APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

NEFRÂMEA

porta-voz dos dialisados e transplantados renais

ANO XXVIII • Nº 147 PUBLICAÇÃO BIMESTRAL • Novembro/Dezembro 2009

ASSEMBLEIA GERAL APROVOU PLANO E ORÇAMENTO 2010

ANIVERSÁRIO DA APIR

1.º SIMPÓSIO
ACESSOS VASCULARES

APIR
Associação Portuguesa de
Insuficientes Renais

Novotel – Lisboa
15 de Novembro de 2009

WORKSHOP CEAPIR
- MEDICINA, MITOS E MEDIA

XXII JORNADAS DO DOENTE RENAL
- ESPANHA

Ficha Técnica

NEFRÂMEA Nº 147
ANO XXVIII • NOVEMBRO/DEZEMBRO 2009

DIRECTOR
José Carlos Gomes

CHEFE DE REDACÇÃO
Carlos Silva

SECRETÁRIA DE REDACÇÃO
Maria Leonor Varanda

CORPO REDACTORIAL
Carlos Silva, Carlos Gomes, Paulo Ribeiro, Paulo Zoio e João Cabete

FOTOGRAFIA
Arquivo; Diversos

COLABORAM NESTE NÚMERO
Delegações Regionais, e Núcleos vários IRC, Paulo Zoio, Paulo Ribeiro Dr.as Isabel A. Castro e Rita Calha, João Cabete, Arminda Tavares, Paula Vareda, Romeu Outeiro

PRÉ-IMPRESSÃO
Passos de Cor – Artes Gráficas e Design Gráfico, Lda.

IMPRESSÃO E ACABAMENTO
ADFA – Tipografia Escola da Associação dos Deficientes das Forças Armadas

PROPRIEDADE/EDIÇÃO
Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
Via Principal de Peões, Lote 105
Loja B –Zona I de Chelas,
Empresa Jornalística nº 208811
Registado no Instituto da Comunicação Social sob o nº 108812
NIPC-500818924

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
Via Principal de Peões, Lote 105
Loja B –Zona I de Chelas,
1950-244 LISBOA
Tel. 218371654 – Fax 218370826
e-mail: apir@mail.telepac.pt
Internet: www.apir.pt

TIRAGEM
3500 exemplares
Bimestral
Distribuição gratuita aos sócios da APIR

PREÇO APOIO 3€
ASSINATURA ANUAL: 17€

DEPÓSITO LEGAL
244169/06

As opiniões expressas nesta publicação são da responsabilidade dos autores e não reflectem necessariamente as posições da APIR ou da redacção.
Cabe à DN a selecção final dos textos discordantes das orientações oficiais da Associação.

PORTE PAGO

instituto nacional para a reabilitação
Co-financiado pelo INR, I.P.

SUMÁRIO

3 EDITORIAL
Virar a Página... Começar de Novo!

4/5 ACTIVIDADES DA APIR
31.º Aniversário da APIR
1.º Simpósio Acessos Vasculares

6/8 ACTIVIDADES DA APIR
Assembleia Geral aprovou Plano e Orçamento para 2010

10/14 NOTÍCIAS
Reunião do CMIPD
Workshop CEAPIR – Medicina, Mitos e Media
XXII Jornadas do Doente Renal em Espanha

15/16 INFORMAÇÃO
Porque é que quando se perde um rim o outro cresce?
Engenharia de Tecidos ao Serviço da Cirurgia Vascular

18 NUTRENAL

19 NEFRÂMEA DAS DELEGAÇÕES

20/21 DELEGAÇÃO REGIONAL DE COIMBRA
Plano de Actividades e Orçamento para 2010
XXXI Aniversário da APIR

22/23 DELEGAÇÃO REGIONAL DE SETÚBAL
Plano de Actividades e Orçamento para 2010
Perdemos mais um grande amigo e dirigente

24 NÚCLEO LOCAL DE LISBOA
Visita ao Centro de Hemodiálise do Lumiar

25 DELEGAÇÃO REGIONAL DE AVEIRO
Calendário de Actividades e Orçamento para 2010

26/28 FORMAÇÃO
ACESSOS VASCULARES
Taxa de Recirculação – Implicação Prática da sua Avaliação

29 CORREIO DE LEITORES

30/31 CULTURA

32 PASSATEMPO NA DIÁLISE

31.º Aniversário da APIR
1.º Simpósio Acessos Vasculares
Assembleia Geral aprova Plano e Orçamento 2010

Aspecto do almo□o de Anivers□rio

1.… Simp□sio Acessos Vasculares

Alguns dos participantes na Assembleia Geral

VIRAR A PÁGINA... COMEÇAR DE NOVO!

Aproximamo-nos a passos largos do final de mais um ano e nem queremos acreditar! Parece que ainda agora dávamos as boas vindas a 2009 e, sem bem sabermos como, o ano está mesmo a chegar ao fim.
A verdade, é que nos envolvemos de uma forma tão activa e empenhada nas diversas realizações que, ao longo do ano, a APIR levou a efeito, para não falar de tantas outras em que também participou, que nem demos conta do passar dos dias.
Este ano, para além das actividades habituais de divulgação da nossa Associação junto dos Doentes Renais e população em geral (de que fizemos eco nas várias edições desta Revista) realizámos, também, várias acções de informação sobre a prevenção e detecção precoce da Doença Renal, actividade que, consideramos cada vez mais necessária, tendo em conta o aumento exponencial de patologias como a hipertensão e a diabetes, que podem levar à insuficiência renal.
Levámos a efeito alguns eventos que reputamos de grande interesse para os nossos associados e demais doentes renais, dos quais destacamos as I Jornadas do Doente Renal Crónico, pelos esclarecimentos prestados sobre vários aspectos relacionados com a doença, nomeadamente, alguns tipos de tratamento, alterações do metabolismo ósseo e medicação e, numa outra perspectiva, o 1.º Simpósio sobre Acessos Vasculares, especialmente direccionado a enfermeiros de nefrologia/hemodiálise, pela pertinência do tema.
Realizámos um inquérito junto de alguns associados, a quem foram colocadas questões sobre a informação prestada aos doentes em pré-diálise e que nos permitirá perceber a realidade existente ao nível das consultas hospitalares, nesta fase da doença.
O Livro que pretendemos editar com os trabalhos enviados por diversos IRC, familiares e amigos e que, de uma forma muito pessoal, transmitirá mensagens de esperança em "Mais e Melhores Anos", foi um dos nossos objectivos, iniciado ainda este ano mas, cuja concretização, prevemos para o ano que vem.
De qualquer forma, quatro dos trabalhos (desenho e pintura) foram desde já eleitos para Postais de Natal da APIR, neste ano de 2009.
De acordo com o Plano de Actividades elaborado pela Direcção Nacional e aprovado na Assembleia Geral, realizada no passado dia 29 de Novembro, o próximo ano será, a exemplo deste que agora finda, repleto de actividades e iniciativas que, esperamos, contribuam para a melhoria da qualidade do tratamento e de vida dos Doentes Renais e para uma informação mais intensa da população em geral.
É com esse intuito, de fazer sempre mais e melhor, que nos empenhamos, muitas vezes com sacrifício da nossa vida pessoal e familiar.
Assim as Entidades Oficiais que nos apoiam o entendam, e nos permitam, com o seu contributo, continuar com o nosso trabalho.
Sabemos que, nos tempos que correm, é cada vez mais difícil conseguirmos disponibilidade para os outros, a vida cada vez mais atribulada, o desgaste físico provocado pela doença, são alguns dos factores que condicionam a nossa vontade de apoiar quem de nós precisa.
Porém e tendo em conta as dificuldades que se perspectivam, não é tempo de baixar os braços.
O próximo ano, será ano de eleições para os Corpos Sociais Nacionais e Regionais da APIR, pelo que esperamos que todos os associados se compenetrem da necessidade de, todos nós, de alguma forma nos empenharmos na luta pela defesa dos nossos interesses, colaborando com a nossa Associação.
E é neste espírito fraterno e de união que desejamos a todos os IRC, seus familiares e amigos, bem como a todos os que de alguma forma se relacionam com a problemática da insuficiência renal, Votos de Feliz Natal e que o próximo Ano nos traga a todos Paz e, se possível, muita Saúde.

A Direcção Nacional

31.º ANIVERSÁRIO DA APIR EM CANAS DE SENHORIM

Comemorámos no passado dia 18 de Outubro o 31.º Aniversário da nossa Associação, que decorreu em ambiente de grande alegria e confraternização, entre toda a família IRC

O habitual almoço de convívio realizou-se na Quinta da Boiça, em Canas de Senhorim, perto de Viseu e contou com a presença de mais de duas centenas de participantes, entre IRC e respectivos familiares e amigos, vindos de vários pontos do país, como por exemplo, Aveiro, Coimbra, Setúbal, Entroncamento, Lisboa, Loures, Odivelas, Oeiras, Torres Vedras, etc.

À chegada ao Restaurante, foi proferida uma saudação de boas vindas pelo Presidente da Delegação Regional de Coimbra, estrutura que, este ano, em conjunto com a Direcção Nacional, teve a responsabilidade da organização deste evento.

O almoço, bem confeccionado e servido com simpatia, agradou a todos os presentes, até porque a distância era grande e alguns estômagos já reclamavam.

A Quinta, reservada especialmente para a nossa Associação, era um local muito agradável, repleto de bonitos espaços verdes e recantos aprazíveis onde os convivas, que assim o desejaram, puderam passear - já que o tempo a isso convidava - ou mesmo conviver com velhos conhecidos e colocar a conversa em dia.

Durante a tarde, muitos foram os que se decidiram por um "pezinho de dança" ao som do conjunto especialmente contratado para o efeito. Outros, aproveitaram para adquirir alguns produtos produzidos na Quinta, como mel, frutos secos, etc.

Antes do corte de bolo, e do champanhe, o Presidente da Direcção tomou a palavra para agradecer a presença de todos, desejar que para o próximo ano nos voltássemos a encontrar e fez ainda votos de uma boa viagem de regresso para todos.

Depois de cantarmos os parabéns à APIR, despedimo-nos, e fizemo-nos à estrada porque, para a maior parte de nós, a viagem era bem longa.

A Direcção

1.º SIMPÓSIO ACESSOS VASCULARES

1.º SIMPÓSIO
ACESSOS VASCULARES

09.30 - Abertura do Secretariado

09.50 - Início dos Trabalho – APIR

10.00 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DOS ACESSOS VASCULARES (PROBLEMÁTICAS, EVOLUÇÃO E SOLUÇÕES);
Dr. Vicente Perez Beñasco: Ex-Chefe do Serviço de Nefrologia do Hospital General de Jaen e Consultor do S.A.S. – Servicio Andaluz de Salud.

11.00 - Coffee Break

11.30 - ACESSO VASCULAR - O PARENTE POBRE DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA;
Dr. Norton de Matos

12.30 - Discussão

13.00 - Almoço de Trabalho

14.30 - Moderador
Enf. Fernando Vilares – Presidente da APEDT
- CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM OS ACESSOS VASCULARES;
Enf. Rodolfo Crespo: Enf. Chefe do Serviço de Nefrologia do Hospital Reina Sofia de Córdoba e Ex-Presidente da SEDEN – Socied Española de Enfermeria Nefrológica.

15.00 - A VIGILÂNCIA DOS AV PARA HD - COMO AUMENTAR A SUA LONGEVIDADE;
Enf.ª Hélia Bernardes: Hospital Santa Cruz.

