



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

02 • **Editorial** (continuação)

09 • **Notícias** (SPN Defende alteração à legislação relacionada com os doentes renais)

12 • **Regularização de quotas da Sociedade Portuguesa de Nefrologia**

04 • **O Transplante duplo de rim e pâncreas**

10 • **Notícias** (SPN financia projectos de investigação no valor de 100.000 euros)

• **SPN na maratona de Lisboa**

• **Agenda**

## Índice

## Editorial

### Barreiras Legais aos Cuidados relacionados com Acessos Vasculares: implicações para os Outcomes Clínicos<sup>1</sup>

A experiência e o enorme número de elementos que me é dado a conhecer sobre os tratamentos realizados nos hospitais e clínicas privadas, aos doentes em insuficiência renal crónica, permite afirmar ser excelente a qualidade de diálise praticada em Portugal. É algo de que se orgulha a Sociedade Nefrológica nacional, a primeira, e por vezes a única, responsável pela situação.

Pode hoje considerar-se, que no campo geral da saúde, o tratamento substitutivo da função renal constitui um dos sectores mais desenvolvidos e actualizados, e que menor número de problemas e preocupações poderá vir a suscitar às entidades responsáveis.

Há, no entanto, actividades em que se devem exigir melhorias. Uma das mais importantes é a realização dos acessos vasculares para hemodiálise.

Considerado desde sempre um elemento fundamental para a obtenção de uma diálise de qualidade, e significativamente correlacionado com a morbilidade e mortalidade na população

<sup>1</sup> Título da responsabilidade do Corpo Editorial da Newsletter SPN

... continua na página 2

Prof. Martins Prata  
Director do Serviço de Nefrologia do Hospital de Sta Maria, Lisboa



### Hospital Geral de Santo António

## O Transplante duplo de Rim e Pâncreas

... La Salette Martins, Nefrologista, HGSA



O programa de Transplantação de Rim e Pâncreas Simultâneo (TRPS) no Hospital Geral de Santo António (HGSA) completou em Maio/2006 cinco anos de actividade. Nasceu ao fim de uns anos de preparação, de avanços e recuos, mas alicerçado em sólidas convicções e num desejo forte de oferecer o melhor tratamento possível a diabéticos tipo 1 com insuficiência renal avançada.

Para trás ficava um longo percurso. Desde 1990 que havia a determinação de implementar o programa de TRPS no HGSA, traduzida...

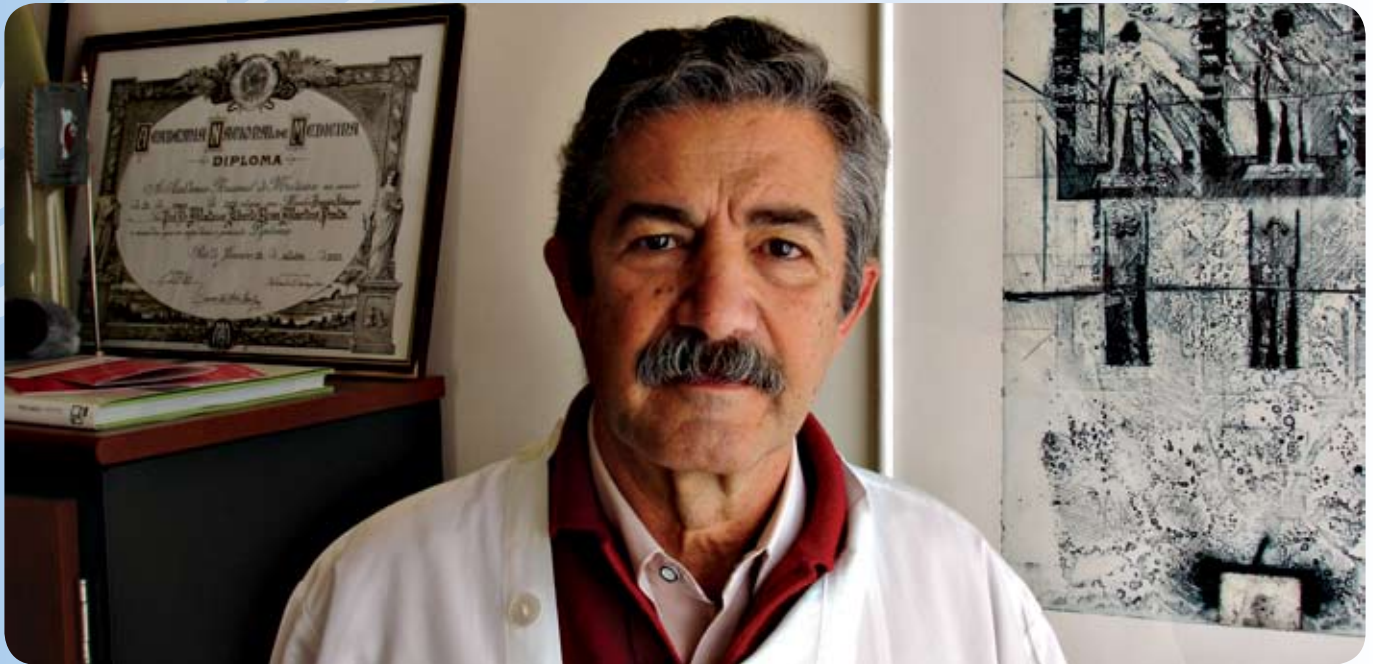
... desenvolvimento na página 4

## SPN defende alteração à legislação relacionada com os doentes renais

Neste número são publicados dois artigos (vide Editorial e artigo da página 9) propondo alterações à legislação relativa aos acessos vasculares para hemodiálise e ao fornecimento gratuito de eritropoietina à população com doença renal crónica. Trata-se de duas áreas da maior importância para os doentes renais, a necessitar de revisão urgente. Leia aqui.

... página 9

continuação da capa



Prof. Martins Prata Director do Serviço de Nefrologia do Hospital de Sta Maria, Lisboa

em tratamento, este problema não tem sido correctamente analisado e avaliado pelas entidades competentes.

Continuando a não existir um registo nacional de diálise – que é cada vez mais desejável que a Sociedade Portuguesa de Nefrologia venha a implementar – não é hoje possível conhecer concretamente qual a real situação do problema em Portugal. No entanto, alguns factos indiciam que, apesar das fístulas artério-venosas constituírem o tipo de acesso predominante, o número de enxertos e de cateteres seja demasiado elevado. Mais, há indícios de que o número de doentes a quem é colocado um cateter, como primeiro acesso ou acesso definitivo, tem vindo a aumentar de uma forma preocupante.

A raiz deste problema está, primariamente, nos hospitais onde se encontram os Serviços de Nefrologia. Actividade pouco sedutora para os Serviços de Cirurgia Vascular, acaba por se assistir, cada vez com maior frequência, ao envio dos doentes com acessos provisórios para as clínicas de hemodiálise. Por esta e por outras razões que todos conhecemos, a colocação de um cateter num doente em pré-diálise quase se tornou uma rotina na maior parte, senão na totalidade dos serviços. No entanto, todos reconhecemos que esse acto, só por si, aumenta de uma forma muito significativa a morbilidade e mortalidade dos nossos doentes.

Alertadas para a importância do problema, algumas Administrações hospitalares acederam enviar os doentes a centros extra-hospitalares para, atempadamente, ali construir acessos definitivos. Por outro lado – e

mais uma vez por iniciativa dos nefrologistas – desenvolveram-se e começaram a aplicar-se, em vários hospitais, técnicas de avaliação anátomo-funcional e de recuperação de acessos vasculares em risco.

No entanto, não existe legislação adequada que venha garantir a manutenção destas actividades, o seu desenvolvimento, e a implementação de quaisquer outras medidas que venham a tornar-se necessárias. É, pois, de registar o interesse manifestado pelos órgãos dirigentes da ARSLVT, ao proporem, numa reunião que promoveram para se discutir o problema dos acessos vasculares na Região, que lhes fosse enviado, pelo grupo de médicos ali presente, uma proposta para uma possível alteração do Despacho que regulamenta actualmente este sector. Porque pensamos que poderá vir a ter interesse para a comunidade nefrológica, aqui deixamos o texto enviado. Fica-nos a esperança que possa vir a ser melhorado por outras intervenções e, posteriormente, promulgado. O Grupo de trabalho que elaborou esta proposta é composto por: José Vinhas (Centro Hospitalar de Setúbal); Maria João Pais e António Martinho (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental); J. Ribeiro dos Santos (Hospital Curry Cabral); M. Martins Prata (Hospital Santa Maria).

