em Portugal, baseamo-nos em resultados de outros países, que têm realidades diferentes. Enquanto não existirem estudos nacionais, a controvérsia quanto aos acessos vai ser constante», alerta este especialista. E conclui: «O fundamental é pensar em cada doente individualmente e, para se alcançarem melhores resultados, como somos poucos [profissionais de saúde dedicados aos acessos vasculares], deveríamos ser mais unidos para tentarmos conciliar os interesses de todos.» //

// ACESSO VASCULAR UTILIZADO NA 1.ª SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM 2013



CATETER TUNELIZADO 50,6%
PRÓTESE 2,8%

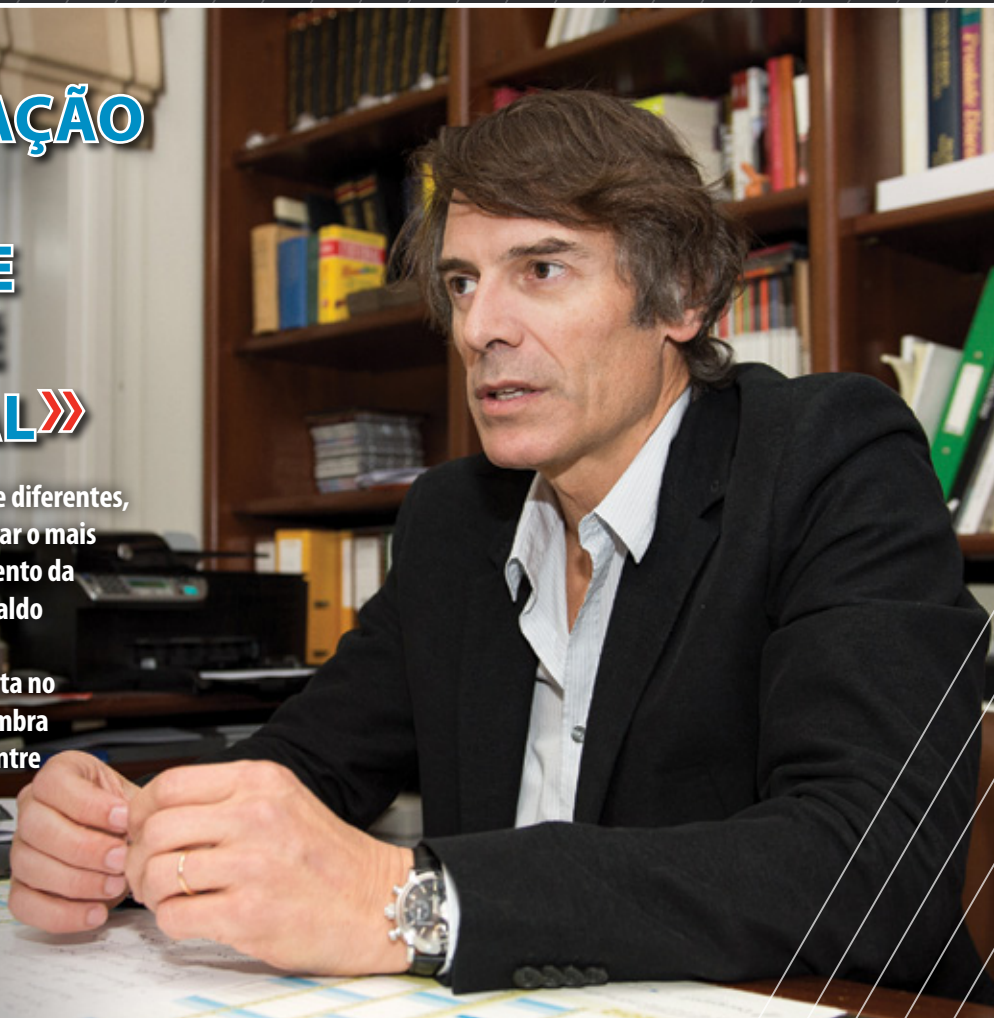
FÍSTULA ARTERIOVENOSA 40%
CATETER NÃO TUNELIZADO 6,6%

«A COLABORAÇÃO ENTRE A NEFROLOGIA E A UROLOGIA É FUNDAMENTAL»

Embora tenham abordagens claramente diferentes, a Nefrologia e a Urologia devem colaborar o mais possível, com vista a melhorar o tratamento da doença renal. Em entrevista, o Prof. Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU) e urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), destaca os pontos de contacto entre ambas as especialidades e fala sobre a atualidade numa sua área de eleição: a transplantação renal.