15.30 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PRESERVAÇÃO DO AV DO DOENTE EM PROGRAMA DE HEMODIÁLISE;
Enf.ª Ana Cristina e Enf. Pedro Duarte: Hospital Curry Cabral.

16.00 - Café

16.30 - Responsabilidade / Acompanhamento – CNAD;

17.00 - Discussão / Sessão de Encerramento

17.30 - Secretário de Estado Adjunto da Saúde
*– Dr. Francisco Ramos **
** A confirmar*

Realizou-se no passado dia 15 de Novembro o 1.º Simpósio sobre Acessos Vasculares, numa iniciativa da Direcção Nacional da APIR e especialmente destinado a enfermeiros de nefrologia/hemodiálise.
Este evento, que teve a participação de cerca de uma centena de profissionais de enfermagem, contou também com a presença de alguns convidados que nos deram a honra da sua presença, nomeadamente, a Enf.ª Lurdes Almeida, representante da Sr.ª Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, os Drs. José Manuel Guillade e Igor Guillade, da Fundação Renal Portuguesa, a Dra. Helena Sá, na qualidade de Presidente da CNAD, entre outros, e teve lugar no Novotel, em Lisboa.
De acordo com as palavras do Presidente da Direcção Nacional, no seu discurso de abertura - "A APIR, enquanto Associação de doentes, tem a responsabilidade de promover o debate entre os profissionais de saúde em torno de um tema extremamente delicado para o doente em hemodiálise, como são os acessos vasculares.
A implantação oportuna de acessos vasculares, constitui um passo essencial de tratamento dos insuficientes renais crónicos e é factor determinante para a qualidade da diálise e, fundamental e consequentemente, para o bem-estar e qualidade de vida dos doentes, sendo que os acessos vasculares disfuncionais têm um impacto negativo ao nível da dose de diálise e da morbilidade".
Referiu ainda que: (…) "a construção e a reparação das fístulas artério-venosas não tem sido assegurada convenientemente e em tempo útil".
E que: "Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de enxertos de PTFE e onde a percentagem de doentes hemodialisados por FAV nativa é, consistentemente, inferior em cerca de 10% à média europeia".
Assim, a APIR aproveitou para lançar alguns desafios para o futuro:

1- A concretização do novo modelo organizativo dos acessos vasculares;

2- A criação de um registo Nacional de acessos vasculares;

3 - Aprovação e implementação de boas práticas ao nível da construção e manutenção de acessos vasculares que incluam, entre outros:

- A formação de cirurgiões especializados na construção de acessos vasculares em número suficiente que permita satisfazer as necessidades dos tempos futuros;
- Fomentar a construção de FAV's, sempre que cirurgicamente viável, em detrimento dos enxertos;
- A determinação de um período mínimo de maturação das FAV's.

Continua na página 10

ASSEMBLEIA GERAL APROVOU PLANO E ORÇAMENTO PARA 2010

Realizou-se no passado dia 29 de Novembro a Assembleia Geral Ordinária da APIR com a seguinte Ordem de Trabalhos:

1. Leitura, Discussão e Aprovação da Acta Anterior;
2. Plano de Actividades e Orçamento para 2010;
3. Nova rectificação do texto do n.º 9 do artigo 9.º da Proposta de Alteração dos Estatutos, conforme indicação da Segurança Social;
4. Eleição do 2.º Relator do Conselho Fiscal, por motivo de falecimento do, anteriormente, eleito;
5. Diversos.

Antes da leitura da Ordem de Trabalhos e por motivo de ausência do 1.º secretário da Mesa, foi nomeada a sócia Maria Alcina D'Ascenção, para secretariar a Mesa da Assembleia Geral.

Logo de seguida foi guardado um minuto de silêncio em memória do sócio João Grãos Duros, dirigente da nossa Delegação Regional de Setúbal.

Após aprovação da Ordem de Trabalhos, foi lida a Acta da sessão anterior a qual, tendo sido posta à votação pelo Presidente da Mesa, foi aprovada por unanimidade.

De seguida foram apresentados, respectivamente pelo Presidente e Tesoureiro da DN, o Plano de Actividades e o Orçamento para o próximo ano de 2010, que após discussão e alguns esclarecimentos, foram ambos, também, aprovados por unanimidade.

No que respeita ao ponto 3, foi igualmente aprovado por unanimidade, o novo texto do número 9 do artigo 9.ºda Proposta de Alteração dos Estatutos, de acordo com a nova correcção proposta pela Segurança Social.

Quanto ao ponto 4, foi proposto à Assembleia pela Delegação de Setúbal, o nome do sócio Evaristo Fialho Safara, para o lugar de 2.º Relator do Conselho Fiscal, lugar deixado vago pelo falecido Paulo Pacheco. Posta à votação, foi a referida proposta aprovada por unanimidade.

Foram depois prestadas informações sobre outras actividades da APIR, realizadas e a realizar e também sobre vários assuntos de interesse para os IRC,

PLANO DE ACTIVIDADES

1. APIR VAI CONTINUAR

Ao aprovar o Plano de Actividades para 2010, a Assembleia Geral da APIR reafirma que a nossa Associação, vai continuar a defender os direitos e interesses do IRC, acima de quaisquer outras questões.

A nossa Associação prosseguirá com a acção desenvolvida ao longo dos seus 31 anos de existência junto de todos os IRC.

Assim, a Direcção Nacional da APIR compromete-se a prosseguir o seu trabalho na defesa dos IRC e, também, a colaborar com todas as Entidades públicas ou privadas, ligadas à Doença Renal Crónica, com o objectivo de alcançar a melhor qualidade de tratamento e de vida para todos os IRC do nosso País.

Continuaremos também a trabalhar com as nossas Delegações Regionais e Núcleos Locais em acções de informação e sensibilização junto dos doentes e seus familiares para alcançarmos os nossos objectivos.

Nesse sentido, prosseguiremos as Reuniões da Direcção Nacional, Inter-Delegações e com todas as estruturas da APIR.

2. REFORÇAR AS NOSSAS ACTIVIDADES

Jornadas, Simpósios, visitas a Centros de Diálise e Unidades de Transplantação, sessões de informação, sensibilização e esclarecimento dos doentes dialisados e transplantados, das suas famílias, técnicos e entidades públicas e privadas ligadas ao sector do tratamento da Doença Renal Crónica, são actividades que iremos continuar a desenvolver.

A prevenção da Doença Renal Crónica será também um objectivo desta Direcção, participando em Feiras e Exposições sobre saúde, organizadas por Autarquias e, também, organizando campanhas de prevenção com a colaboração de outras entidades.

Continuaremos a editar a nossa Revista "Nefrâmea" brochuras, folhetos, cartazes e a manter actualizada a nossa página na Net, sendo esta o principal meio de levar informação a todos os IRC e demais interessados sobre a Doença Renal Crónica. Continuaremos a utilizar todos os meios associativos e administrativos, para informar os nossos sócios e os IRC em geral das nossas actividades, mobilizando-os para participarem nas

mesmas, procurando reforçar sempre o trabalho desenvolvido pela APIR.

3.SERVI□OS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

O apoio dos Serviços Administrativos nacionais, regionais e locais, a nível económico e financeiro, é fundamental para alcançarmos os objectivos por nós traçados. Assim, vamos continuar a pautar a nossa acção directiva, administrativa e financeira por rigorosos critérios e princípios de equidade, bom senso e profissionalismo nas decisões e gestão dos bens patrimoniais, técnicos e recursos humanos da APIR. A nossa actividade depende da eficácia e do acerto da interligação de todos estes factores, que não podem ser encarados isoladamente. A um bom planeamento deve corresponder sempre um equilíbrio orçamental e, acima de tudo, uma boa gestão, para que os resultados sejam visíveis e palpáveis. É por isso que nos devemos continuar a bater.

A Proposta do Orçamento que suporta este Plano de Actividades e a sua calendarização será, por isso, criteriosa e equilibrada, respeitando todas as Normas e Orientações aprovadas democraticamente pelos Órgãos Nacionais e Regionais da APIR.
Só é possível concretizarmos estes nossos objectivos se houver um empenho de todos os membros dos Órgãos da APIR. Nada se consegue sem trabalho e a APIR tem demonstrado ao longo dos seus 31 anos de vida que é possível.
A Direcção Nacional agradece, o apoio de Funcionários e Colaboradores, Delegações Regionais e Núcleos Locais, bem como a todos os colaboradores anónimos que, um pouco por todo o país, nos ajudam, dia a dia a dar continuidade ao nosso trabalho em prol dos IRC.

Muito obrigado.
Lisboa, Novembro de 2009

A Direcção Nacional

ORÇAMENTO

RELATÓRIO TÉCNICO

Ao elaborar a Proposta de Orçamento para o ano de 2010, a Direcção Nacional, teve mais uma vez em linha de conta a conjuntura económica e financeira internacionais, que tem vindo a afectar negativamente a economia do País, continuando, por isso, a ser imprevisível o apoio a atribuir por parte do Estado, à nossa Associação.
Neste contexto de incerteza face ao que se perspectiva para o próximo ano económico, foi preocupação desta Direcção planear com prudência e realismo as despesas e receitas constantes deste Orçamento, com vista a torná-lo exequível.
A Direcção Nacional da APIR ao apresentar à Assembleia Geral, nos termos dos Estatutos, a Proposta de Orçamento para o Exercício de 2010, tem em conta esta situação e procura pôr à disposição e consideração dos Associados as principais linhas de orientação económica e financeira para o próximo ano.
Assim, é necessário que, mais uma vez, todas as estruturas e órgãos dirigentes nacionais, regionais e locais, estabeleçam bem as suas prioridades e adoptem uma política criteriosa e equilibrada, de modo a permitir, com rigor, a execução deste Plano de Actividades, no ano que se aproxima.
Estamos certos que as verbas propostas merecerão a Vossa aprovação.

Lisboa, Novembro de 2009
A Direcção Nacional

O Presidente

O Tesoureiro

PARECER DO CONSELHO FISCAL

Nos termos da alínea b) do art. 39.º - Secção V - dos Estatutos, o Conselho Fiscal analisou o Plano de Actividades e as Contas de Exploração Previsional e Orçamento de Investimentos da APIR, para o ano económico de 2009, apresentados pela Direcção Nacional, e considera ambos os documentos elaborados de forma a prosseguir com os objectivos desta Associação.
Assim, o Conselho Fiscal recomenda à Assembleia Geral a aprovação do Plano de Actividades e das Contas de Exploração Previsional e Orçamento de Investimentos para o ano de 2009.