### **DESPACHO NºXXX/2006 (2ª SÉRIE).**

– A implantação oportuna do acesso vascular constitui um passo essencial de tratamento dos insuficientes renais crónicos (IRC) e é factor determinante na morbilidade e mortalidade desta população. As infecções

são a segunda causa de morte nos doentes com insuficiência renal crónica terminal, e a sua prevenção passa pela construção atempada do acesso vascular definitivo, evitando o uso de cateteres. A fistula artério-venosa é o acesso vascular de eleição, apenas sendo de contemplar outras opções na impossibilidade da sua construção.

Embora o Despacho nº7376/2000 (2ª série), de 5 de Abril tenha resolvido algumas situações, a construção e reparação dos acessos vasculares ainda não é assegurada convenientemente e em tempo útil, de onde resultam consequências gravosas para os doentes e para os serviços hospitalares, com um excessivo número de internamentos e consumos desnecessários de acessos provisórios e de medicamentos. Simultaneamente, o Despacho nº7376/2000 (2ª série), de 5 de Abril, introduziu uma série de responsabilidades para os hospitais públicos na área da construção e reparação de acessos vasculares para hemodiálise, para parte das quais não prevê a correspondente contrapartida financeira, omissão esta que é urgente reparar.

A gestão eficaz dos acessos vasculares, implica a disponibilidade de um conjunto integrado de opções que urge reconhecer e reembolsar de forma racional. Estas opções incluem o cateter provisório, o cateter tunelizado, a cirurgia de construção e reparação de fístulas artério-venosas, a cirurgia de construção e reparação de próteses vasculares, e a angiografia de intervenção de acessos vasculares.

Impõe-se assim criar novas condições e definir, de forma institucionalizada, os termos

em que se deva garantir a resolução rápida e adequada dos acessos vasculares para hemodiálise.

Assim, ao abrigo da base IV da Lei nº48/90, de 24 de Agosto, e do artigo 3º do Decreto-Lei nº19/88, de 21 de Janeiro, determino o seguinte:

1. A construção ou reparação dos acessos vasculares para hemodiálise, e o apoio às situações agudas e intercorrentes que exijam cuidados mais diferenciados, cabem ao hospital público onde o doente efectua diálise ou, no caso desse tratamento ser feito em centro ou unidade extra-hospitalar, ao hospital público de referência com o qual esta se articule nos termos legais.
2. Quando um hospital de referência ou de articulação, através dos seus serviços de cirurgia vascular, de cirurgia geral ou de radiologia/angiografia de intervenção, e dentro dos níveis de funcionamento e de produtividade normais, não tiver disponibilidade para proceder à resolução dos acessos vasculares, deverá contratar a prestação desse serviço com outro hospital público ou privado ou, subsidiariamente, com uma unidade privada que, para o efeito, esteja tecnicamente apetrechada e, nesse caso, assuma a responsabilidade pelo encargo correspondente.
3. Nos casos previstos no número ante-

rior, compete ao conselho de administração do hospital, com base em informação do director do respectivo serviço na qual este declare fundamentadamente a impossibilidade de construção ou reparação do acesso vascular, autorizar a sua execução ou reparação por outro serviço hospitalar público ou privado ou unidade privada, devendo, para o efeito, emitir o necessário termo de responsabilidade.

4. A construção e reparação dos acessos vasculares será objecto de financiamento específico, através do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), com os seguintes pagamentos: por cada fistula arterio-venosa efectuada ou reparada 500 euros; por cada prótese vascular colocada 750 euros e por cada prótese vascular reparada 500 euros; por cada cateter provisório colocado 100 euros; por cada cateter de longa duração colocado 200 euros; por cada angiografia de intervenção efectuada 1.000 euros.

5. As verbas referidas no anterior número quatro serão creditadas ao hospital responsável pela assistência, que a arrecadará como receita no caso de resolver directamente o acesso vascular ou a dará em pagamento ao hospital ou unidade a quem contratar a prestação do serviço.

6. Os hospitais, trimestralmente e para efeitos de acompanhamento e fiscalização, enviarão às respectivas administrações regionais de saúde uma lista nominal dos doentes assistidos e do hospital ou unidade de saúde que executou ou reparou o acesso vascular.

7. As administrações regionais de saúde, depois de verificadas as listas, remeta-las-ão ao IGIF, com a mesma periodicidade, para os pagamentos correspondentes.

8. A eventual diminuição ou baixa de produtividade normal dos serviços hospitalares públicos, no que diz respeito à resolução de acessos vasculares, sem justificação objectiva e aceitável, será verificada e responsabilizada, podendo levar, nomeadamente, à cessação do financiamento específico estabelecido no presente despacho.

9. O presente Despacho substitui e revoga o Despacho nº7376/2000(2ª série), de 5 de Abril.

10. Tendo em vista que a fistula arterio-venosa deve ser o acesso vascular definitivo preferencial, as administrações regionais de saúde analisarão anualmente o número e tipo de acessos vasculares realizados em cada unidade prestadora.

## Órgãos da SPN

### DIRECÇÃO

<b>Presidente</b>	José Vinhas
<b>Vice-Presidente</b>	João Frazão
<b>Secretário</b>	Margarida Gonçalves
<b>Tesoureiro</b>	Anibal Ferreira
<b>Vogal</b>	Helena Sá

### CONSELHO FISCAL

<b>Presidente</b>	Pedro Neves
<b>Vogal</b>	Jorge Baldaia
<b>Vogal</b>	João Silva

### ASSEMBLEIA GERAL

<b>Presidente</b>	António Morais Sarmento
<b>Vice-Presidente</b>	Armando Carreira
<b>Secretário</b>	Edgar Almeida

### REVISTA PORTUGUESA DE NEFROLOGIA E HIPERTENSÃO

<b>Director</b>	Fernando Carrera
<b>Director-adjunto</b>	Rui Alves

### GABINETE DE REGISTO

<b>Coordenador Nacional</b>	João Pinto dos Santos
<b>Vice-Coordenador</b>	Ilídio Rodrigues
<b>Coordenadores Regionais</b>	Berta Aguiar Carvalho
	Luís Freitas
	Carlos Pires
	Pedro Neves
	José Augusto Araújo

### DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO

<b>Coordenador</b>	António Vaz Carneiro
--------------------	----------------------

### COMISSÃO CIENTÍFICA

<b>Presidente</b>	Manuel Pestana
<b>Membros</b>	Anabela Rodrigues
	António Morais Sarmento
	Fernando Nolasco
	Gerardo Oliveira
	João Paulo Oliveira
	Joaquim Calado
	Rui Alves
	Teresa Adragão

# O Transplante duplo de Rim e Pâncreas

--- La Salete Martins, Nefrologista, HGSA



Equipa médica assistencial no TRPS no HGSA: Dr. Rui de Almeida (Cirurgião Vascular); Dr. Manuel Teixeira (Cirurgião Geral); Dr. La Salete Martins (Nefrologista); Dr. Castro Henriques (Nefrologista); Dr. Leonídio Dias (Nefrologista).

objectivamente pelos estágios efectuados pelos Drs. Castro Henriques e Norton de Matos, num dos centros de TRP de referência mundial, em Minneapolis. Impedimentos vários, como as complicações da técnica de derivação urológica e a complexidade em coordenar esforços de todos os profissionais necessariamente envolvidos, atrasaram o início do programa de TRPS no HGSA. Em 1993/94, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, pelo Prof. Linhares Furtado, realizavam-se 3 Transplantes duplos rim e pâncreas,

2 simultâneos e 1 de pâncreas após transplante renal prévio. Foi mais um marco histórico da transplantação em Portugal.

Em 1998 encetamos no HGSA uma nova fase de preparação do programa, então de modo mais determinado e concertado, envolvendo esforços de uma equipa mais alargada. O Hospital Clínic de Barcelona, o maior centro de Espanha em TRPS e um dos maiores da Europa, foi escolhido como nosso centro de referência e apadrinhou a implementação do programa. Aí realizaram estágios vários elementos da

equipe médica, os Drs Castro Henriques, Leonídio Dias, La Salete Martins e Rui Seca; e também os cirurgiões Drs. Manuel Teixeira e Rui Almeida.