Luís Garcia

Luciano Reis



// Apesar da visão médica da Nefrologia e da visão cirúrgica da Urologia, que pontos em comum têm estas duas especialidades?

Desde logo, o facto de terem como objeto comum de estudo o rim e o aparelho urinário. Contudo, não existe um contraponto médico e cirúrgico claro entre a Nefrologia e a Urologia – como existe entre a Cardiologia e a Cirurgia Cardíaca, por exemplo. Isso decorre de a Urologia ser uma especialidade médico-cirúrgica, responsável pelo tratamento integral (médico e cirúrgico) da maioria das patologias a que se dedica, o que faz com que a forma de ver e de pensar do urologista não possa ser identificada apenas com o pensamento típico do «cirurgião». Além disso, nos diversos pontos de encontro, as duas especialidades têm abordagens distintas e campos claramente definidos. A Nefrologia, como o nome indica, dedica-se, na plenitude, ao tratamento das doenças do nefrónio e, por conseguinte, a toda a patologia da função renal, incluindo doenças sistémicas que o afetam. Já o campo de ação da Urologia, no que se limita ao rim, consiste nas patologias que são potencialmente objeto de uma terapêutica invasiva.

// As duas especialidades sobrepõem-se em algumas patologias?

Há alguns pontos de sobreposição, mas que levantam poucas

dúvidas. Uma hematúria, por exemplo, pode ter uma causa «nefrológica» ou «urológica», mas o contexto em que se manifesta faz com que, quase à partida, se saiba se a sua investigação deve ficar a cargo de uma especialidade ou da outra. A litíase renal poderá suscitar maior sobreposição, porque, se o tratamento dos cálculos já constituídos é urológico, a sua prevenção e a manipulação das doenças renais que a promovem são objeto de tratamento partilhado. Muitas outras condições, nas quais existe um potencial cenário de intervenção, como a hipertensão renovascular, malformações, doenças congénitas ou quísticas, entre outras, são passíveis de abordagem por ambas as especialidades.

// O facto de não haver uma sobreposição muito evidente torna menos importante a colaboração entre ambas as especialidades?

Não, a colaboração entre a Nefrologia e a Urologia é fundamental. Perante doenças renais ou do excretor, que possam vir a facilitar a ocorrência de insuficiência renal, os urologistas solicitam o apoio da Nefrologia para ajudar a monitorizar, vigiar e orientar o tratamento dessa insuficiência renal. Numa situação inversa, também o nefrologista pede a colaboração da Urologia, quando confrontado com uma doença nefrológica que sofre complicações que podem carecer de uma in-

tervenção cirúrgica. Esta colaboração existe, sem dificuldades, atritos ou disputas de protagonismo.

// Seria benéfico o reforço da proximidade entre a Nefrologia e a Urologia?

Sem dúvida, mas creio que são especialidades próximas na maioria dos locais. E essa noção de proximidade estabelece-se desde a faculdade. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, as disciplinas de Urologia e Nefrologia serão agregadas numa cadeira de Patologia Nefrourológica, seguindo o conceito de que há vantagem em abordar de forma agregada alguns temas por ambas as especialidades. No CHUC, a proximidade entre a Urologia e a Nefrologia também é muito grande – até por razões históricas, uma vez que a diálise foi aí implementada por um urologista, o Prof. Linhares Furtado. No programa de transplantação, o contacto entre urologistas e nefrologistas também é diário. Em muitos outros hospitais, os departamentos são uronefrológicos e ambas as especialidades funcionam sobre o mesmo teto, embora as competências permaneçam claramente distintas.

// O que podem fazer a Sociedade Portuguesa de Nefrologia e a APU para incentivar a colaboração mútua?

O convite para esta entrevista, que registei com muito agrado, traduz, só por si, a noção da importância deste contacto. Esta colaboração tem uma importância capital e pretendemos reforçá-la em ações conjuntas e parcerias entre instituições.

// É um dos mais reconhecidos especialistas nacionais em transplantação renal. Como tem evoluído esta área em Portugal?

O nosso País tem uma das mais elevadas taxas de transplantação por milhão de habitantes a nível mundial. Contudo, a discrepância entre as necessidades e a oferta é significativa, fazendo com que o desequilíbrio entre o número de doentes que entram anualmente em diálise e o número de doentes que são transplantados se acentue. Numa perspetiva global, o nosso foco principal deve ser evitar ou atrasar a insuficiência renal, através do combate a condições como a diabetes, a hipertensão arterial ou situações obstrutivas que não são devidamente valorizadas. Neste campo, a Nefrologia, mas também a Urologia, têm um papel especialmente relevante.