Lisboa, Novembro de 2009

O Presidente do Conselho Fiscal

(Joaquim Bento Amaral)

O Relator do Conselho Fiscal

(Rui Ferraz Medeiros)

Orçamento para o Ano de 2010

	Custos e Perdas	VALORES	
61	**CUSTOS DAS MERCADORIAS VENDIDAS E DAS MATÉRIAS CONSUMIDAS**		
	Mercadorias(Revistas e Brochuras,etc)	22 000	22 000
62	**FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS**		
	Electricidade, combustíveis, água e outros fluídos	3 175	
	Material de escritório	6 500	
	Seguros	3 100	
	Conservação e Reparação	4 650	
	Trabalhos Especializados	3 700	
	Outros fornecimentos e servicos externos	67 970	89 095
64	**CUSTOS COM O PESSOAL**		
	Remunerações certas	39 000	
	Remunerações adicionais	10 000	
	Encargos sobre remunerações	6 500	
	Subsídios de Alimentação / Falhas de Caixa	3 200	
	Outros custos com o pessoal	200	58 900
66	**AMORTIZAÇÕES**		4 950
67	**PROVISÕES**		0
63	**IMPOSTOS**		55
65	**BENEFÍCIOS PROCESSADOS E OUTROS CUSTOS OPERACIONAIS**		
	Outros custos operacionais	750	750
	(A)		175 750
68	**CUSTOS E PERDAS FINANCEIRAS**		325
	(C)		176 075
69	**CUSTOS E PERDAS EXTRAORDINÁRIOS**		
	Outros	75	75
	(E)		176 150
	RESULTADO L IQUIDO PREVISIONAL		0

Orçamento para o Ano de 2009

	Proveitos e Ganhos	VALORES	
71	**VENDAS**	0	0
72	**PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS**	0	0
75	**TRABALHOS PARA A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO**	0	0
73	**PROVEITOS SUPLEMENTARES**		
	Recuperação de Despesas Diversas	6 400	6 400
74	**COMPARTICIPAÇ. E SUBSÍDIOS À EXPLORAÇÃO**		
	DO SECTOR PÚBLICO ADMINISTRATIVO		
	INR - Sub.Prog. I	86 000	
	INR - Sub.Prog. I I		
	INR - Sub.Prog. I I I	0	
	IGIFS - Min. da Saúde	0	
	De outras entidades	0	86 000
76	**OUTROS PROVEITOS OPERACIONAIS**		
	Quotizações	31 000	
	Comparticipação em Informação	30 450	61 450
	(B)		153 850
78	**PROVEITOS E GANHOS FINANCEIROS**		1 300
	(D)		155 150
79	**PROVEITOS E GANHOS EXTRAORDINÁRIOS**		
	Donativos	21 000	21 000
	(F)		176 150

REUNIÃO DO CMIPD

Foi no passado dia 17 de Setembro que se realizou a reunião do CMIPD (Conselho Municipal para a Inclusão de Pessoas com Deficiência) na biblioteca da Câmara Municipal de Lisboa.

A reunião, entre outros assuntos, teve como objectivo alterar o regulamento referente aos grupos de trabalho. Em vez dos quatro grupos, anteriormente propostos, resolveu-se passar para três, que irão trabalhar sobre os seguintes temas: "Acessibilidade e Mobilidade"; "Educação, Formação e Emprego" e por último "Cultura, Desporto, Lazer e Associativismo." Os grupos de trabalho são constituídos por elementos das várias Associações que estão ligadas ao CMIPD, o que é uma mais-valia porque assim estas têm oportunidade de ajudar a criar projectos com vista a acabar com as barreiras arquitectónicas ou minimizá-las e ainda ajudar a criar novas oportunidades de integração da pessoa com deficiência. A novidade, que pode encontrar no site da CML, é o plano que foi apresentado e aprovado na passada reunião anterior. Consta, entre outros, que os técnicos antes de executar obras na cidade de Lisboa, devem ouvir as Associações de pessoas com deficiência no sentido de não se cometerem os mesmos erros do passado, como a falta de acessibilidades ou, ainda, quando existentes sem funcionalidade. São as pessoas portadoras de deficiência motora e visual que mais saem prejudicadas, daí, a importância das Associações serem consultadas, antes da execução de obras. Saiba mais em `http://acessibilidade.cm-lisboa.pt`

A Vereadora Ana Sara Brito, Presidente do CMIPD, despediu-se do seu cargo de autarca, função que desempenhou durante 33 anos. Manteve-se em funções, tal como o executivo que presidiu, até 11 de Outubro. No entanto mostrou-se disponível para continuar a colaborar com as Associações que assim o desejarem.

A despedida do executivo foi presenteada com a actuação de um grupo musical, constituído por elementos portadores de deficiência mental, que interpretaram algumas músicas de Jazz.

Paulo Ribeiro

Continuação da página 5

- A organização de uma estrutura de coordenação de vigilância e manutenção dos acessos vasculares, estreitando a relação entre cirurgiões e clínicas de hemodiálise.
- A utilização da engenharia de tecidos, na ajuda à preservação ou criação de novas veias ou reparação das veias existentes nos pacientes que perderam os vasos para construção do acesso vascular.
- A utilização de novos materiais, que não produza hiperplasia intimal, que possam ser desenvolvidos, melhorando a sobrevida do enxerto.

As palestras apresentadas no período da manhã pelos Dr. Vicente Perez Beñasco e Dr. Norton de Matos, suscitaram grande interesse entre todos os presentes que colocaram questões pertinentes no período de discussão.

Da parte da tarde foram apresentados trabalhos pelos Enf.ºs Rodolfo Crespo, Hélia Bernardes, Ana Cristina Cordeiro e Pedro Duarte, moderados pelo Enf.º Fernando Vilares, que também motivaram bastante participação no respectivo período de discussão.

Após o que tomou a palavra a Prof.ª Dr.ª Helena Sá que informou ter sido publicada a Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, que aprova as Tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) pela actividade de colocação, revisão ou remoção de dispositivo de acesso para diálise renal, apesar de continuar em discussão na CNAD (Comissão Nacional de Acompanhamento da Diálise), a implementação do novo modelo organizativo para os acessos vasculares.

Até lá estará em vigor a reedição do Despacho 7376/2000, que inclui algumas alterações suportadas pelo Despacho 22490/2009, nomeadamente com a atribuição da responsabilidade da construção ou reparação dos acessos ao hospital onde o doente efectua a diálise ou no caso do tratamento ser feito em Centro ou unidade extra-hospitalar, no hospital de referência com o qual este se articule e a monitorização da construção e acompanhamento dos acessos vasculares por parte da DGS no âmbito do Programa de Gestão Integrada da DRC.

A APIR agradece a todos os que colaboraram com a nossa Associação e que, de alguma forma, contribuíram para o êxito desta realização.

A Direcção

WORKSHOP CEAPIR
- MEDICINA, MITOS E MEDIA

Aproveitando a comemoração do Dia Mundial de Doação de Órgãos, que este ano teve lugar em Berlim, no dia 4 de Outubro, a CEAPIR organizou um *workshop* destinado a todas as associações de doentes renais dos vários países europeus, que teve lugar nos dias 3 e 4 de Outubro.

As actividades começaram com a apresentação do Dr. Charles Ferro (Departamento de nefrologia, Hospital Queen Elizabeth, Hospital Universitário de Birmingham) sobre o panorama internacional da doença renal crónica tendo alertado para o previsão do aumento exponencial da doença renal crónica, por arrasto de patologias que estão na génese de lesões renais: diabetes e hipertensão arterial. Charles Ferro alertou para a escassez de estudos randomizados acerca da doença renal quando comparados com os estudos relacionados com a doença cardíaca, apesar da relação que existe entre ambas. Esta disparidade de estudos, de acordo com Charles Ferro, condiciona a forma como cada uma das patologias é encarada a nível mundial. Na apresentação seguinte, igualmente conduzida pelo Dr. Charlie Ferro, foram introduzidas as orientações KDIGO, recentemente publicadas, e que lançam linhas guia para o diagnóstico, avaliação, prevenção e tratamento da desordem osteo-mineral do doente renal crónico numa abordagem alternativa, ou complementar, às orientações KDOQI. O Dr. Gerard Panting referiu a importância do Tratado de Lisboa que passará a incluir a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes. O Dr. Gerard Panting relatou alguns casos concretos em que os doentes apelaram, com sucesso, ao tribunal europeu. Brian Gunson, da Agência de comunicação britânica Munro & Forster, referiu o papel do *lobbying* na defesa dos interesses dos doentes renais. Em particular Gunson referiu o trabalho feito para a associação britânica de doentes renais na promoção das *National Kidney Frameworks* junto do parlamento britânico, que já tinha aprovado *Planos Nacionais* para outras doenças com impacto na saúde pública, como a doença cardiovascular e a diabetes, e que se tinha 'esquecido' da doença renal. Brian Gunson focou também o papel dos media na divulgação dos problemas associados a cada doença e no modo como as associações de doentes devem lidar com a comunicação social. A terminar o primeiro dia de apresentações, a audiência foi brindada com várias sessões 'simuladas' de 'julgamentos' tendo o Dr. Gerard Panting como juíz, a audiência como juri, o Dr. Charles Ferro como advogado de acusação e a Dra. Kirsten Matthiesen como advogada de defesa. Os diversos casos concretos, anónimos, relatavam vários diagnósticos e propostas de terapêutica.

O segundo dia do workshop começou com a apresentação de Brian Gunson e Ellen Sarewitz acerca da importância da figura de Relações Públicas na interface com os meios de comunicação social. Na apresentação foram dados alguns conselhos para a elaboração de *press releases*. No final desta apresentação a audiência foi dividida em grupos tendo Portugal ficado no grupo da Suiça e da Alemanha. Cada grupo tinha dois objectivos: identificar os principais constrangimenos ao nível da DRC, da HD, da DP e da TxR; elaborar um *press release* acerca de um dos temas focados no objectivo anterior.

O problema mais premente foi o focado pelo grupo da Eslovénia e da Hungria. Nestes dois países a lista de doentes admitidos para transplante renal é limitada sendo que, na Hungria, os doentes renais só são admitidos na lista após avaliação por um comité. O grupo de Portugal focou alguns problemas como o transporte de doentes, a construção e manutenção de acessos e o diagnóstico atempado da doença renal.

Na apresentação final, Mark Murphy, o tesoureiro da CEAPIR, elogiou a performance de Portugal ao nível da transplantação renal que, nos últimos 2 anos, escalou a lista europeia de transplantes renais realizados (dador cadáver) situando-se agora no 2.º lugar europeu, logo atrás dos crónicos campeões espanhóis. Mark Murphy reconheceu que, muito deste esforço senão todo, se deve à nova estrutura de coordenação ASST liderada pelo Prof. Dr. João Pena.

Paulo Zoio

XXII JORNADAS DO DOENTE RENAL – ESPANHA

Decorreram, nos passados dias 24 e 25 de Outubro, em Madrid, as XXII Jornadas do Doente Renal. A convite da organização do evento, a ALCER, a Associação espanhola de doentes renais, a APIR assistiu às apresentações do primeiro dia das jornadas. A primeira apresentação ficou a cargo do Dr. Rafael Matesanz (Coordenador espanhol de transplantes, ONT) com o tema "Transplante de dador vivo cruzado". Em Espanha, o primeiro transplante, recorrendo à técnica do dador vivo cruzado, teve lugar no passado mês de Julho, no Hospital Clínico de Barcelona e no Hospital Virgen de Las Nieves de Granada. De acordo com o Dr. Rafael Matesanz esta técnica deverá ser considerada como alternativa para o transplante de doentes renais jovens visto que os rins cadáver provêm, cada vez mais, de dadores envelhecidos, com a média de idades dos dadores cadáver em 2008 a situar-se nos 54,2 anos. No ano passado, em Espanha, cerca de 65% dos rins transplantados provieram de dadores falecidos em resultado de acidentes vasculares cerebrais contra 8% de rins provenientes de acidentes. Em 1982, 43% dos órgãos provinham de dadores falecidos em resultado de acidentes. O objectivo da coordenação espanhola de transplantes é duplicar a taxa de transplantes renais com dador vivo que, actualmente, se situa nos 7%. A Catalunha é a região espanhola que mais transplantes efectua com dadores vivos sendo que, boa parte das nefrectomias, são realizadas através de cirurgia laparoscópica. A apresentação seguinte foi conduzida pelo Dr. Federic Oppenheimer (nefrologista do Hospital de Barcelona) que desmistificou o risco da doação de rins em vida. O Dr José Luís Pastor (rede de investgação DEcIDE) fechou este primeiro ciclo de apresentações com a divulgação dos resultados de um estudo efectuado aos doentes renais acerca do processo de informação nas várias fases da doença. Do universo de 50 000 doentes renais, o estudo seleccionou uma amostra de 200 doentes que foram então entrevistados. O estudo foi dividido em 4 blocos: detecção da doença renal; comunicação da necessidade de terapia de substituição da função renal; selecção do tratamento; experiência com o tratamento. De uma forma global, nos 3 primeiros blocos, o médico nefrologista surge como a principal fonte de informação do doente renal. A hemodiálise é a técnica mais conhecida e é também sobre a hemodiálise que o doente em prédiálise mais informação recebe.