Os laços de amizade preexistentes facilitaram a nossa integração na Unidade de Transplante Renal (TR) do Hospital Clínic e a aprendizagem, não só da técnica cirúrgica mas também da preparação dos candidatos, da percepção da complexidade do seu seguimento no pós-transplante imediato, das potenciais complicações e modo de as solucionar e da sua avaliação a longo prazo.

## A organização da Unidade de TRPS no HGSA

A organização da Unidade de TRPS no HGSA é multidisciplinar. O Dr. Manuel Teixeira, Cirurgião Geral, é o responsável pela Unidade. Integram a equipa o Dr. Fernando Rua do Serviço de Cuidados Intensivos; o Dr. Rui Almeida da Cirurgia Vascular; o Dr. Arnaldo Lhamas da Urologia; a Dr<sup>a</sup> Filomena Oliveira de Cardiologia; o Dr. Jorge Dores da Endocrinologia; o Dr. Simão Esteves da Anestesia; o Dr. Rui Seca de Medicina Interna; o Dr. António Ribeiro de Oftalmologia; o Dr. Manuel Ribeiro de Radiologia; a Dr<sup>a</sup>. Teresa Coelho da Neurofisiologia; a Enf<sup>a</sup> Rosário Pereira da Coordenação de Transplantação; a Dra Margarida Amil do Departamento de Transplantação; e os três Nefrologistas da Unidade de TR do HGSA, os Drs. Castro Henriques, Leonídio Dias e La Salette Martins.

## Os tipos de transplante de rim e pâncreas e a quem se destinam

Actualmente o programa de TRPS do HGSA compreende apenas o transplante duplo simultâneo de rim e pâncreas, destinado a diabéticos tipo 1 com insuficiência renal crónica a necessitar de terapêutica substitutiva renal. É das três modalidades de transplante de pâncreas – com rim simultâneo; pâncreas após rim; e pâncreas isolado – a que se traduz em melhores resultados e maiores taxas de sucesso. Existem perspectivas de se vir a realizar na nossa Unidade num futuro próximo o transplante de pâncreas após transplante renal prévio (PAR). O transplante de pâncreas isolado (TPI), para diabéticos ainda sem atingimento renal significativo, tem resultados inferiores quanto a sobrevivência do enxerto. Este tipo de transplante centra-se no âmbito da Endocrinologia, dado que antecede a referenciação destes doentes à Nefrologia, mas não se equaciona a implementação deste tipo de transplante proximamente no HGSA.

A American Diabetes Association (ADA), após uma análise cuidada dos dados clínicos e científicos disponíveis em cada momento, emite periodicamente o seu parecer, o “position statement”. Desde há alguns anos, e reafirmado no seu último “position statement”, a ADA recomenda como tratamento de eleição, para diabéticos com insuficiência renal avançada, o TRPS. As recomendações da ADA são aguardadas após cada revisão por toda a comunidade transplantadora de pâncreas, e usadas como referência na literatura. São múltiplas as razões para a recomendação do TRPS. Até mesmo numa óptica

de administração racional de um recurso que não abunda, como é o caso dos órgãos de cadáver para transplante, faz todo o sentido a realização predominantemente do TRPS relativamente aos outros tipos de transplante de pâncreas. Sendo previsível uma maior longevidade para este tipo de transplante, quando comparado com o transplante de pâncreas após o rim, os doentes terão o seu problema solucionado durante mais tempo, mais tarde reentrarão novamente em lista para novo transplante, e portanto mais doentes poderão beneficiar desse tipo de transplante. Poderá parecer paradoxal que o TRPS, em que dois enxertos são transplantados, consequentemente transferindo para o receptor uma maior massa imunologicamente distinta do seu organismo, tenha melhores resultados que o TPI. Mas o enxerto renal em simultâneo parece conferir um certo grau de “protecção” ao enxerto pancreático. O enxerto renal funciona como órgão sentinela, dando sinais mais precocemente nos casos de rejeição aguda e ajuda-nos a monitorizar o pâncreas transplantado, que raramente terá rejeição isolada. O aparecimento de hiperglicemia como tradução de rejeição aguda do pâncreas é tardio, surgindo quando mais de metade da massa endócrina pancreática está perdida, e o órgão inexoravelmente perdido a curto prazo. Com a derivação entérica da secreção exócrina do pâncreas, a técnica mais comum actualmente, solucionaram-se problemas importantes de morbidade associados à derivação do pâncreas à bexiga, como as cistites graves, hematúria, ou acidose metabólica de difícil controlo. No entanto, perdeu-se o potencial de monitorização de rejeição do pâncreas, através da vigilância da amilásia; e a monitorização da amilase e lipase séricas no caso do transplante de pâncreas com derivação entérica, tem pouca especificidade e por isso é de utilidade limitada na detecção de rejeição aguda do pâncreas.

## O transplante de ilhotas pancreáticas

O transplante de ilhotas pancreáticas, realizado essencialmente nos diabéticos sem doença renal avançada, tem tido uma evolução muito positiva, sendo o centro de Edmonton no Canadá o de melhores resultados a nível mundial. A grande vantagem do transplante de ilhotas é ser tecnicamente muito mais fácil que o transplante do órgão total, e com menor morbidade, uma vez que é feito por injeção directa das ilhotas na veia porta, que “colonizam” os espaços porta hepáticos. Porém, a dificuldade técnica na preparação das ilhotas e na sua rentabilidade, sendo por vezes necessários mais de um pâncreas para obter um número mínimo de ilhotas para transplantar, são obstáculos que se têm

contornado com dificuldade. A manutenção da viabilidade dessas ilhotas depois de transplantadas, obsta também ao seu sucesso a longo prazo. Este procedimento pode ser repetido quando se atingiu a exaustão de produção de insulina por essas células, mas consome-se pelo menos mais um pâncreas para preparar um novo “pool” de ilhotas para transplantar, com uma durabilidade que está à quem do desejável, e claramente abaixo do TRPS.

## A avaliação pré-transplante do TRPS

A avaliação pré-transplante do TRPS é conduzida pelo Serviço de Nefrologia do HGSA, e compreende uma avaliação inicial por todas as especialidades envolvidas na Unidade. São critérios major de exclusão: diabetes não tipo 1; idade superior a 45 anos; e doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica significativas e não solúveis previamente ao transplante. O estadio da retinopatia e da neuropatia sensitivo-motora e autonómica são critérios minor. Outros critérios de exclusão são os comuns ao transplante de outros órgãos sólidos, como doença psiquiátrica não controlada, dependência de drogas, infecção ou neoplasias activas.

A selecção dos candidatos a receptores de TRPS é bem mais complexa e exaustiva do que a que é feita para os transplantes de rim isolado. Isto deve-se por um lado, à cirurgia major a que vão ser submetidos, por outro ao tipo de doentes candidatos, com comorbilidades importantes e pela afectação cardiovascular da diabetes. O estudo cardíaco passa frequentemente pela realização de angiografia coronária, excepto quando o candidato está clinicamente assintomático e o electrocardiograma com prova de esforço, ecocardiograma e cintigrafia cardíaca são negativos para isquemia.

## O dia do transplante: a preparação e a cirurgia

A preparação para TRPS no dia da cirurgia é feita pelo nefrologista de prevenção ao transplante renal, que além dos três nefrologistas da Unidade inclui ainda os Drs Morais Sarmento e Josefina Santos, no Serviço de Nefrologia. A maioria dos TRPS foram realizados sem qualquer compatibilidade HLA, sendo que só a compatibilidade ABO e o crossmatch negativo são requeridos. O protocolo de imunossupressão é quádruplo com ATG, Tacrolimus, MMF e corticóides. A profilaxia anti-infecciosa faz-se com clister de limpeza intestinal, Vancomicina, Cefalosporina de 3<sup>a</sup> geração, Fluconazol e Valganciclovir; e a profilaxia anti-trombose vascular dos enxertos com ácido acetil-salicílico e heparina de baixo peso molecular. Em termos de técnica cirúrgica, é feito

primeiro o transplante do pâncreas na fossa ilíaca direita, usando pâncreas total com arco duodenal de cadáver, anastomosado a uma das primeiras ansas jejunais do receptor (anastomose duodeno-jejunal), com derivação exócrina entérica e anastomoses vasculares espleno-mesentérica do dador aos vasos ilíacos do receptor. Seguidamente é feito o transplante renal proveniente do mesmo dador, na fossa ilíaca esquerda, anastomoses aos vasos ilíacos e cirurgia urológica pela técnica habitual do TR.