// São esperadas novidades importantes em termos de transplantação nos próximos tempos?

Não creio que o futuro próximo nos possa trazer avanços muito significativos. A xenotransplantação pode vir a tornar-se uma realidade no futuro, mas, até agora, tem sido uma técnica eternamente ansiada e adiada. A implantação de estruturas que desenvolvam nefrónios ou células com capacidade dialítica, graças à engenharia tecidual, pode vir a permitir a recuperação de órgãos doentes. No entanto, não se vislumbra a aplicabilidade destas técnicas a curto ou médio prazos. Claro que assistimos a uma evolução constante no campo da imunossupressão e das novas tecnologias cirúrgicas, com resultados evidentes, mas não podemos falar verdadeiramente de «novidades». //

// QUATRO DESAFIOS DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL

1 DISPONIBILIDADE DE ÓRGÃOS

«Devem ser feitos esforços para que todas as instituições sejam potenciais fornecedores de cadáveres para colheita de órgãos. Os hospitais que não o fizerem, tendo condições para isso, deveriam ser penalizados. O aumento significativo da idade dos dadores também cria a necessidade de encontrar definidores mais claros da qualidade dos órgãos, para que possamos saber quais podem ser utilizados.»

2 TRANSPLANTAÇÃO DE DADOR VIVO

«Deve ser promovida, mas não de forma demasiado ostensiva. O ideal seria que não fosse necessário um único transplante de dador vivo! Porém, como isso não é possível, a Urologia tem assumido um papel importante para tornar a doação o menos penalizadora possível para o dador, desenvolvendo técnicas de colheita de órgãos cada vez menos invasivas. No entanto, devemos ter presente que a doação não se resume à intervenção cirúrgica.»

3 IMUNOSSUPRESSÃO

«Tem havido um progresso constante na área da imunossupressão e da aceitabilidade de órgãos. No entanto, ainda temos um longo caminho para percorrer no sentido de conseguir um equilíbrio entre a eficácia imunossupressora e a ausência dos efeitos secundários que lhe estão associados, como o risco de infeções ou neoplasias secundárias, por exemplo.»

4 SEGUIMENTO DOS DOENTES TRANSPLANTADOS

«Em tempos de contenção, num país pequeno, os centros de transplantação não se podem multiplicar de forma irresponsável, sob pena de que o seguimento não seja o mais adequado. Contudo, a gestão de recursos e a disponibilização de fármacos, nomeadamente os imunossuppressores, não pode ser razão para que alguns doentes tenham de se deslocar centenas de quilómetros apenas para receberem a sua medicação. Julgo justificar-se um plano nacional de seguimento dos doentes transplantados.»



«A LITÍASE RENAL É FREQUENTEMENTE SUBVALORIZADA»

Com uma prevalência que se situa entre os 7 e os 10%, a litíase renal é ainda considerada, por vezes, uma patologia ligeira, apesar de poder ter consequências irreversíveis. Em entrevista, o Prof. Fernando Domingos explica quais os sinais a que a Medicina Geral Familiar deve estar atenta para detetar esta doença.

Luís Garcia



PROF. FERNANDO DOMINGOS

Nefrologista e professor auxiliar de Fisiologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

// Como se apresenta, por norma, a litíase renal?

Com cólica renal, na maior parte dos casos. Por vezes, a litíase é assintomática, sendo identificada apenas através de exames de imagem de rotina ou devido a infeções repetidas. A dor lombar pode ser outro sintoma. Estes são os sinais mais comuns, embora haja outros mais raros, que são identificados no decurso de investigações mais específicas.

// Como evolui a litíase renal quando não é tratada precocemente?

Na fase aguda da doença, pode ocorrer obstrução do rim. Nestes casos, é necessário proceder à desobstrução, sob pena de que ocorra perda da função renal. Em alguns doentes, o problema é diagnosticado quando o doente já tem insuficiência renal e alterações tróficas nos rins.

// No sentido do diagnóstico, a que sinais deve o especialista de Medicina Geral e Familiar estar atento?

O diagnóstico é relativamente simples de fazer porque a litíase renal está normalmente associada a um quadro de cólica muito específico. Nos casos mais complexos, recorre-se a exames de imagem, como a ecografia (o método de eleição), seguidos de um exame radiológico, como o raio-X ou a TAC [tomografia axial computadorizada]. Em alguns casos, é importante fazer análises de urina e de sangue para verificar se a função renal está normal e identificar potenciais infeções ou fatores sistémicos que levem à formação de cálculos.