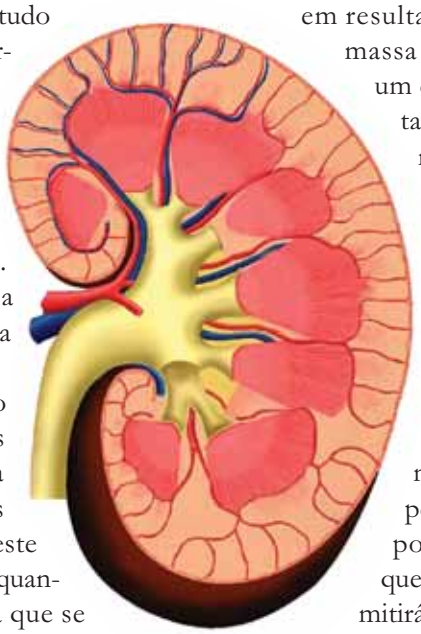
No final do primeiro dia de jornadas foi apresentado o livro "La alimentación en la enfermedad renal" com receitas especialmente preparadas, para os doentes renais, por uma equipa de enfermeiros e nutricionistas e com a participação especial de um cozinheiro de um programa da televisão espanhola. As várias receitas contidas no livro têm vindo a ser ensinadas a vários grupos de jovens doentes renais através de workshops que têm sido organizados nas várias comunidades regionais espanholas.

Paulo Zoio

POR QUE É QUE QUANDO SE PERDE UM RIM O OUTRO CRESCE?

Investigadores da Rede Espanhola de Investigação Renal (REDinREN) descobrem a função de uma proteína chamada TWEAK.

A revista científica "Journal of Cellular and Molecular Medicine" (JCMM) publicou recentemente o resultado de uma investigação sobre como se regula a divisão celular no rim. O estudo foi realizado pela equipa do Dr. Alberto Ortiz, investigador da REDinREN pertencente ao Instituto de Saúde Carlos III do Ministério da Ciência e Inovação e do consórcio CIFRA, da agência Lain Entralgo da comunidade de Madrid. O Dr. Alberto Ortiz é ainda professor da Fundacion Jiménez Diaz-Capio da Universidad Autónoma de Madrid.



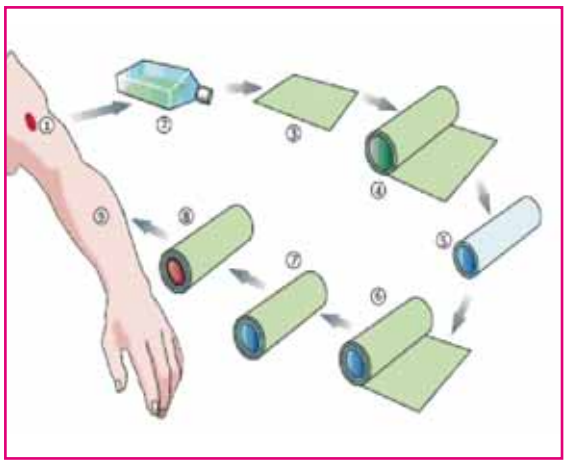
O trabalho demonstrou que quando se remove um rim (nefrectomia), as células do outro rim produzem, na sua superfície, grandes quantidades de um receptor chamado Fn14. É este receptor o responsável pela divisão quando é estimulado por uma proteína que se encontra fora da célula e que se denomina por TWEAK. Para compensar a perda de um rim, proteínas TWEAK do outro rim estimulam a divisão celular, aumentando deste modo a massa renal, permitindo compensar parcialmente a função renal do rim perdido. Durante a investigação verificou-se que, em ratinhos, a ausência da proteína TWEAK inibia a multiplicação celular no rim e, por outro lado, o tratamento com a proteína estimulava a sua divisão.

Os rins possuem uma capacidade limitada para crescer quando se perde parte da massa renal como resultado, por exemplo, de um acidente ou em resultado da identificação de uma massa tumoral. Perante a perda de um dos rins, o outro aumenta de tamanho, crê-se, num mecanismo de compensação. Este fenómeno também é necessário no caso da recuperação de uma insuficiência renal aguda. A súbita perda de função renal ocorre em 1% dos doentes internados e tem uma mortalidade de 50% e, todavia, não se conhecem tratamentos que acelerem a recuperação da função renal. A disponibilidade de tratamentos, a que este estudo abre portas, permitirá diminuir a mortalidade associada à insuficiência renal aguda. Para além disso, estudos como o da REDinREN poderão ter aplicação na regeneração do rim após lesões que causem perda da massa renal funcionante e consequente insuficiência renal.

Artigo traduzido da Revista ALCER número 150

ENGENHARIA DE TECIDOS AO SERVIÇO DA CIRURGIA VASCULAR

Os cientistas têm procurado largamente e exaustivamente materias que mimetizem a eficácia das veias. Utilizando células nativas e uma técnica de engenharia de tecidos os autores Nicolas L'Heurex, Todd McAllister (Cytograft Tissue Engineering, de São Francisco) procuraram provar, através de um estudo que envolveu 10 doentes em hemodiálise, que é possível produzir vasos sanguíneos com propriedades mecânicas e fisiológicas sem a utilização de materiais exógenos. As células de cultura utilizadas na produção destes vasos são obtidas a partir de uma biópsia de uma amostra de pele e de uma amostra de veia superficial. O estudo envolveu 10 doentes em hemodiálise,



Fonte da imagem: www.cytograph.com

1 - Colheita de células do doente

2,3 - Cultura de células e formação do tecido suporte

4,5 6,7- Bioreactor

8-Endotelização do 'vaso'

9-Implantação do 'vaso'

cujos acessos vasculares estariam em falência. Adicionalmente, possuiam factores de risco típicos em doentes renais crónicos nomeadamente a existência de histórico de falências dos acessos vasculares, diabetes e hipertensão controlada. Os doentes estudados teriam idades compreendidas entre os 29 e 89 anos. Os vasos sanguíneos dos doentes foram avaliados através de imagiografia Doppler e angiografia.
O objectivo principal do estudo era o de demonstrar que um vaso sanguíneo, construído *in vitro* com recurso a técnicas de engenharia de tecidos, conseguiria suportar os desafios da pressão arterial necessária numa fístula arterio-venosa por um período mínimo de 3 meses. Após implantação no doente, e após período de observação, as próteses, formadas por estas veias *in vitro*, foram puncionadas para acesso ao tratamento hemodialítico. Dos 10 doentes do estudo, 6 possuiam prótese funcionante após 13 meses de acompanhamento. Num destes doentes foi identificado no 11,5 mês um aneurisma, próximo de uma área muito puncionada. Uma pequena parte da parede do vaso foi removida e o vaso sanguíneo 'fabricado' permaneceu funcionante até ao doente ser submetido a transplante renal. A prótese, com 14cm, foi puncionada mais de 200 vezes, nos primeiros 7 meses de implantação. Outro dos doentes faleceu ao 39.º dia devido a causas não relacionadas com a prótese. Outro doente teve um episódio trombogénico atribuido a um reduzido fluxo pós-operatório (<500ml/min). As ultrasonografias de acompanhamento efectuadas ao 5.º mês após implantação, demonstraram a formação de uma componente elástica no vaso implantado.
A técnica de produção de tecidos com resistência mecânica, a partir exclusivamente de células do próprio doente, apresentada neste artigo da revista *The Lancet*, abre portas à construção de outro tipo de estruturas que suportem a 'construção' de estruturas tridimensionais complexas que irão restaurar a função de tecidos e órgãos doentes.

Artigo traduzido parcialmente de The Lancet 25 de Abril de 2009; 373: 1440–46

Segurança e eficácia no lock dos catéteres.

TauroLock™

TauroPharm

TauroLock™
TauroLock™ Hep100
TauroLock™ Hep500
TauroLock™ U25.000

Para mais informações favor contactar:

FátimaSiqueira
Equipamentos e Produtos Médico Hospitalares

Tel/fax: 220319751
Tm: 918409133
E-mail: fatima.siqueira@iol.pt

NUTRenal Info

SABIA QUE... ESTE ESPAÇO DEDICA-SE A SI?

Na Doença Renal Crónica (DRC) o rim não filtra eficazmente as substâncias – produtos da utilização das proteínas: ureia, creatinina, ácido úrico; sais minerais como por exemplo o potássio – que necessitam de ser eliminadas do nosso organismo.

A acumulação destas substâncias tem um carácter tóxico, pelo que é fundamental ajustar e adequar a dieta ao estadio de desenvolvimento da DRC.

Estadio I e II – As necessidades nutricionais específicas são: a normalização da ingestão de proteínas, ou seja, fornecer na dieta as proteínas recomendadas para o indivíduo saudável (0,8a1gP/Kg/dia) e a restrição moderada de sódio (1000 mg/dia de Sódio) mantendo as recomendações em Energia e nos outros nutrientes.

Estadio III a V – Nestes estadios da doença renal é imprescindível adaptar a restrição proteica e de minerais (Sódio e Potássio) às análises bioquímicas de cada um. A restrição proteica é muito importante mas não deve ser inferior aos 0,6gP/kg/dia. As necessidades energéticas são difíceis de atingir pois o aumento gradual da falta de apetite não permite uma adequada ingestão de alimentos – muitos destes doentes necessitam de suplementação energética e de orientação dietética.

No estadio V da DRC inicia-se o tratamento dialitíco, e com este as necessidades nutricionais alteram-se, pelo que o acompanhamento dietético nesta fase é obrigatório.

No próximo número daremos inicio ao tema "Alimentos".

Dr.ª Isabel A. Castro – Dietista Clínica no HSC
Dr.ª Rita Calha – Dietista Clínica no HSC

CORREIO

Qual a diferença, ou a melhor opção, em termos alimentares, entre o pão de mistura, tostas ou bolachas de água e sal? (sócio n.º 1148 – E)

Alimentos / Nutrientes	Pão M.	Carcaça	Tostas	Bolachas
Glícidos	53,8g	59,9g	72,7g	61g
Gordura Saturada	0,3g	0g	0,9g	7,6g
Sódio	403mg	430mg	430mg	548mg
Potássio	4mEq	5mEq	4mEq	7,5mEq
Fósforo	133mg	101mg	180mg	145mg

* por 100g de alimento. Nota: 1 pão m. = 60g; 1 carcaça = 45g; 1tostas/Bolacha = 6g

A melhor opção é variar e ter atenção à quantidade ingerida de cada alimento por dia.