## O internamento e a alta

O pós-operatório imediato é feito nos Cuidados Intensivos até estabilização clínica e suspensão da ventilação mecânica. A Unidade de Transplante Hepático no Serviço de Cirurgia 3 é o local de internamento posterior destes doentes. O seu seguimento no internamento é essencialmente da nossa responsabilidade, nefrologistas do programa de TRPS, e também dos Drs. Manuel Teixeira e Rui Seca. As complicações mais temidas no pós-operatório são maioritariamente cirúrgicas, como a trombose dos vasos pancreáticos, a hemorragia e a infecção ou abscesso da loca do enxerto pancreático, muitas vezes requerendo reintervenção, o que determinou o internamento dos doentes num serviço cirúrgico. As complicações médicas, essencialmente infecciosas e a rejeição aguda, obrigam a uma monitorização apertada e atenta e tratamento precoce.

## Após a alta

A responsabilidade do seu seguimento em consulta externa é inteiramente dos nefrologistas que integram o programa do TRPS. Os reinternamentos de que venham a necessitar estes doentes, excepto se de cariz cirúrgico, fazem-se no Serviço de Nefrologia da HGSA, a cargo da Unidade de TR.

## Como evoluem os TRPS a médio e longo prazo e as



## complicações da diabetes

A evolução do TRPS após a alta é habitualmente boa, embora a convalescença seja mais lenta, não surpreendentemente, do que no TR isolado. As complicações abdominais relacionadas com a cirurgia do TRPS são nesta fase menos frequentes, ainda assim têm maior incidência do que no TR. Apesar da terapêutica quádrupla de imunossupressão, a incidência de rejeição aguda no TRPS é superior à do TR, o mesmo acontecendo com a incidência de infecções. A maioria dos estudos mostra uma melhoria significativa da qualidade de vida e das complicações da diabetes após o TRPS, habitualmente superior à adquirida com o TR isolado. O completo controlo da diabetes através do TRPS bem sucedido, liberta estes doentes de episódios de hipoglicemia muitas vezes severos e potencialmente letais e das consecutivas punções para determinação da glicemia ou administração de insulina. Previne o aparecimento da nefropatia diabética no rim transplantado; resulta na melhoria da neuropatia sensitivo-motora e autonómica e da função e geometria cardíacas; na melhoria do perfil lipídico e na provável melhoria da micro e macro vasculopatia; e nalguns casos pelo menos

na estabilização da retinopatia. A morbidade e mortalidade cardiovascular representam um problema maior a longo prazo nos doentes com TRPS, não só pela sua condição de diabéticos durante muitos anos, mas também pela adição de novos factores de risco cardiovascular após o transplante, como a imunossupressão. Todavia, quando comparado com o TR isolado, o TRPS reduz o risco cardiovascular através da normalização do perfil glicémico, melhoria do perfil lipídico, factores de risco indiscutíveis. Estudos recentes em grupos de doentes com follow-up alargado, mostraram um benefício claro do TRPS sobre o TR, traduzido por uma redução no número de eventos cardiovasculares e mortalidade inferior.

## Os resultados do TRPS na nossa Unidade

Os resultados do programa de TRPS no HGSA têm sido francamente animadores. O crescimento do programa é disso um reflexo. Desde 2/Maio/2000, data do primeiro TRPS, até Maio/2005, realizámos 42 TRPS. A média de idades destes doentes à data do transplante é de 33,5 anos, e tinham em

## Bibliografia recomendada

- Gruessner A C, Sutherland D E. Pancreas transplant outcomes for in the United States (US) and non-US cases as reported to the United Network for Organ Sharing (UNOS) and the International Pancreas Transplant Registry (IPTR) as of June 2004. Clin Transplant 2005; 19:433-455
- Robertson P, Davis C, Larsen J, Stratta R, Sutherland D E; American Diabetes Association. Pancreas transplantation in type 1 diabetes. Position statement. Diabetes Care 2004; 27(suppl 1):S105.
- Sutherland D E, Gruessner R W, Dunn D L, et al. Lessons learned from more than 1,000

pancreas transplants at a single institution. Ann Surg 2001; 233:463-501.

- Hricik DE. Combined kidney-pancreas transplantation. Kidney Int 1998; 53: 1091-102.
- Smets Y F C, Westendorp R G J, van der Pijl J W, et al. Effect of simultaneous pancreas-kidney transplantation on mortality of patients with type-1 diabetes mellitus and end-stage renal failure. Lancet 1999; 353: 1915-1919.
- Gruessner R W G, Sutherland D E R, Gruessner A C. Mortality assessment for pancreas transplants. Am J Transplant 2004; 4: 2018-2026.

- Sudan D, Sudan R, Stratta R. Long-term outcome of simultaneous kidney-pancreas transplantation: analysis of 61 patients with more than 5 years follow-up. Transplantation 2000; 69: 550-555.
- Fioretto P, Steffes MW, Sutherland DER, Goetz FC, Mauer M. Reversal of lesions of diabetic nephropathy after pancreas transplantation. New Engl J Med 1998; 339: 69-75.
- Nymann T, Hathaway DK, Bertorini TE, Shokouh-Amiri MH, Gaber AO. Studies of the impact of pancreas-kidney and kidney transplantation on peripheral nerve conduction in diabetic patients. Transplant

média 22,8 anos de evolução da diabetes. Todos os doentes à excepção de dois, transplantados sem terapêutica substitutiva renal prévia, estavam em diálise há 34 meses, em média. O tempo médio de internamento foi de 33 dias, com uma mediana de 25 dias. A incidência de não função imediata do enxerto renal, por necrose tubular aguda foi baixa, de 9,5%, explicável por tempos de isquemia fria muito curtos. A função do pâncreas foi imediata em todos os que ficaram com órgão funcionante, podendo suspender insulina em média 1,4 dias após o transplante. Necessitaram de reintervenções cirúrgicas 42,8% dos doentes, tendo realizado uma (19%) ou várias (23,8%) reintervenções cada doente. Os motivos foram na maioria infecção, hemorragia, ou trombose, relacionados com o enxerto pancreático. A incidência de rejeição aguda global, foi de 21,4%. O seu diagnóstico foi feito com base em critérios histológicos, sempre que possível, no caso do enxerto renal, mas apenas clinicamente presumido no caso o enxerto pancreático, uma vez que à semelhança de outros centros europeus não realizamos a biopsia do pâncreas pelo risco das suas complicações. A rejeição envolveu os 2 enxertos em 7,1%, apenas o pâncreas em 4,8% e apenas o rim em 9,5%. Nos dois últimos anos, após uma maior aprendizagem de manuseamento destas situações de difícil diagnóstico, obtivemos uma incidência de rejeição aguda de 9,1%. Faleceram 2 doentes, um de enfarte agudo do miocárdio (EAM) 5 meses após reentrada em diálise, e outro por complicações infecciosas e AVC, durante o internamento do transplante. Nesses 42 TRPS perderam-se 3 enxertos renais – 1 por trombose, 1 por rejeição e 1 por morte do doente – e 7 enxertos pancreáticos – 3 por trombose, 3 por infecção e 1 por rejeição. A função actual dos 39 enxertos renais é boa: creatinina sérica média = 0,98mg/dl; ureia = 50mg/dl; e depuração da creatinina = 88,7ml/min. Também os 37 enxertos pancreáticos estão normofuncionantes: glicemia média = 79mg/dl; HbA1c = 4,7%; e Peptídeo C = 3,5ng/ml. Oito dos 42 doentes eram cegos previamente

ao TRPS e nenhum dos outros 34 ficou amaurótico após o transplante. Necessitam de medicação anti-hipertensora apenas 14,3% dos TRPS. Dos 40 TRPS com um ou ambos enxertos funcionantes, o valor médio do colesterol total é 169mg/dl, dos triglicéridos é 104mg/dl e do HDL-c é 51mg/dl. Globalmente ocorreram até hoje nos 42 TRPS, três eventos cardiovasculares. Incluindo o EAM fatal do doente com falência de ambos os enxertos e já em diálise, ocorreram eventos vasculares periféricos em mais 2 doentes. De salientar ainda que exerciam qualquer tipo de actividade laboral antes do transplante 43,7% dos doentes, mas trabalham actualmente a tempo inteiro ou parcial 76,6% dos doentes, um indicador que reflecte o ganho em qualidade de vida após o TRPS.