// Existem patologias com sintomas semelhantes que possam induzir o clínico em erro?

Não propriamente. O diagnóstico de litíase renal é praticamente impossível de falhar. A cólica associada a esta patologia é tão característica que está descrita há mais de 3 500 anos. O que pode acontecer é uma obstrução com outra causa que não seja um cálculo. Por exemplo, um doente que tome anticoagulantes pode ter uma obstrução por um coágulo de sangue e sentir uma cólica renal. Também pode haver infeção renal (pielonefrite aguda), com uma dor lombar intensa, que pode ser parecida com a cólica renal, à primeira vista. No entanto, após um exame mais cuidadoso, verificamos que a dor provocada por infeção tem características diferentes, porque é muito mais constante e habitualmente acompanhada por febre elevada, calafrios ou alterações muito características da urina.

// Quando se deve referenciar os doentes para a Nefrologia?

Os doentes com mais de dois episódios dolorosos de cólica devem ser sempre referenciados para a Nefrologia. Habitualmente,

não investigamos doentes assintomáticos ou que tenham um único episódio, porque qualquer um de nós pode ter uma cólica ou um cálculo identificado num método de imagem. Mas há exceções. Por exemplo, um doente que é candidato a transplante e que, apesar de nunca ter sentido cólicas, apresenta cálculos renais no aparelho urinário ou tem uma história familiar de doença renal deve ser investigado, porque poderá vir a ter doença renal mais tarde.

Nos doentes sem risco acrescido, assintomáticos ou com apenas um episódio de cólica, deve aguardar-se que o problema se resolva por si?

Sim, não é necessário tomar qualquer medida. Grande parte da população tem litíase assintomática. Nestes casos, não se trata propriamente de uma doença, mas sim de um achado que não justifica qualquer intervenção. Também se admite que uma pessoa possa ter um episódio de cólica sem que isso a classifique como doente, porque o benefício esperado de um eventual tratamento seria menor do que os potenciais riscos. Caso a pessoa sofra um segundo episódio num período de dois anos, então, a probabilidade de ocorrência de novos episódios é maior e o doente deve ser investigado.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO

// Como prevenir a litíase renal?

A prevenção é essencial. A litíase está a aumentar em termos mundiais, principalmente devido a mudanças nos hábitos alimentares e profissionais. É preciso garantir que uma pessoa que já sofreu pelo menos dois episódios de cólicas não tenha uma nova ocorrência. Em mais de 90% dos casos conseguimos fazê-lo, mas ainda há uma margem de 2 ou 3% de doentes em diálise devido à ocorrência de vários episódios de litíase que nunca foram corretamente tratados. Estes casos poderiam ser completamente eliminados.

// E como se pode evitar a formação de cálculos?

A prevenção passa pelo aumento da ingestão de água, pela mudança de hábitos alimentares, com menor consumo de *fast-food* e refrigerantes, pela redução da ingestão de sal e de proteínas (sobretudo de origem animal) e pela prevenção da obesidade. É necessário fazer exercício físico e controlar a pressão arterial. Em determinados grupos, devemos adotar medidas específicas. Os doentes com litíase provocada pelo ácido úrico, por exemplo, que representam até 15% do total e são, normalmente, os que têm mais idade, costumam ingerir mais purinas e proteínas de origem animal, acabando por ter uma urina muito ácida. Se diminuirmos esse consumo e aumentarmos a ingestão de vegetais, estaremos a prevenir a formação da litíase de ácido úrico.

// Em termos terapêuticos, quais são as principais estratégias?

Depende do tipo de litíase, dado que existe uma grande diversidade de cálculos, como a litíase úrica, cálcica ou outras e, dentro de cada tipo, várias causas. Por exemplo, uma litíase tão específica como a de oxalato de cálcio pode dever-se a excesso de cálcio, oxalato ou ácido úrico na urina, redução do citrato, magnésio ou

// DADOS DE PREVALÊNCIA

✔ **7,3% é a prevalência de litíase renal estimada para a população portuguesa, de acordo com um inquérito realizado num universo de cerca de 20 mil pessoas e integrado no 4.º Inquérito Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge**

✔ **Seguindo metodologias diferentes, alguns autores apontam valores superiores, entre os 8 e os 10%**

✔ **A prevalência aumenta no verão, sobretudo devido a três fatores: maior desidratação; aumento do consumo de refrigerantes e, conseqüentemente, de açúcar; e incremento da produção de vitamina D, que fomenta a absorção de cálcio no intestino**

✔ **Há evidência científica de que a litíase renal está associada e aumenta o risco cardiovascular, incluindo hipertensão arterial e enfarte do miocárdio**

da quantidade de urina, ou mesmo a um ambiente laboral propício à formação de cálculos. Identificar a causa é essencial para selecionar o tratamento.