VARIEDADES

Ervas e Dicas
Só uma pitada... de sal

NOME	PARTE DA PLANTA	UTILIZAÇÃO MAIS COMUM
Aipo	Caule e folha (fresco)	Sopas, caldos, estufados guisados e cozidos de carne
Alho	Bolbo	Muito vasto: Desde sopas de legumes até em cru e em molhos frios
Alecrim	Caule e folha (seco)	Marinadas, especialmente para caça, coelho manso, carne de porco, grelhados ao ar livre. Para aromatizar água de cozer massa ou arroz
Cebolinho	Folha	Saladas, pratos de ovos e queijo
Coentros	Folha, caule, sementes	Saladas, sopas, arroz, ervilhas, favas
Estragão	Folha e raminhos	Saladas, aves, molhos, conservas
Mangericão	Folha	Carnes, peixes, sopas e cozinhados com tomate
Salva	Folha e raminhos	Assados, estufados de porco, vitela e legumes, molho de tomate
Segurelha	Folha e raminhos	Pratos de feijão verde, ervilhas, favas, sopas de peixe
Funcho bravo	Caule, folha e sementes	Peixes (especialmente grelhados e nos caldos para cozer peixe)

Para manter esta página viva precisamos das suas questões/ sugestões.

DAS

DELEGAÇÕES REGIONAIS APIR

APIR AVEIRO

Presidente: JOSÉ MANUEL ROCHA
Sede Social: Rua Drº. Alberto Souto, nº 7
Loja "23X"
3800-149 AVEIRO
TEL: 961 900 719

APIR LISBOA

NÚCLEO LISBOA
Coordenação: PAULO JORGE GONÇALVES RIBEIRO
SEDE NACIONAL
TEL: 218 371 654 • FAX: 218 370 826
1950-224 LISBOA
email: apir@mail.telepac.pt

APIR ALGARVE

NÚCLEO FARO
Presidente: MANUEL E. DIAS CORREIA
Rua Gil Eanes, nº 9 - 2º M
8700-474 OLHÃO
TEL: 289 705 576

APIR COIMBRA

Presidente: JOAQUIM BENTO DO AMARAL
Sede Social: Rua de Montarroio, 53 - R/c
3000-287 COIMBRA
TEL: 239 828 277 • FAX: 239 841 768
email:apir-coimbra@apir-coimbra.org.pt

APIR SETÚBAL

Presidente: JOÃO AUGUSTO CUNHA CABETE
Sede Social: Av. 5 Outubro, Edifício Bocage,
148-4ºL 2900-309 SETÚBAL
TEL./FAX: 265 525 527
email:apir.delsetubal@sapo.pt

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO

PLANO DE ACTIVIDADES PARA 2010

No ano de 2010 a Delegação Regional de Coimbra continuará a defender os direitos de todos os IRC da nossa região e a apoiar a Direcção Nacional na defesa dos doentes a nível nacional.

A nossa Delegação continuará o seu trabalho de visitas, acções de informação e sensibilização junto dos doentes, seus familiares e amigos, bem como dos profissionais de saúde ligados às Unidades de Diálise e de Transplantação adstritas à nossa zona de influência.

Esperamos conseguir angariar mais sócios nos nossos contactos com os doentes e recuperar alguns que, entretanto, desistiram.

Pretendemos continuar a participar nas Feiras de Saúde que se irão realizar na nossa região e assim darmo-nos a conhecer a um maior número de pessoas. Estas feiras continuarão a ser um bom meio de informar sobre a importância da prevenção da Doença Renal.

Continuaremos a escrever artigos sobre as actividades regionais de modo a que a Nefrâmea contenha sempre, informação sobre a nossa região.

Organizaremos as comemorações do Dia Mundial do Rim em Coimbra e tentaremos divulgá-lo numa grande parte da Região Centro.

Gostaríamos de organizar uma iniciativa a nível nacional, em Coimbra, ou arredores, em colaboração com a Direcção Nacional.

Organizaremos um passeio/convívio como é habitual fazermos, de dois em dois anos.

Pretendemos realizar almoços de comemoração do aniversário da Delegação e a nossa Festa o da Natal.

A nível administrativo pretendemos actualizar definitivamente o ficheiro de sócios, continuar a elaborar e a enviar a folha de caixa no prazo estipulado. Esperamos também que seja este ano que a Direcção Nacional reformule as folhas de caixa das Delegações de modo a simplificar a contabilidade mensal.

A reunião da Delegação continuará a ser realizada, mensalmente, no primeiro Sábado de cada mês.

Coimbra, 07 de Novembro de 2009.
A Delegação de Coimbra

ORÇAMENTO - 2010

	Receitas			Despesas	
	Rubricas	Valor		Rubricas	Valor
1	COTIZAÇAO	2.600,00	1	COMUNICAÇÕES (CTT, etc)	640,00
2	COTIZAÇÃO / Mangualde	0,00	2	COMUNICAÇÕES (TELEFONE)	1.000,00
3	JÓIAS DE NOVOS INSCRITOS	60,00	3	ELECTRICIDADE (CENEL) e ÁGUA	372,00
4	DOTAÇÃO DA DIRECÇÃO	7.555,00	4	EQUIPAMENTOS E MATERIAL ESCRIT	705,00
5	DOTAÇÃO p/ apoio Mangualde	0,00	5	DESLOCAÇÕES	2.300,00
6	PATROCÍNIOS	0,00	6	FUNCIONAMENTO E REPRESENTAÇÃO	325,00
7	VENDAS ARTIGOS ASSOCIAÇÃO	50,00	7	INICIATIVAS	3.280,00
8	DONATIVOS	1.170,00	8	HIGIENE LIMPEZA E CONFORTO	300,00
9	DIVERSOS	234,00	9	SERVIÇOS PRESTADOS	3.480,00
10	INICIATIVAS	1.133,00	10	DIVERSOS	200,00
			11	CONDOMÍNIO	120,00
			12	SEGUROS	80,00
	TOTAL	12.802,00		TOTAL	12.802,00

XXXI ANIVERSÁRIO DA APIR

Aspecto da Sala

A Delegação Regional de Coimbra, em colaboração com a Direcção Nacional, realizou no passado dia 18 de Outubro as comemorações do XXXI Aniversário da APIR, contando, para o efeito, com a preciosa colaboração da nossa Colega e Membro da Delegação, Ana Isabel, que escolheu o local, Quinta da Boiça em Canas de Senhorim.

Na parte da manhã os participantes da Delegação de Coimbra efectuaram uma visita ao Museu de Carregal do Sal, que abriu as portas pelas 10 horas, especialmente, para o nosso grupo. Durante toda a visita fomos acompanhados sendo-nos contada toda a história deste Museu, bem como da obtenção de todo o espólio que têm exposto nas várias salas.

Segundo nos informaram, não teriam sido muito pacificas as correntes de opinião sobre as origens do nome de Carregal do Sal. O certo porém, é que o nome figurou apenas como Carregal até aos finais do século XIX.

O topónimo "Carregal" teria assim, segundo os estudiosos, derivado de "Cárrega", planta ciperácia, espécie de gramínea, abundante na região e, portanto, «Carregal», lugar onde havia «Cárrega», a que se juntaria o «Sal», este devido ao cloreto de sódio, armazenado nos grandes depósitos, em local ainda hoje designado por salinas. O sal, cujo comércio segundo documentos de 1758, era transportado em barcos da Figueira da Foz até à Foz – Dão (porto fluvial e povoação hoje desaparecida com a construção da Barragem da Aguieira) e daqui seguia em carros de bois, até ao Carregal.

Depois desta visita, seguimos então para o local onde iria decorrer o almoço e ao encontro dos colegas vindos de Setúbal, Lisboa e Entroncamento, num total de 216 pessoas entre Insuficientes Renais, Colaboradores familiares e amigos.

Foi um dia bem passado, de são convívio entre todos, a par de um excelente serviço prestado pelos proprietários e funcionários da Quinta da Boiça. A prova disso foi a opinião dos participantes, sugerindo mesmo que para o ano poderá escolher-se o mesmo local.

Visita ao Museu

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO

PLANO DE ACTIVIDADES PARA 2010

A Delegação Regional de Setúbal da APIR terá, durante o próximo ano de 2010, uma tarefa acrescida para defender os interesses de todos os IRC do nosso Distrito, incluindo os IRC de Évora, Beja e Portalegre isto é, cobrindo toda a zona da região do Distrito de Setúbal, bem como todo o Alentejo em Geral, devido ao conflito existente com a Fresenius, uma vez que, 9 das 13 clínicas de diálise da nossa área de intervenção são propriedade da multinacional acima mencionada. No entanto, contando com a boa vontade de todos, esperamos conseguir ultrapassar mais este obstáculo, na defesa de todos os IRC.

Em Portalegre, onde esperamos venha a ser uma realidade a abertura do novo centro de diálise da Fundação Renal Portuguesa, iremos empenhar-nos para prestar apoio a todos os IRC daquela zona que precisem da nossa ajuda.

Iremos avançar este ano com a nossa presença mais efectiva nas consultas de pré-diálise e diálise peritoneal nos hospitais de referência destas consultas, (Hospital de S. Bernardo em Setúbal, Hospital Garcia de Orta em Almada e Hospital do Espírito Santo em Évora), uma vez que devido ao problema acima mencionado não o poderemos fazer nas clínicas, tentando assim colmatar esta lacuna que existe há vários anos, que é o contacto com os nossos colegas da diálise peritoneal.

Temos como objectivo durante o ano de 2010, realizar a nível Regional, uma acção de sensibilização para doentes em pré-diálise, ainda sem data definida.

Iremos continuar no próximo ano a representar a APIR, para que esta seja cada vez mais, reconhecida como defensora dos interesses legítimos de todos os insuficientes renais.

O Grupo Concelhio para as Deficiências, do qual fazemos parte como fundadores, e onde temos reuniões regulares mensais, é um bom exemplo disso. Iremos manter um contacto regular com algumas Autarquias, como as Câmaras de Palmela e Setúbal e com a maioria das Juntas de Freguesias do Concelho de Setúbal para que a APIR continue a ser reconhecida como defensora dos interesses da comunidade em geral.

Continuaremos com as nossas acções de sensibilização, divulgação, e prevenção, quer distribuindo a nossa literatura, quer com a nossa presença na Feira de Santiago, e participando em eventos relacionados com o dia Mundial do Rim e outros, cuja presença o justifique.

Faremos um trabalho reforçado com a participação de toda a Direcção da Delegação Regional, no sentido de uma maior mobilização, com vista a colaborar com a Direcção Nacional nos seus eventos, assim como com as outras Delegações e Núcleos.

Continuaremos a distribuir os brinquedos como nos anos anteriores e se possível a levar os nossos associados e sua família ao circo, em Lisboa, visto que a proximidade assim o justifica.

Festejaremos o nosso aniversário, e esperamos efectuar um passeio convívio com os nossos Associados e seus familiares.

Apesar da crise no meio associativo e da falta de saúde, iremos todos juntos, fazer um esforço redobrado, para alcançarmos este nosso objectivo para bem da comunidade IRC da nossa Região.