## Os índices de sobrevivência

Os últimos resultados globais publicados do Registo Internacional de Transplante de Pâncreas (IPTR – International Pancreas Transplant Registry), relativos a mais de 23000 transplantes registados nessa base de dados, mostram para o TRPS simultâneo nos EUA – onde se realizam ¾ dos TRPS realizados em todo o mundo - uma sobrevivência ao fim do 1º ano do doente, e dos enxertos renal e pancreático respectivamente de 95%, 93% e 85%. As curvas de sobrevivência do TRPS no HGSA são ao fim do 1º ano, respectivamente de 97,3%, 94,6% e 83,4% e ao fim de 5 anos são de 91,7%, 89,2% e 78,7%. Ainda que o número relativamente pequeno de casos de TRPS na nossa Unidade possa sobrevalorizar os resultados, são índices de sobrevivência que nos apraz registar. São a expressão objectivável do empenho e entrega deste grupo de médicos, enfermeiros e outros profissionais, cuja extensa lista seria impossível enumerar sem correr o risco de esquecer alguém e certamente de sentem recompensados com estes resultados, sabendo que também eles deram o seu contributo. Atestam a qualidade dum programa de TRPS que, apesar de jovem, se encontra em situação de paridade com

os indicadores de referência mundiais. Mais do que isso, impelem-nos a continuar este trabalho de equipa, a fazer crescer em quantidade e em qualidade este programa, oferecendo o melhor tratamento aos diabéticos tipo 1 com insuficiência renal crónica.

## Participações em registos, Nacionais e Internacionais

- Participamos no registo internacional do transplante de pâncreas (IPTR), através do envio dos dados dos nossos TRPS para esse registo
- Participamos no registo nacional da Sociedade Portuguesa de Transplantação, sendo a nossa a responsabilidade pela elaboração e apresentação do registo anual de transplante de pâncreas e rim.
- Criámos, por solicitação da Sociedade Portuguesa de Transplantação, a folha de registo nacional de dados do TRPS.
- Participaremos, em colaboração com outros colegas de outras Unidades de TRPS de Espanha, no Registo Ibérico deste tipo de transplantes.

## Prémios, protocolos e projectos de investigação

- “Estudo da evolução de marcadores bioquímicos e histológicos da diabetes (AGE) em doentes diabéticos tipo I, candidatos a transplante de rim e pâncreas, submetidos a transplante renal e submetidos a transplante simultâneo de rim e pâncreas; sua correlação com a evolução das complicações da diabetes nestes doentes”. Autores: La Salette Martins, António Castro Henriques, Leonídio Dias, Manuel Teixeira, Rui Almeida, Rui Seca, Filomena Oliveira, Jorge Soares, Teresa Coelho, Frederico Silvestre, Isabel Fonseca, Rosário Pereira, Margarida Amil, António Cabrita. Vencedor da Bolsa Novartis da Sociedade Portuguesa de Transplantação, em 2004.
- “Análise dos factores de risco para recidiva da auto-imunidade anti-ilhota de pâncreas após o Transplante duplo de rim e pâncreas”.

Proc 1998; 30: 323-4.

- Hathaway DK, Abell T, Cardoso S, Hartwig MS, El Gebely S, Gaber AO. Improvement in autonomic and gastric function following pancreas-kidney versus kidney-alone transplantation and the correlation with quality of life. Transplantation 1994; 57: 816-22.
- Gaber AO, Wicks MN, Hathaway DK, Burlew BS. Sustained improvements in cardiac geometry and function following kidney-pancreas transplantation. Cell Transplant 2000; 9: 913-918.
- Biesenbach G, Königsrainer A, Gross C,

- Margreiter R. Progression of macrovascular disease is reduced in type 1 diabetic patients after more than 5 years successful combined pancreas-kidney transplantation in comparison to kidney transplantation alone. Transplant Int 2005; 18: 1054-1060.
- Cheung A T W, Perez R V, Chen P C Y. Improvement in diabetic microangiopathy after successful simultaneous pancreas-kidney transplantation: a computer-assisted intravital microscopy study on the conjunctival microcirculation. Transplantation 1999; 68: 927-932.
  - Fiorina P, La Rocca E, Venturini M, et al.

- Effects of kidney-pancreas transplantation on atherosclerotic risk factors and endothelial function in patients with uremia and type 1 diabetes. Diabetes 2001; 50: 496-501.
- Giannarelli R, Coppelli A, Sartini M, et al. Effect of pancreas-kidney transplantation on diabetic retinopathy. Transplant Int 2005; 18: 619-622.
  - Nakache R, Tydén G, Groth C G. Long-term quality of life in diabetic patients after combined pancreas-kidney transplantation or kidney transplantation. Transplant Proc 1994; 26: 510-511.



*Cristina Leite, Fátima Dias, Elsa Silva e Olímpio Francisco, doentes com transplante duplo de rim e pâncreas.*

La Salette Martins e António Castro Henriques. Em parceria com a Prof. Dra. Irene Noronha, coordenadora do programa de Transplante Pâncreas e Pâncreas-Rim dos Hospitais Albert Einstein e da Beneficência Portuguesa, de São Paulo, Brasil.

• "Evolução clínico-laboratorial dos diabéticos tipo I submetidos a transplante reno-pancreático". Autores: J Dores, L Martins, L Dias, C Henriques, J Vilaverde, M Monteiro, C Bacelar, F Oliveira, R Seca, R Almeida, H Ramos, M Teixeira, M Pereira. Prémio da Sociedade Portuguesa de Diabetologia / Novartis, em 2002.

• "Study of the serum lipase and amylase elevation of the enteric-drained simultaneous pancreas-kidney transplants". Autores: L. Martins, M.J. Ricart, E. Astudillo, F. Oppenheimer, L. Fernandez-Cruz. Prémio Novartis da Sociedade Portuguesa de Transplantação, em 2001.

## Publicações e Comunicações

• L Martins, A Henriques, L Dias, A Ventura, R Seca, R Almeida, J Dores, C Bacelar, F Oliveira, A Lhamas, M Amil, F Rua, T Coelho, S Esteves, A Ribeiro, R Pereira, A Sarmento, M Teixeira, M Pereira. "Combined pancreas-kidney transplantation: a new program in Portugal. Results from the first 12 cases." Transplant

Proc 2003, 35:1107-1108.

• "Simultaneous pancreas-kidney transplantation: five-year activity results from a single centre". Martins L, Pedroso S, Henriques A C, Dias L, Sarmento A M, Seca R, Oliveira F, Dores J, Lhamas A, Coelho T, Ribeiro A, Esteves S, Pereira R, Almeida R, Amil M, Cabrita A, Teixeira M. Transplant Proc (in press).

• "Transplante reno-pancreático: balanço de 5 anos de actividade". L Martins, S Pedroso, AC Henriques, L Dias, R Seca, F Oliveira, J Dores, C Bacelar, R Pereira, R Almeida, M Teixeira, A Sarmento, M Amil, A Cabrita. IV Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes, Salvador da Bahia, Brasil, 2 a 6/7/2005

• "Transplante de pâncreas-rim: evolução clínica e laboratorial". La Salette Martins. IV Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes, Salvador da Bahia, Brasil, 2 a 6/7/2005.

• "Transplante Reno-Pancreático no HGSA: como vão os nossos doentes?" La Salette Martins. Sessão Comemorativa dos 20 anos de Transplantação Renal no HGSA, Porto, 12 a 13/9/2003.

• "Pancreas and Kidney Transplantation in Portugal – a promising therapeutic alternative in selected type I Diabetic patients". J Dores, J Vilaverde, L Martins, L Dias, A Henriques, S Pinto, F Oliveira, R Seca, R Almeida, M Teixeira, C Bacelar, H Ramos, M Amil. Diabetes Federation Congress, Paris, Agosto de 2003.

• "Transplante Reno-Pancreático: resultados promissores dos primeiros 18 casos do HGSA". L Martins, A Henriques, L Dias, R Seca, F Oliveira, J Dores, C Bacelar, R Pereira, R Almeida, M Teixeira, A Sarmento, M Amil. II Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes. Fortaleza, Brasil, de 28/6 a 2/7/2003.