// Existem medidas gerais para o tratamento?

Sim, beber mais água, por exemplo, é uma medida geral e correta. Mas outras indicações já podem ser erradas, se o doente não for convenientemente analisado. Por exemplo, era frequente os doentes serem aconselhados a não ingerirem laticínios. Isto pode ser indicado para alguns casos, mas só depois de se identificar que a litíase cálcica tem como causa efetiva o aumento da absorção intestinal de cálcio. Noutros casos, esta medida está errada, porque alguns doentes até perdem cálcio a mais na urina, embora não tenham demasiado cálcio no intestino. Se reduzirmos o cálcio ingerido na alimentação, estes doentes vão continuar a perdê-lo pela urina, ficando com um défice ao longo da vida. E, ao fim de alguns anos, terão fraturas, osteoporose grave e até formação de novos cálculos, porque o cálcio se liga ao oxalato no intestino e, se não ingerirmos cálcio, mais oxalato será absorvido, e sairá pelo rim. Portanto, quando retiramos cálcio a pessoas que têm uma diminuição da absorção de oxalato, estamos a aumentar a formação de cálculos. Ou seja, é preciso conhecer o mecanismo que desencadeia a litíase e basear o tratamento nessa causa.

// Ainda persistem muitas dúvidas sobre a litíase renal na Medicina Geral e Familiar?

Esta doença é frequentemente subvalorizada e considerada ligeira. Muitas vezes, não é sequer efetuada uma ecografia às 48 horas, para verificar se o rim ficou obstruído, o que pode acontecer, danificando-o definitivamente. Por outro lado, ainda são comuns os preconceitos que referi anteriormente. É importante que, na ausência de dados que confirmem certezas sobre a origem da litíase, não sejam dadas indicações para o doente deixar de ingerir leite e laticínios, por exemplo. ✔

DIAS	EVENTO	LOCAL	+ INFO.
SETEMBRO			
6 a 9	43 rd EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association) International Conference	Riga, Letónia	edtnaerca-conference2014.com
7 a 10	15 th Congress of the International Society for Peritoneal Dialysis	Madrid, Espanha	ispdmadrid2014.com
11 a 14	ISN (International Society of Nephrology) Forefronts Symposium 2014: Genetic Basis of Renal Disease	Boston, EUA	isnforefronts.org/boston
18 a 20	47 th Annual Scientific Meeting of the European Society for Paediatric Nephrology	Centro de Congressos da Alfândega do Porto	espn2014.org
24 a 27	XXVII Congresso Brasileiro de Nefrologia/ /VI Congresso Luso-Brasileiro de Nefrologia	Belo Horizonte, Brasil	congresso-cbn2014.com.br
25 a 28	ISN (International Society of Nephrology) Nexus Symposium: Hypertension and the Kidney	Brisbane, Austrália	isnnexus.org/brisbane
OUTUBRO			
9 a 11	XII Congresso Português de Transplantação/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação/I Encontro Ibérico de Transplantação	Sana Lisboa Hotel	spt.pt
10 e 11	1 st International Caparica Conference in Translational Nephrology & 18 th Portuguese Symposium on Renal Diseases	Hotel Costa da Caparica, Almada	nephromics2014.com
12 a 16	34.º Congresso da Sociedade Internacional de Urologia	Glasgow, Escócia	siu-urology.org
31 out. a 2 nov.	XIII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia	Epic Sana Algarve Hotel, Albufeira	simposioapu2014.pt
31 out. a 3 nov.	PCS (Pioneer Century Science) World Congress of Cardiothoracic-renal Diseases	Atenas, Grécia	pcscongress.com/wccrd2014
NOVEMBRO			
11 a 16	Kidney Week 2014 (The World's Premier Nephrology Meeting)	Filadélfia, EUA	asn-online.org
24 a 28	XVI Curso Intensivo Teórico-prático de Diálise Peritoneal	Madrid, Espanha	dialisisperitoneal.com
DEZEMBRO			
5 a 7	2 nd World Congress of Clinical Lipidology	Viena, Áustria	clinical-lipidology.com
5 a 8	46 th Course on Advances in Nephrology, Dialysis and Transplantation	Milão, Itália	fondazionedamico.org

**Novembro
11 a 16**
**Kidney Week 2014
(The World's Premier Nephrology Meeting)**
Filadélfia, EUA
asn-online.org