Delegação Regional de Setúbal
A Direcção

ORÇAMENTO - 2010

RECEITAS			DESPESAS		
N.º	Descrição	Importância	N.º	Descrição	Importância
1	QUOTAS SÓCIOS	3 750,00 €	1	CONDOMINIO	210,00 €
2	DOTAÇÃO DIRECÇÃO NACIONAL	5 260,00 €	2	COMUNICAÇÕES	820,00 €
3	PATROCÍNIOS/DONATIVOS	2 000,00 €	3	DIVERSOS	600,00 €
			4	INICIATIVAS	1 520,00 €
			5	DESLOCAÇÕES	1 060,00 €
			6	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	900,00 €
			7	SERVIÇOS PRESTADOS	3 500,00 €
			8	DESPESAS REPRESENTAÇÃO	900,00 €
			9	CARRINHA	1 500,00 €
			Na parcela n.º 1 estão incluidas as despesas de Condominio		
			Na parcela n.º 2 estão incluidas as despesas da PT, CTT e TMN		
			Na parcela 4 está incluida a Feira de Santiago, a Festa de Aniversário da Delegação, Núcleo de Évora, Beja e Portalegre,passeio convivio com associados e seus familiares,reunião anual com colaboradores e possível colóquio (ainda sem conteudo defenido), e prendas de natal para crianças.		
			Na Parcela n.º 9 está incluido o Seguro, Inspecção e Manutenção		
	TOTAL DAS RECEITAS	11 010,00 €		TOTAL DAS DESPESAS	11 010,00 €

Proposta de Orçamento previsional para 2010

Total das Receitas	Total das Despesas
11 010,00 €	11 010,00 €

PERDEMOS MAIS UM GRANDE AMIGO E DIRIGENTE

Faleceu na passada sexta-feira dia 13 de Novembro, o nosso colega de Direcção João Grãos Duros.
Tinha 64 anos de idade, e começou a fazer hemodiálise a 29 de Outubro de 1999, era sócio da APIR desde 25-01-2000.
O seu grande sonho, algum tempo após começar a fazer Hemodiálise e já o fazia há bastantes anos, era o transplante renal, que acabou por suceder quando, penso, ele próprio já não o esperaria. Mas a vida tem o seu curso a que todos não podemos fugir.
Devido aos vários anos a efectuar o seu tratamento, o seu coração foi ficando debilitado, tendo necessidade, após o transplante, que ocorreu no Hospital de Santa Maria, de efectuar uma melindrosa operação ao coração. Esta não correu tão bem como seria de esperar, tendo tido várias recaídas pelo que acabou por regressar a casa, mas durante algum tempo necessitou de realizar tratamentos de fisioterapia para recuperar a parte física que tinha ficado debilitada ao longo do tempo em que esteve internado.
E, quando se encontrava a recuperar de todo este seu calvário, eis que um problema respiratório não deixou que todo o sacrifício por que havia passado fosse coroado de êxito, acabando por falecer.
Fazia parte, desde Fevereiro de 2003, dos Órgãos Regionais de Setúbal da nossa Associação.

Quem com ele privou quer na diálise quer na nossa Delegação, durante todos estes anos, sabe que era amigo do seu amigo, que estava sempre disposto a ajudar no que fosse preciso.

Não gostaria de terminar esta minha singela homenagem sem uma palavra de apoio a toda a sua família, nomeadamente à sua esposa, aos filhos e ao seu neto, que era para o João o seu grande tesouro. Perdemos um grande homem, um grande amigo e um bom dirigente associativo.

Para o amigo João, o nosso muito obrigado, que a sua alma descanse em paz.

João Cabete

Delegação Regional de Setúbal
Direcção Nacional da APIR

ACTIVIDADES DO NÚCLEO

VISITA AO CENTRO DE HEMODIÁLISE DO LUMIAR

Elementos do Núcleo de Lisboa visitaram, no passado dia 9, 10 e 16 de Outubro o Centro de Hemodiálise do Lumiar, onde foram amavelmente recebidos pelo director clínico, Prof. Dr. José Barbas, e pelo chefe de enfermagem, Enf. Gabriel Alpalhão.

A Clínica, com mais de 20 anos, localizada numa zona nobre da cidade de Lisboa, desenvolve-se em 3 pisos. Na cave está instalada a zona técnica de tratamento de águas, o armazém, os vestiários do pessoal a copa e a lavandaria. No piso térreo está instalada a recepção e a sala de espera, os vestiários dos doentes, os WC de visitantes e doentes e uma sala de hemodiálise com 29 postos, um dos quais de reserva. No piso 1 está localizada a segunda sala de hemodiálise, com capacidade para 11 postos, e respectiva sala de espera, os 5 gabinetes médicos, o gabinete de enfermagem e os serviços administrativos de apoio.

A Clínica sofreu, numa 1.ª fase, obras de remodelação ao nível das salas de hemodiálise e dos espaços comuns.

Número de doentes	188
Média de idades dos doentes hemodialisados	62,1
Doentes diabéticos [%]	16
Número de postos disponíveis (alto fluxo)	39+1
Fístulas arterio venosas [%]	66
Catéteres [%]	7
Enxertos PTFE [%]	27

A equipa de profissionais de saúde de CHL é constituída por 9 médicos, dos quais 4 são nefrologistas, 38 enfermeiros, uma dietista e uma assistente social. No ano 2008 o CHL efectuou 671 consultas de nefrologia. De acordo com a informação constante do relatório de actividade de 2008, gentilmente cedida pelo Prof. Dr. José Barbas, a taxa de mortalidade do CHL no ano passado foi de 13,48% e a taxa de morbilidade, no mesmo período, foi de 8,74 dias de internamento/

doente/ano. A principal causa de internamento dos doentes hemodialisados no CHL são os acessos vasculares, com 18,52% do número total de internamentos. À semelhança do que se passa noutras clínicas, também no CHL são relatados alguns casos de incomodidade relacionados com o transporte de doentes. O CHL é servido por ambulâncias de empresas de transporte privado e pelos bombeiros.

Esta clínica, pertencente ao grupo Diaverum, está certificada pelo referencial ISO9001 (gestão pela qualidade). A direcção da clínica implementou um sistema de feed-back que pretende dar resposta às questões colocadas pelos clientes da unidade, que são os hemodialisados. Regularmente são distribuídas aos doentes circulares internas e instruções acerca de temas propostos. O Prof. Dr. José Barbas prevê compilar as fichas geradas num manual que será distribuído aos doentes aquando da sua entrada em diálise.

O Prof. Dr. José Barbas e o Enf. Gabriel apresentaram o programa de formação de enfermeiros de hemodiálise, em vigor no grupo Diaverum, denominado de "Competence in Pratice" acreditado pela EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Case Association). À data da visita dos elementos do Núcleo, o CHL possuía 8 enfermeiros no programa de formação CIP.

Aos doentes contactados, alguns deles com pouco tempo de diálise e a maioria idosos, foram distribuídas as brochuras da APIR.

A APIR agradece toda a disponibilidade e informações prestadas.

Paulo Zoio

ACTIVIDADES DA DELEGAÇÃO

CALENDÁRIO DE ACTIVIDADES PARA 2010

JANEIRO
09 - Reunião da Delegação.

FEVEREIRO
13 - Reunião da Delegação;
- Visitas a Centros de Diálise e cobrança de quotas.

MAR□O
13 - Reunião da Delegação;
- Continuação de Visitas a Centros de Diálise;
- Participação na InterRegional;
- Participação na Assembleia Geral.

ABRIL
10 - Reunião da Delegação;
- Participação no Aniversário da Delegação Regional de Coimbra.

MAIO
08 - Reunião da Delegação;
- Participação em iniciativa da Direcção Nacional.

JUNHO
10 - Reunião da Delegação

JULHO
10 - Reunião da Delegação

AGOSTO
Férias

SETEMBRO
11 - Reunião da Delegação;
- Visita a Centros de Diálise.

OUTUBRO
09 - Reunião da Delegação;
- Elaboração do Orçamento e do Plano de Actividades para 2011;
- Participação no Aniversário da APIR.

NOVEMBRO
13 - Reunião da Delegação;
- Participação na Assembleia Geral

DEZEMBRO
11 - Reunião da Delegação;
- Participação na Festa de Natal da Delegação de Coimbra
- Eleições

ORÇAMENTO - 2010

	Receitas			Despesas	
	Rubricas	Valor		Rubricas	Valor
1	QUOTIZAÇÕES	1.400,00	1	CTT - Selos, Transportes	60,00 □
2	JOIAS DE INSCRIÇÃO	40,00 □	2	COMUNICAÇÕES (TELEFONE)	180,00 □
3	DOTAÇÃO DA DIRECÇÃO NACIONAL	2.950,00 □	3	MATERIAL DE ESCRITÓRIO	200,00 □
4	DONATIVOS	0,00 □	4	EDP - ELECTRICIDADE	100,00 □
5			5	REPRESENTAÇÃO	400,00 □
6			6	DESLOCAÇÕES	800,00 □
7			7	INICIATIVAS	750,00 □
8			8	DIVERSOS	100,00 □
9			9	RENDA DA DELEGAÇÃO	1.800,00 □
10	TOTAL	4.390,00 □	10	TOTAL	4.390,00 □

ACESSOS VASCULARES

TAXA DE RECIRCULAÇÃO - IMPLICAÇÃO PRÁTICA DA SUA AVALIAÇÃO

Autor: Arminda Tavares
Co-Autores: Paula Vareda ; Romeu Outeiro
Enfermeiros no Serviço de Diálise do Centro Hospitalar de Coimbra – EPE

0 – INTRODUÇÃO

A avaliação/monitorização constante do acesso vascular do Insuficiente Renal em hemodiálise assume considerável importância na prevenção e detecção de problemas tais como tromboses, estenoses, débito insuficiente, com o objectivo de os solucionar mais precocemente diminuindo assim as taxas de internamento por problemas de acesso. Na monitorização dos acessos vasculares são recomendados vários métodos, entre os quais a taxa de recirculação do acesso que, quando elevada, pode diminuir a eficácia de diálise. A recirculação do acesso ocorre quando o sangue dialisado entra novamente no circuito extracorpóreo em vez de entrar na circulação sistémica. O acesso vascular no insuficiente renal deve ser um acesso funcional e deve permitir débitos de sangue suficientes para o circuito de hemodiálise. Um acesso disfuncional diminui a adequação da diálise, aumentando a morbilidade e mortalidade do doente.
Existem vários métodos de avaliação da taxa de recirculação, entre os quais o módulo do BTM (blood temperature monitor) dos monitores FRESENIUS 4008H, que consiste em medir a temperatura sanguínea do circuito extracorpóreo, monitorizando o acesso através da medida de recirculação pela técnica de termodiluíção. Com base nas recomendações internacionais que preconizam uma vigilância e monitorização constante do acesso vascular, orientámos o nosso estudo para atingir os seguintes objectivos:

- Monitorizar o tipo de acesso vascular através do cálculo da taxa de recirculação;
- Avaliar a importância das velocidades de bomba efectivas na taxa de recirculação;
- Implementar a monitorização e avaliação do acesso vascular nos doentes em ambulatório na unidade de diálise do Centro Hospitalar de Coimbra-EPE;

1 –ACESSOS VASCULARES PARA HEMODIÁLISE

Com a criação de dialisadores, surgiu o interesse em desenvolver acessos venosos que permitissem fluxos sanguíneos para uma eficiente hemodiálise. Em 1960 Quinton apresentou um shunt artério-venoso durável e eficaz que revolucionou o tratamento dos insuficientes renais crónicos. Cimino-Brescia em 1966 desenvolveu a fístula artério-venosa.
Actualmente os acessos venosos usados para a realização de hemodiálise são a Fistula artério-venosa, a prótese artério-venosa e os Cateteres venosos centrais.
O sucesso da hemodiálise depende muito de um adequado fluxo de sangue através do dialisador. Sem um acesso vascular funcional a morbilidade e mortalidade dos doentes aumenta.