• "Simultaneous Pancreas-Kidney Transplantation: Results of the first fifteen cases from the single active program in Portugal". L Martins, A Henriques, L Dias, A Ventura, A Branco, R Seca, F Oliveira, J Dores, C Bacelar, R Almeida, M Teixeira, A Sarmento, M Pereira. 7º Congresso da Societat Catalana de Transplantament, Barcelona, 2 a 5/2/2003.

• "Transplante Simultâneo de Rim e Pâncreas: um novo programa em Portugal. Resultados dos primeiros 12 casos". L Martins, A Henriques, A Ventura, L Dias, R Seca, R Almeida, M Amil, F Oliveira, J Dores, C Bacelar, A Lhamas, R Pereira, A Sarmento, M Teixeira, M Pereira. I Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, Lisboa, 16 a 19/06/2002.

• "Evolução clínico-laboratorial dos diabéticos tipo I submetidos a transplante reno-pancreático". J Dores, L Martins, L Dias, C Henriques, J Vilaverde, M Monteiro, C Bacelar, F Oliveira, R Seca, R Almeida, H Ramos, M Teixeira, M Pereira. V Congresso Português de Diabetes, Vilamoura, 20 a 22/03/2002.

• "Transplante de Rim e Pâncreas: experiência do Hospital de Santo António". La Salette Martins. 8º Encontro Nacional de Transplantação, Porto, 23 a 24/11/2001.

• "Pancreas and kidney transplantation in type I diabetic patients: reporting the first 3 cases". J Dores, L Dias, L Martins, C Henriques, R Seca, F Oliveira, C Bacelar, R Almeida, H Ramos, M Teixeira, M Pereira. 52ª Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo, Porto, 26 a 28/01/2001.

## Correspondência

*La Salette Martins*

Assistente Hospitalar  
de Nefrologia do HGSA

4099-001 Porto  
telef: 222077500,  
extensões 1203 e 1191  
e-mail: lasalette@clix.pt



## SPN DEFENDE ALTERAÇÃO À LEGISLAÇÃO RELACIONADA COM OS DOENTES RENAIIS

O Despacho nº9825/98 (2ª série) de 9 de Junho, complementado pelo Despacho nº6370/2002 (2ª série) de 22 de Março, regulamenta o acesso gratuito dos insuficientes renais crónicos aos estimuladores da eritropoiese (eritropoietina alfa, eritropoietina beta e darbepoietina alfa).

Trata-se de um Despacho que veio actualizar os critérios de acesso gratuito ao medicamento, que incluiu pela primeira vez os “insuficientes renais crónicos em fase pré-dialítica”, e que resultou de uma adaptação do Despacho nº3/90 de 3 de Abril que tinha sido concebido exclusivamente para os doentes em hemodiálise. No entanto, esta adaptação foi efectuada de forma pouco harmoniosa, com uma regulamentação pouco clara, permitindo interpretações divergentes, e criando deste modo dificuldades no dia a dia.

Um dos problemas levantado por este Despacho, resulta da utilização de terminologias pouco precisas ou não definidas. Por exemplo, em relação às unidades de hemodiálise, utiliza como sinónimos “hospitalar e público” e “extra-hospitalar e privado”, sendo certo que pode haver unidades públicas extra-hospitalares, e que já existem unidades privadas hospitalares. Simultaneamente, o Despacho não prevê a existência de unidades públicas concessionadas (geridas por privados), de que já existem vários exemplos em Portugal, não prevê o fornecimento gratuito de estimuladores da eritropoiese (EE) aos doentes em diálise peritoneal ou transplantados renais, nem é claro em relação ao modo de acesso gratuito aos EE para os doentes seguidos em consultas privadas que não estão submetidos a terapêutica de substituição da função renal. Para além disso, o Despacho utiliza termos que não define, como é o caso, por exemplo, dos termos “requisição” e “prescrição”, que têm tido interpretações diversas em diferentes pontos do país.

Deste modo, a SPN decidiu divulgar uma proposta que pretende clarificar estes pontos, e fazer algumas correcções baseadas na experiência passada, sem

alterar a filosofia base deste Despacho. Esta proposta foi elaborada por um grupo de trabalho composto pelo Professor António Vaz Carneiro (Departamento de Estudos Baseados na Evidência da FML), Dr. José Vinhas (Director do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Setúbal EPE), Professor Manuel Pestana (Professor Catedrático da Faculdade de Medicina do Porto), e Dr. Pedro Ponce (Director do Serviço de Nefrologia do Hospital Garcia de Orta EPE).

### MINISTÉRIO DA SAÚDE Gabinete do Ministro Despacho nº (2ª série)

Atendendo a que os despachos regulamentadores da forma de acesso por parte dos insuficientes renais aos medicamentos darbepoietina alfa, epoietina alfa e epoietina beta revelam alguma imprecisão na terminologia utilizada que tem criado dificuldades de interpretação;

Considerando igualmente que os referidos despachos resultam da fusão de despachos anteriores, que não foi efectuada de forma harmoniosa, necessitando de uma reorganização;

Atendendo, por outro lado, à necessidade de assegurar uma correcta articulação entre as instituições intervenientes na aplicação deste medicamento;

Determina-se o seguinte:

1. Todos os doentes com doença renal crónica (DRC), estadios 3 a 5, beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, têm acesso gratuito à darbepoietina alfa, epoietina alfa e epoietina beta, de agora em diante designadas genericamente por “estimuladores da eritropoiese”;
2. A prescrição de estimuladores de eritropoiese deve ter em consideração as recomendações técnico-científicas e normas de boas práticas definidas pela Ordem dos Médicos e pelas *Guidelines* internacionais.
3. A requisição de estimuladores da eritropoiese:
  - a) No caso dos doentes com DRC não tratados por diálise, seguidos em consulta externa de nefrologia de hospitais

públicos, deve ser feita à farmácia do respectivo hospital, através de receita médica do Ministério da Saúde, modelos 1806 ou 1806-A;

- b) No caso dos doentes com DRC não tratados por diálise, seguidos em consulta de nefrologia privada, deve ser feita à farmácia do hospital público da área, através de receita médica do Ministério da Saúde, modelos 1806 ou 1806-A.
- c) No caso dos doentes com DRC, em hemodiálise em hospitais públicos, deve ser feita à farmácia do respectivo hospital, através da prescrição do nefrologista responsável. O conjunto das prescrições, deve ser acompanhada de uma requisição que deve ser assinada pelo Director do Serviço de Nefrologia;
- d) No caso dos doentes com DRC, em hemodiálise em unidades privadas, deve ser feita ao hospital com o qual a unidade se encontra articulada, ao abrigo do disposto no nº2 do artigo 30º do Decreto-Lei nº392/93, de 23 de Novembro, através da prescrição do nefrologista responsável. O conjunto das prescrições, deve ser acompanhada de uma requisição assinada pelo Director Clínico da respectiva unidade;
- e) No caso de doentes com DRC, em hemodiálise em hospitais públicos com unidades de hemodiálise concessionadas a entidades privadas, deve ser feita à farmácia do respectivo hospital, ao abrigo do disposto no nº2 do artigo 30º do Decreto-Lei nº392/93, de 23 de Novembro, através da prescrição do nefrologista responsável. O conjunto das prescrições, deve ser acompanhado de uma requisição assinada pelo Director Clínico da referida unidade;
- f) No caso dos doentes com DRC em diálise peritoneal, seguidos nos hospitais públicos, deve ser feita pelo nefrologista responsável à farmácia do respectivo hospital, através de receita médica do Ministério da Saúde, modelos 1806 ou 1806-A;
- g) No caso dos doentes com DRC transplantados renais, seguidos nos hospitais públicos, deve ser feita pelo nefrologista responsável à farmácia do respectivo hospital, através de receita médica do Ministério da Saúde, modelos 1806 ou 1806-A;

h) No caso dos doentes com DRC transplantados renais, seguidos nos hospitais privados, deve ser feita pelo nefrologista responsável à farmácia do respectivo hospital, através de receita médica do Ministério da Saúde, modelos 1806 ou 1806-A;

i) As prescrições referidas nas anteriores alíneas a) a h) devem incluir a identificação do doente, os dados da segurança social (administração regional de saúde ou subsistema responsável pelo pagamento, e respectivo número), a posologia adoptada e respectiva via de administração, bem como a quantidade necessária para um mês. As requisições referidas nas anteriores alíneas c), d) e e), são compostas por uma listagem com o somatório de todos os dados constantes das prescrições.