1.1 – Fistula artério-venosa

É o acesso vascular permanente mais seguro e mais duradouro para a diálise, devido a barreira que impede as bactérias de entrar na circulação sanguínea, a pele. É o acesso mais recomendado para o tratamento dialítico. Envolve uma ligação directa entre uma artéria e uma veia do doente, para que a veia fique com um fluxo sanguíneo muito aumentado, sujeita portanto a uma maior pressão que leva à sua dilatação e espessamento (arterialização da veia). Como complicações das fístulas arterio-venosas temos:

- Infecção
- Trombose
- Isquémia – síndrome de "roubo vascular"
- Aneurisma
- Hemorragia
- Hipertensão venosa
- Fluxo sanguíneo inadequado

Para prevenir complicações os enfermeiros de diálise devem ser correctamente formados com o objectivo de manter alguns cuidados durante a utilização do acesso vascular, cuidados no manuseamento e na punção da FAV.

1.2 – Próteses vasculares

Em situações em que não é possível criar uma FAV, devido ao facto de as veias serem de baixo calibre, ou em situações vasculares inexistentes associadas à idade ou a patologias, recorre-se à implantação subcutânea de um tubo sintético que faz ligação de uma artéria a uma veia (anastomose cirúrgica).
O sangue percorre a prótese, que pode ser de material sintético, PTFE(politetrafluoroetileno), Teflon ou biológico (bovino; humano). Pode ser configurada numa linha recta, mas o mais frequente é a implantação em ansa, pois proporciona maior área de superfície para punção.
A primeira utilização da prótese pode durar 4 semanas, embora em alguns casos possa ser utilizada a partir da segunda semana. Proporcionam elevadas velocidades de fluxo e normalmente uma área de punção extensa. No entanto está sujeita a mais complicações em relação à FAV, tais como:

- Estenose
- Trombose
- Aneurisma
- Infecções
- Deterioração do material (devido ás constantes punções ou má utilização)

Do mesmo modo que as FAV, as próteses vasculares requerem uma cuidada e especializada manutenção, a sua utilização deve ser realizada por enfermeiros experientes na área da diálise.

1.3 – Acessos Vasculares Centrais

Dispositivo sintético que é inserido numa veia de grande calibre localizada centralmente. A sua importância é focada principalmente para situações de urgência, mas também é muito utilizado em situações provisórias (maturação de FAV) ou em doentes com má circulação periférica.

a) Tipos de CVC

- Provisório: Têm duração máxima de 3 semanas e são utilizados para situações transitórias
- Longa duração: Podem ser utilizados durante anos e são alternativas às fístulas artério-venosa e próteses em doentes com problemas vasculares que impossibilitem a construção de FAV ou PTFE. Apresentam um cuff que cria um ponto de fixação que serve de apoio e de barreira á infecção ao nível do túnel. Os cateteres venosos centrais são os acessos vasculares que requerem mais cuidados, devido ás suas complicações tais como:
  - Infecção
  - Coagulação/trombose
  - Fluxo insuficiente
  - Estenose/recirculação
  - Restrição da actividade do doente.
  - Obstrução

Existe no entanto algumas vantagens no uso dos cateteres venosos centrais,

- Rápido e de fácil colocação
- Usado imediatamente.

Não requer utilização de agulhas.

- Alternativas a doentes sem vasos periféricos.

b) Locais dos CVC

– Veia jugular interna:
Este local é escolhido devido a ser um vaso quase recto e menos complicado de encontrar (lado direito), o que permite uma técnica de inserção mais simples.

– Veia subclávia
É um local bastante confortável para o doente, em relação aos outros e de fácil colocação devido ao calibre do vaso. No entanto tem grande incidência de estenoses o que pode provocar limitações em termos de futuras colocações de cateteres tanto na subclávia e na jugular.

– Veia femoral
Usa-se apenas temporariamente (alguns dias), devido ao risco de infecção ser elevado e às limitações provocadas ao doente. É de fácil colocação normalmente e tem menos risco de complicações associadas á inserção no local.

O local ideal para colocação do cateter irá depender do doente; se tem mobilidade; patologias associadas; o tratamento ser a curto prazo ou a longo prazo e o débito necessário. Os CVC requerem cuidados especializados que previnam o risco de infecção, logo devem ser manuseados e cuidados por enfermeiros de diálise.

2 – VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO

A eficácia do tratamento de hemodiálise, contribuindo para um aumento da qualidade de vida do doente insuficiente renal, depende da prescrição de diálise (tempo de tratamento, dialisador, fluxo de dialisante e débito de sangue). O débito de sangue para o tratamento de diálise provém do acesso vascular do doente e da sua adequada utilização. O aumento de número de doentes com patologia renal associado a comorbilidades tais como patologia cardiovascular e diabetes influenciam, desde o início, a construção do acesso vascular no doente. Acompanhando a evolução tecnológica existente na área da nefrologia nos cuidados aos doentes renais, a criação de orientações permite que os profissionais direccionem melhor os seus cuidados, nomeadamente na vigilância dos acessos vasculares. Segundo as *Kidney Disease Outcome Quality Iniciative* (K/DOQI) 2006 recomendam que os doentes diagnosticados com Insuficiência renal de estádio 5 sejam referenciados pelo nefrologista para criar um acesso vascular e esse acesso vascular, após o início do tratamento de hemodiálise, deve ser regularmente monitorizado e mantido em vigilância por uma equipa de profissionais experientes de modo a prevenir complicações responsáveis pelos múltiplos internamentos dos doentes nas unidades de saúde.

A estenose no acesso vascular é das principais complicações e é o prenúncio de trombose do próprio acesso. A estenose reduz o débito de sangue do acesso podendo conduzir a uma diálise inadequada. Assim é recomendado pela comunidade internacional e descrito nas próprias *guidelines* europeias e americanas a monitorização periódica do acesso vascular. Existem várias técnicas de monitorização, desde a avaliação física do acesso (presença de sopro e frémito, presença de sinais de infecção, presença de aneurismas, presença de hematoma), avaliação da pressão venosa do acesso, a taxa de recirculação, doppler de avaliação do fluxo e outras que ajudam na detecção de um acesso vascular disfuncional.

Elevadas taxas de recirculação podem indicar a presença de estenoses, um sinal para que o acesso seja revisto e reparado. Uma avaliação periódica do acesso permite a identificação precoce de problemas, que atempadamente podem ser solucionados, contribuindo para a sua sobrevida. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de nefrologia/diálise, assumem particular importância porque deles depende o ensino do doente durante o período pré-diálise. Posteriormente nas clínicas de hemodiálise ou unidades hospitalares é da responsabilidade dos enfermeiros de diálise vigiarem e detectarem problemas no acesso vascular.

Antes de qualquer utilização do acesso, ele deve ser avaliado em relação á sua funcionalidade, a presença de frémito e sopro, é importante despistar sinais de estenose ou mesmo trombose do acesso. Durante a sessão de hemodiálise importa vigiar o débito efectivo do acesso, as suas pressões arteriais e venosas. No caso das fístulas artério-venosa, devem ser capazes de apresentar um fluxo intraacesso superior a 450ml/min permitindo velocidades de bomba acima dos 350ml/min, manter pressões arteriais acima dos -200mm/Hg e as pressões venosas não devem exceder os 300mm/Hg. A presença de estenoses a nível da anastomose ou no trajecto do desenvolvimento da fístula provoca alterações a nível dos parâmetros, os quais devem ser registados e referenciados. Tal como as FAV as próteses vasculares devem ser avaliadas antes do início do tratamento, a presença de frémito e sopro é fundamental para que a quantidade de diálise administrada seja a adequada. As próteses vasculares, devem apresentar fluxo de sangue intraacesso superiores a 600ml/min, permitindo velocidades de bomba acima dos 350ml/min. A trombose é a principal causa de falência das próteses vasculares. Uma incorrecta utilização do acesso, bem como a alteração do débito ou das pressões arteriais e venosas podem ser o sinal precoce de trombose do acesso. As pressões arteriais deve ser mantidas acima dos -200mm/hg para prevenir hemólise e as pressões venosas não dever exceder os 300mm/Hg. A avaliação do frémito e do sopro deve ser realizada em cada sessão de hemodiálise e deve acompanhar todo o trajecto da prótese vascular.

Os cateteres venosos centrais dependendo do seu tipo e da sua inserção, devem permitir uma velocidade de bomba adequada para o tratamento de hemodiálise de 300 a 350ml/min. A principal causa de disfunção nos cateteres venosos centrais é a dificuldade de débito ou débito insuficiente, seja por mau posicionamento do cateter ou por depósito de fibrina na ponta do cateter. A vigilância de exsudado, sinais inflamatórios, ou de cuff exteriorizado no caso dos CVC tunelizados são sinais importantes na prevenção de complicações evitando posteriormente o internamento do doente. Outro factor importante que pode afectar a eficácia de diálise quando o paciente tem como acesso vascular um cateter venoso central, é a inversão dos lúmens para fornecer melhor débito de sangue. A inversão dos lúmens provoca um aumento da recirculação do acesso, pelo que deve ser evitado, e o acesso deve ser referenciado para ser revisto.

Falecimentos

Pela filha do nosso associado Aníbal dos Santos Alves, tomámos conhecimento do seu falecimento, em 14.08.2009. Era sócio desde 1996, tinha 56 anos e estava transplantado.
A esposa continua como sócia.

A esposa do nosso associado Eng. Álvaro Martins Sequeira Batista comunicou-nos o seu falecimento em 18.10.2009. Era sócio desde 2004. Tinha 71 anos de idade e fazia diálise na Clínica FMC-Vila Franca. Fez parte dos Corpos Sociais Nacionais da APIR no biénio 2005/2006 e foi membro do Núcleo Local de Lisboa, da nossa Associação, no biénio 2007/2008.

O marido da nossa associada Maria Paulina D'Alva Torres Silva deu-nos conhecimento do seu falecimento em 16.07.2009. Era sócia desde Fevereiro passado, tinha 78 anos e fazia diálise na Clínica Medicassis-Unidade do Estoril.

Pelo filho do nosso associado José Inácio dos Santos, tomámos conhecimento do seu falecimento em 20.09.2009. Era sócio desde 05.01.2003, tinha 89 anos de idade e fazia diálise no Hospital Particular de Almada. O filho continua como sócio.

Da nossa Delegação Regional de Aveiro recebemos a informação do óbito da nossa associada Margarida Ramos Loureiro, em 01.06.2009. Era sócia desde 30.03.2008, tinha 67 anos e fazia diálise na Dialave.

Pelo nosso colaborador em Vila Verde, Braga, foi-nos comunicado o falecimento do nosso associado Manuel António Carvalho Fernandes, em 02.11.2009. Era sócio desde 02.11.2008, tinha 50 anos e fazia hemodiálise no Centro de Hemodiálise da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, em Braga.

A Direc□□o Nacional da APIR apresenta as suas mais sentidas condol□ncias a todos os familiares e amigos.

FELICITAÇÕES

A pedido do nosso colaborador no Entroncamento, Sr. Rui Ferraz Medeiros, queremos daqui endereçar as nossas felicitações à sócia Maria Manuela Pereira Reis Ferreira, pelo seu transplante, realizado em 26.10.2009, no Hospital Curry Cabral, Lisboa e fazer votos para que o mesmo continue sendo um êxito.
Aproveitamos para agradecer a disponibilidade que demonstrou para apoiar o referido colaborador, na divulgação da nossa Associação e das suas actividades e realizações, junto dos IRC daquela região do país.