4. As requisições dos doentes referidos nas alíneas c), d) e e), devem dar entrada na Farmácia até ao dia 20 do mês anterior àquele a que se referem as prescrições. As requisições devem ser acompanhadas das prescrições e de notas de devolução da quantidade não utilizada por doente, em caso de diminuição de posologia, interrupção do tratamento, internamento, saída de diálise, transferência para outro centro ou falecimento. As prescrições dos doentes referidos nas alíneas a), b), f), g) e h), deverão dar entrada na farmácia de modo a permitirem a continuidade do tratamento.

5. No caso dos doentes referidos nas alíneas c), d) e e), serem transferidos, por período superior a um mês, para outra unidade de hemodiálise, esta passará a ser a responsável pela prescrição do estimulador da eritropoiese ao doente durante o período de permanência, como se de um novo doente entrado em diálise se tratasse, devendo apenas ser referida no relatório clínico justificativo

da necessidade de estimulador de eritropoiese a qualidade de "doente transferido de outro centro".

6. No caso dos doentes referidos nas alíneas c), d) e e), serem transferidos, por período inferior a um mês, para outra unidade de hemodiálise, a unidade onde o doente efectua tratamento deverá enviar para a unidade que recebe temporariamente o doente a quantidade de estimulador da eritropoiese necessária à continuação do seu tratamento.

7. O estimulador da eritropoiese dos doentes referidos nas alíneas c), d) e e), deve ser levantada na farmácia do hospital público até ao último dia útil de cada mês, por um funcionário ou responsável da unidade de hemodiálise onde faz tratamento, devidamente credenciado para o efeito, sendo a conferência da quantidade do fármaco confirmada por registo/protocolo obrigatório.

8. Os estimuladores da eritropoiese prescritos a doentes com DRC beneficiários do Serviço Nacional de Saúde internados nos hospitais constituem encargos desses mesmos hospitais.

9. Os estimuladores da eritropoiese prescritos a doentes com DRC em regime ambulatorio, constituem encargo das respectivas administrações regionais de saúde ou do subsistema de saúde, devendo os hospitais fornecedores do estimulador da eritropoiese apresentar àqueles a respectiva facturação.

10. São revogados o despacho nº9825/98, da Ministra da Saúde, de 13 de Maio de 1998, publicado no Diário da República, 2ª série, de 9 de Junho de 1998, e o despacho nº6370/2002, de 7 de Março, publicado no Diário da República, 2ª série, de 22 de Março de 2002 do Secretário de Estado da Saúde.

## CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA ATINGE A SUA MATURIDADE

O Congresso Português de Nefrologia, a reunião anual da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, atingiu definitivamente o estatuto da maior reunião científica na área da nefrologia em Portugal. No ano de 2005, o XIX Congresso Português de Nefrologia teve 842 inscrições, entre congressistas e pessoas ligadas às empresas expositoras. À semelhança de todos os congressos internacionais e de muitos congressos nacionais de outros países, a SPN implementou a partir de 2005 a obrigatoriedade de inscrição no congresso do pessoal das empresas expositoras. Trata-se de uma medida que pretende melhorar a organização, permitindo controlar as entradas no recinto do Congresso. Inscreveram-se 110 elementos das empresas expositoras, dos quais 59 (54%) beneficiaram de inscrições gratuitas. O número de inscrições gratuitas atribuídas a cada empresa expositora foi proporcional à área de exposição, variando entre as 2 e as 6 inscrições gratuitas. A Sociedade Portuguesa de Nefrologia agradece a todas as empresas expositoras a sua inestimável colaboração, que tem permitido a realização regular da maior reunião nefrológica portuguesa.

## SPN adquire programa de envio de e-mails personalizados

O e-mail é o meio de comunicação com maior crescimento no mundo de hoje. Mais de 5 biliões de mensagens de e-mail são enviadas em cada dia, permitindo que milhões de pessoas dialoguem a alta velocidade, de um modo sem paralelo na história das comunicações. O que é o e-mail? Há quem o defina como um meio electrónico de conversação assíncrona,

sendo a forma mais rápida e mais barata de enviar uma mensagem. Ao longo dos últimos dois anos, a Sociedade Portuguesa de Nefrologia tem feito um investimento considerável ao nível dos sistemas de informação (desenvolvimento de website, criação de Newsletter, envio de E-News, envio de e-mails, colocação de Stand Expositor

durante o Congresso), com o objectivo de melhorar a comunicação interna e externa e intensificar a relação com os seus constituintes. Recentemente, a SPN deu mais um passo no sentido de melhorar a comunicação com os seus membros, tendo adquirido um programa de envio de e-mails personalizados. Com o novo programa é

# SPN financia projectos de investigação no valor de 100.000 euros

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia financiou no ano de 2005 Projectos de Investigação no valor global de 103.524 euros. Apresentaram-se quatro candidaturas:

**1. Título:** Estudo das repercussões do síndrome nefrótico sobre o músculo esquelético e cardíaco

**Investigador Principal:** Manuel Pestana

**Unidade:** Unidade de Investigação e Desenvolvimento de Nefrologia – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

**Financiamento atribuído:** 34.500 euros

**Duração do Projecto:** 24 meses.

**2. Título:** Polimorfismos do VEGF (factor de crescimento vascular endotelial) e sua relação com o transporte peritoneal em diálise peritoneal.

**Investigador Principal:** Anabela Rodrigues

**Unidade:** Unidade de Biologia Molecular, HGSA, SA

**Financiamento atribuído:** 6.000 euros

**Duração do Projecto:** 12 meses.

**3. Título:** Pesquisa de associação do polimorfismo – 2518 A/G no gene MCP-1 no desenvolvimento de nefropatia em doentes com diabetes mellitus de tipo 2

**Investigador principal:** Fernando

Teixeira e Costa

**Unidade:** Serviço de Nefrologia, Hospital Garcia de Orta.

**Financiamento atribuído:** 6.000 euros

**Duração do Projecto:** 24 meses.

**4. Título:** Protocolo de utilização de alteplase para prevenção da disfunção de catéteres tunelizados em hemodiálise.

**Investigador Principal:** Célia Gil

**Unidade:** NIDAN – Núcleo de Investigação e desenvolvimento da área nefrológica

**Financiamento atribuído:** 57.024 euros

**Duração do Projecto:** 36 meses

O júri composto por Manuel Pestana (não participou na avaliação da candidatura nº1), Fernando Nolasco, Joaquim Calado, Gerardo Oliveira, Teresa Adragão, António Morais Sarmento, João Paulo Oliveira e Rui Alves, decidiu atribuir o financiamento integral às candidaturas nº1, 2 e 3, e atribuir financiamento para o primeiro ano para a candidatura nº4, condicionando o financiamento dos dois últimos anos do estudo, à informação enviada pelo Investigador Responsável.

## Reunião para atribuição dos itens a patrocinar no congresso agendada para 24 de Fevereiro

Vai ter lugar no próximo dia 24 de Fevereiro de 2004, no Centro de Congressos de Vilamoura, a reunião com a indústria para atribuição dos itens a patrocinar durante o Congresso de 2006. Com este objectivo, as empresas da indústria farmacêutica e de material de diálise são escalonadas de acordo com o valor da doação à SPN. O montante global (em euros) é convertido em pontos dividindo por cem, sendo calculada a média de pontos de 2004 e 2005. Às empresas com mais de 100 pontos, é atribuído o estatuto de empresa com pontos prioritários, tendo prioridade na escolha dos itens a patrocinar no Congresso. Estas empresas fazem a escolha por ordem de pontuação. Para a escolha dos espaços de exposição é utilizada a mesma metodologia. Esta reunião, que vai ter lugar pelo terceiro ano consecutivo, insere-se nas novas regras que a Direcção da SPN implementou, tendo como objectivo aumentar a transparência das relações entre a Sociedade e a indústria.



possível personalizar o endereço do destinatário, substituindo o anterior *undisclosed recipient*. Este endereço era rejeitado pelos servidores dos hospitais públicos, obrigando ao envio individual de mensagens. Simultaneamente, o programa permite agora personalizar o início das mensagens, substituindo o anterior impessoal “caro membro”. A SPN definiu quatro grandes áreas onde pretende investir: informação, lobbying, formação e investigação. Com esta medida, a SPN procura cumprir um dos seus objectivos na área da informação, melhorando a comunicação com os seus constituintes.