DEVOLUÇÃO DE REVISTAS

Prezados associados, assinantes e demais leitores da Revista Nefrâmea. Ultimamente, chegam-nos devolvidos muitos exemplares da Revista, por motivo de alterações das moradas de destino. Assim, se mudarem de endereço, agradecemos que nos informem de imediato, a fim de se evitarem despesas de correio desnecessárias.

HÁ 40 ANOS O HOMEM PISOU A LUA (1969/2009)

BREVE HISTÓRIA

A Lua sempre atraiu a atenção do homem e este interesse ficou registado na poesia, na literatura e na ficção científica. Há duzentos anos, numa famosa obra de ficção intitulada "De la Terre à la Lune" (1865), Júlio Verne escreveu sobre um grupo de homens que viajou até a Lua usando um gigantesco canhão. Em França, Georges Melies um dos pioneiros do cinema, no seu filme "Le voyage dans la Lune" (1902) criou um dos primeiros enredos de ficção científica em que descrevia uma incrível viagem à Lua.

Com a derrota da Alemanha na Segunda Guerra Mundial, os EUA e a URSS, capturaram a maioria dos engenheiros que trabalharam no desenvolvimento do foguete V-2. Particularmente importante para os EUA foi a captura de Wernher von Braun, um dos principais projectistas alemães que participou activamente no programa de mísseis balísticos dos EUA e, posteriormente, no seu programa espacial (tendo sido, inclusive, o líder da equipe que projetou o lançador Saturno V que levou as naves Apollo para a Lua).

Historicamente, a exploração espacial começou com o lançamento do satélite artificial Sputnik pela URSS a 4 de Outubro de 1957, no Cosmódromo de Baikonur (base de lançamento de foguetes da URSS), em Tyuratam, no Cazaquistão. Este acontecimento provocou uma corrida espacial pela conquista do espaço entre a URSS e os EUA que viria a culminar com a chegada do homem à Lua.

O primeiro ser vivo no espaço não foi um homem, mas a cadela russa Laika, da raça Kudriavka. Ela subiu ao espaço em 3 de Novembro de 1957 a bordo da nave espacial Sputnik II.

Yuri Gagarin (1934-1968) foi o primeiro homem no espaço, em um vôo orbital de 48 minutos, a bordo da nave Vostok I. O vôo de Gagarin ocorreu em 12 de Abril de 1961. Neste vôo ele disse a famosa frase: "A Terra é azul, e eu não vi Deus".

Quatro meses após o lançamento da Sputnik I, os EUA responderam com seu primeiro satélite, o Explorer I, em 31 de Janeiro de 1958.

O número de satélites artificiais terrestres e sondas espaciais lançados pelos EUA e pela URSS multiplica-

ram-se nos primeiros anos da corrida espacial. Aos Sputniks da URSS seguiram-se, além do Explorer I, as Vanguard I, II e III dos EUA, e uma grande quantidade de satélites de comunicação, meteorológicos e espiões. Por volta da metade da década de 1960 ambos, EUA e URSS, haviam lançado tantos satélites que se torna impossivel indicá-los a todos. Além das Sputniks, os soviéticos haviam lançado 12 satélites da série Cosmos, e os EUA haviam lançado 16 satélites Explorers e mais 38 satélites de reconhecimento Discoverer, só para citar alguns.

A CONQUISTA DA LUA

Num famoso discurso proferido em 1961 numa Universidade dos Estados Unidos o então presidente John F. Kennedy, lançou o desafio de "enviar homens à Lua e fazê-los regressar a salvo" antes que a década terminasse.

As suas palavras foram: ("Nós decidimos ir a Lua. Nós decidimos ir à Lua nesta década e fazer outras coisas, não porque elas são fáceis, mas porque elas são difíceis").

A partir de então, os EUA colocaram em marcha um ambicioso programa espacial tripulado que iniciou com o Projecto Mercury, que usava uma cápsula com capacidade para um astronauta em manobras em órbita terrestre, seguido pelo Projecto Gemini com capacidade para dois astronautas, e finalmente o Projecto Apollo, cuja nave espacial tinha capacidade de levar três astronautas e pousar na Lua.

Os primeiros astronautas a circum-navegar a Lua foram os tripulantes da Apollo 8, Frank Borman, James A. Lovell, Jr. e William A. Anders, na noite de Natal de 1968.

Devido a problemas nas suas missões Zond (que usavam a nave Soyuz modificada para circum-navegação da Lua), os soviéticos não foram capazes de levar homens à órbita da Lua antes dos EUA, e nunca mais o fariam.

Os EUA foram bem sucedidos no seu objetivo de alcançar a Lua antes da URSS, em 1969, com a missão Apollo 11.

A missão Apollo 11 pousou na superfície lunar em 20 de Julho de 1969, num local chamado "Sea of Tranquility" (Mar da Tranquilidade). Neil Armstrong e Edwin Aldrin tornaram-se os primeiros homens a caminhar no solo lunar.

Depois da Apollo 11, outras seis missões Apollo foram lançadas, sendo que cinco delas pousaram na Lua (num total de doze astronautas a caminharem na superfície do Satélite da Terra).

Ficou famosa a frase do primeiro astronauta a pisar a Lua, Neil Armstrong: "Um pequeno passo para um homem, um salto gigantesco para a humanidade".

Os astronautas da Apollo 11 colocaram uma placa na Lua, onde se lê: (Aqui os homens do planeta Terra pisaram pela primeira vez a Lua. Julho de 1969. Viemos em paz, em nome de toda a humanidade).

O QUE GANHÁMOS COM A IDA À LUA?

Telecomunica□□es

Em □rbita – Os satélites revolucionaram, a partir de 1962, as comunicações, permitindo as transmissões televisivas em directo para todo o mundo. Apesar da fibra óptica, telemóveis, TV, rádio e Internet ainda dependem muito do espaço.

Micro-Electr□nica

Chip – Como o espaço e o peso são críticos a bordo, foi preciso miniaturizar. Em 1965, a Intel criava o primeiro circuito integrado, gravando numa pastilha de silício alguns transístores e respectivas ligações. Era o começo de uma revolução que desembocaria nos nossos telemóveis e computadores pessoais.

Gest□o

Grandes projectos – O chefe da NASA nos anos 60, James Webb, não era engenheiro, nem físico, mas gestor. Planear, coordenar e executar um programa que envolvia milhares de laboratórios e fábricas e centenas de milhares de técnicos foi uma experiência sem precedentes. As técnicas de gestão de grandes projectos aqui ensaiadas aplicam-se hoje nas linhas de montagem da indústria automóvel, nas centrais nucleares ou nos grandes aviões a jacto.

Quotidiano

Frigideiras – A conquista do espaço não trouxe só grande tecnologia. As frigideiras antiaderentes são revestidas com um produto aparentado com o escudo térmico das naves espaciais. Este é concebido para resistir às elevadas temperaturas geradas pelo atrito com as camadas da alta atmosfera, na manobra de regresso à Terra.

Ambiente

Observa□□o – As imagens dos satélites ajudam a compreender melhor os mecanismos da poluição, correntes marítimas, vento e formação de tempestades.

PASSATEMPO

na Diálise

CURIOSIDADES NATALÍCIAS !!

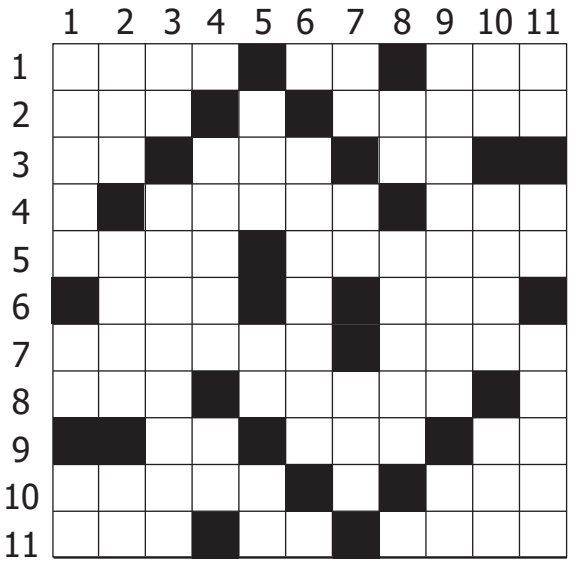
Qual a origem da Árvore de Natal?

São várias as origens possíveis, sendo a mais aceite a que a atribui à Alemanha, através de Martinho Lutero. Ele teria montado um pinheiro com velas em sua casa para mostrar às crianças como deveria ser o céu na noite do nascimento de Cristo.

Qual a origem da Missa do Galo e do Presépio?

- As duas tradições, tipicamente natalícias, são obra de São Francisco de Assis que, em 1224 levou um burro e um boi para a floresta de Greccio em Itália e fez um presépio para lembrar os fiéis o ambiente em que Jesus teria nascido. Ele mostrava o presépio ao povo à meia-noite, hora simbólica do nascimento de Jesus. Logo depois era realizada uma missa que, decorria durante a madrugada e durante a qual se ouvia o cantar dos galos. O povo deu o nome de "Missa do Galo" à celebração, por esse motivo.

PALAVRAS CRUZADAS



HORIZONTAIS: 1. Contuso. Aprovado (abrev.). Que imita o ruído produzido por um corpo que cai ou deflagra (interj.). 2. Deus te Salve! Embriagado. 3. Sociedade Anónima (sigla). Fileira. Satélite de Júpiter. 4. Insecto ortóptero saltador. Letra grega correspondente ao x. 5. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. Peça para alisar o ferro. 6. Pessoa ou coisa de género feminino de que se fala. Auroque. 7. Parolar. Batráqio anuro semelhante à rã. 8. Cólera. Atraiçoar. 9. Centilitro (abrev.). Espaço de 12 meses. A ti. 10. Riscar, arranhar ou ferir com as unhas. Pref. que exprime a ideia de ar, vento. 11. Curso de água natural, mais ou menos caudaloso. Existes. Enrubesce

VERTICAIS: 1. Estilhaço. Letra grega correspondente a p. Antiga cidade da Mesoptâmia. 2. Primeira mulher, mãe da humanidade (Bíbl.). Estorvar. Níquel (s.q.). 3. A si mesmo. Escalracho. 4. Campestre: Variante enclítica do pron. pess. compl. a. 5. Naquele lugar. Ástato (s.q.). Mulher acusada de um crime. 6. Moléstia das searas, provocada por um fungo. 7. Base. Suf. de agente ou profissão. Mulher de estatura muito mais baixa que a normal. 8. Bismuto (s.q.). Solidão. 9. Esforçar-se por encontrar. Contr. da prep. a com o art. def. o. 10. Interj., designa dor, admiração, repugnância. Paragem (ing.). Possuir. 11. Molibdénio (s.q.). Avança. Sobrecarrega com tributos.

Soluções

Horizontais
1. Lasca, Ap, Pum. 2. Ave, Fábrio. 3. SA, Ala, Io. 4. Grilo, Csi. 5. APAV, Fraua. 6. Ela, Uro. 7. Parlar, Sapo. 8. Ira, Trair. 9. Cl, Ano, Te. 10. Unhar, Era. 11. Rio, Fs, Cora.

Verticais
1. Lasca, Pi, Ur. 2. Eva, Pear, Ni. 3. Sc, Galracho. 4. Arval, La. 5. Ali, At, Re. 6. Alforra. 7. Pe, Or, Ana. 8. Bi, Ausio. 9. Procurar, Ao. 10. Ui, Stop, Ter. 11. Mo, Ia, Onera.