## XX Congresso Português de Nefrologia

**28 a 30 de Setembro de 2006**

Centro de Congressos de Vilamoura

Data-limite para envio de abstracts: 15 de Junho de 2006

Obrigatório envio de abstracts por via electrónica

# Regularização de quotas da Sociedade Portuguesa de Nefrologia



É com o maior prazer que temos vindo a assistir à regularização das quotas da SPN por parte de muitos colegas, correspondendo deste modo ao apelo da actual Direcção.

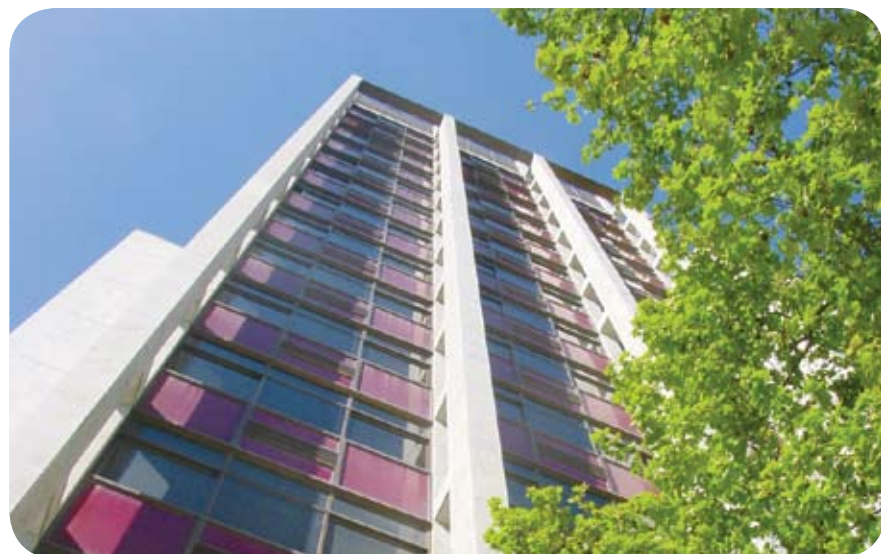
Actualmente, a grande maioria dos colegas já efectuou os pagamentos que tinha em atraso, ou procedeu à actualização da verba correspondente às quotas da nossa sociedade.

Ao longo do ano passado, fizemos um apelo a todos os colegas para regularizarem a respectiva situação,

assumindo que as principais culpas para os atrasos observados residiram na deficiente organização da SPN.

Actualmente, já sem estas desculpas, voltamos a apelar a todos os sócios da SPN que nos ajudem a manter a nossa independência e autonomia, cumprindo as disposições estatutárias e regularizando todas as verbas referentes a quotas vencidas.

Aníbal Ferreira  
Tesoureiro SPN



## Agenda

### 3ª REUNIÃO CIENTÍFICA DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE HIPERTENSÃO

10 a 12 de Fevereiro de 2006

Hotel Montebelo, Viseu

### IX SIMPÓSIO DE ACTUALIZAÇÃO EM NEFROLOGIA - OSTEODISTROFIA RENAL

10 a 11 de Março de 2006

Hospital de Sta Cruz, Carnaxide e Anfiteatro da Ordem dos Médicos, Lisboa

### IV SIMPÓSIO DE NEFROLOGIA DA BEIRA INTERIOR

Controvérsias em Nefrologia

31 de Março a 1 de Abril de 2006

Hotel Colina do Castelo, Castelo Branco

### XLIII ERA-EDTA CONGRESS

July 15 - 18, 2006

Glasgow, UK

### XX CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA

28 a 30 de Setembro de 2006

Centro de Congressos de Vilamoura, Vilamoura

### RENAL WEEK 2006

November 14-19

San Diego Convention Center  
San Diego, California

### XXI CONGRESSO PORTUGUÊS DE NEFROLOGIA

24 a 26 de Maio de 2007

Centro de Congressos de Vilamoura  
Hotel Tivoli Marinotel, Vilamoura

## Maratona SPN Correr por uma boa causa

No próximo dia 26 de Março, vamos realizar a terceira maratona SPN, integrada na grande maratona de Lisboa. Atravessaremos a ponte 25 de Abril e realizaremos mais um momento de saudável prática desportiva, confraternização e solidariedade.

No passado Natal, pela segunda vez consecutiva, oferecemos a todas as crianças e jovens portugueses (menores de 16 anos) com insuficiência renal crónica (em diálise ou transplantadas) uma prenda de Natal.

Graças à fantástica adesão à Maratona SPN do ano anterior, foi possível oferecer a 71 crianças e jovens um cheque prenda

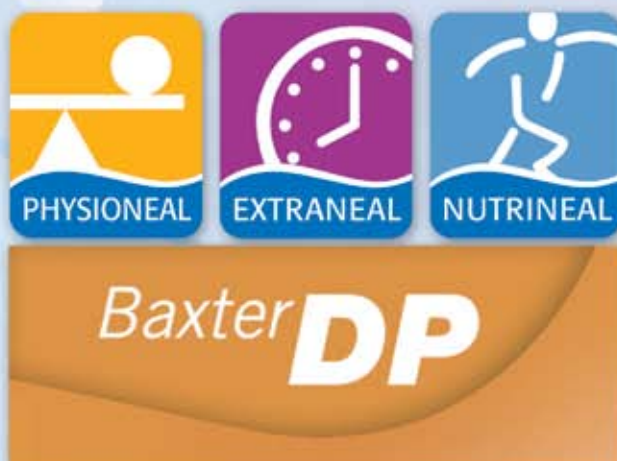
FNAC de 100 euros, para a compra de um presente de Natal.

Estamos certos que em 2006 o sucesso será ainda maior, tendo em conta a adesão e o entusiasmo crescente suscitado por esta iniciativa da Sociedade Portuguesa de Nefrologia com o apoio dos Laboratórios AMGEN.

Contamos consigo, com os seus familiares e amigos para a correr ou a andar percorrer os 7 Km da mini-maratona SPN e no final participar no habitual "brunch" de convívio no Centro Cultural de Belém. As inscrições devem ser efectuadas para a SPN através do telefone 217 970 187

# ***Baxter***

## ***Diálise Peritoneal***



*A nossa vocação é*

# ***salvar vidas***

*em todo o mundo!*

## ***Baxter***

*Baxter Médico Farmacêutica, Lda.*

*Sintia Business Park • Zona Industrial do Abrunheiro • Edifício 10 • 2710-089 Sintra • Portugal  
Telf.: 219252500 / 219158180 Fax: 219158209 • Contribuinte n.º 503 347 345 • Capital Social € 798 077,00  
[www.baxter.pt](http://www.baxter.pt)*

**NOVO**

**1 ano** com apenas **12 injeções\***...  
... agora mais **fáceis e seguras!**



- Injecção em apenas 3 passos: A, B, Click
- Dispositivo pronto a utilizar
- Administração única
- Agulha sempre protegida
- Maior comodidade e adesão à terapêutica



**AMGEN**<sup>®</sup>

*your partner in nephrology*

Amgen Biofarmacêutica, Lda.  
TAGUSPARK - Parque de Ciência e Tecnologia  
Edifício Esplanada • 2780-920 Porto Salvo  
Tel: 21 422 05 90 • Fax: 21 422 05 55



# Principais Patrocinadores da SPN

**AMGEN**<sup>®</sup>

genzyme



Fresenius Medical Care

**Roche**

 JANSSEN-CILAG

 Abbott  
Laboratories, S.A.

 GAMBRO

**Baxter**

 FERRAZLYNCE



**Sociedade  
Portuguesa  
de Nefrologia**

Propriedade:  
Sociedade Portuguesa de Nefrologia  
Largo do Campo Pequeno, 2 - 2º A  
1000-078 LISBOA  
[www.spnephro.pt](http://www.spnephro.pt)  
[geral@spnephro.pt](mailto:geral@spnephro.pt)

Ficha Técnica:  
N.º 8 - Janeiro de 2006  
Publicação Trimestral  
Distribuição gratuita  
Tiragem: 500 exemplares  
Concept Design: BBG