

Urologia para Medicina Geral e Familiar



VIII Jornadas Temáticas Patient Care

3 e 4 | abril | 2025

VIP Executive Entrecampos Hotel & Conference

PRESIDENTES

José Palma dos Reis
Tomé Lopes

SECRETÁRIOS GERAIS

Ricardo Pereira e Silva
Sara Sousa Oliveira

APOIO CIENTÍFICO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA
SERVIÇO DE UROLOGIA



Urologia para Medicina Geral e Familiar



VIII Jornadas Temáticas Patient Care

PRESIDENTES DAS JORNADAS

José Palma dos Reis
Tomé Lopes

SECRETÁRIOS GERAIS

Ricardo Pereira e Silva
Sara Sousa Oliveira

COMISSÃO ORGANIZADORA

Álvaro Nunes

Ana Marinho

Anatoliy Sandul

André Yé

David Martinho

Filipe Abadesso Lopes

Filipe Quintas

Francisco Martins

Helena Correia

Joana Rodrigues

João Borda

João Chambino

João Felício

João Melo

João Lemos Almeida

José Palma dos Reis

Maria Ana Castilho

Miguel Fernandes

Miguel Miranda

Paulo Pé-Leve

Pedro Oliveira

Ricardo Pereira e Silva

Rodrigo Duarte

Rodrigo Garcia

Sandro Gaspar

Sérgio Pereira

Tiago Oliveira

Tito Leitão

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidente: José Palma dos Reis

Carlos Rabaça

Cláudia Silva

Joana Morais

Liliana Fonte

Rita Sebastião

Rodrigo Garcia

Sara Sousa Oliveira

Tito Leitão



03 DE ABRIL DE 2025 | 5ª FEIRA

08:00h	Abertura do Secretariado
09:00-09:30h	APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES Moderadoras: Ana Marinho e Cláudia Silva CO 01 – CO 04
09:30-10:30h Televoto	SESSÃO PRÁTICA 1 VAMOS PREENCHER UM DIÁRIO DA BEXIGA? Moderadores: Rodrigo Garcia e Luís Paulo Costa Palestrante: Ricardo Pereira e Silva
10:30-11:00h	CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE: O QUE DEVEMOS SABER EM MGF? Moderadores: David Martinho e Liliana Fonte Palestrante: Paulo Pé-Leve
11:00-11:30h	Coffee break
11:30-11:40h	SESSÃO DE ABERTURA José Palma dos Reis, Ricardo Pereira e Silva e Cláudia Silva
11:40-12:00h	CONFERÊNCIA 1 COMUNICAÇÃO ENTRE UROLOGIA E MGF: VELHOS PROBLEMAS, NOVAS SOLUÇÕES? Moderadora: Rita Sebastião Palestrante: José Palma dos Reis
12:00-13:00h	MESA-REDONDA 1 ANDROLOGIA Moderadores: Álvaro Nunes, Sérgio Santos e Rita Sebastião Disfunção erétil Sérgio Santos Infertilidade masculina Maria Castilho Ageing man Álvaro Nunes Discussão
13:00-14:30h	Almoço das Jornadas incluído na inscrição



14:30-15:30h	<p>MESA-REDONDA 2</p> <p>URO-ONCOLOGIA: APÓS O DIAGNÓSTICO, O QUE DIZER AO DOENTE?</p> <p>Moderadores: Carlos Rabaça e Rui Daniel Gerardo</p> <p>Cancro da próstata João Almeida</p> <p>Cancro da bexiga Rodrigo Garcia</p> <p>Cancro do rim Tiago Oliveira</p> <p>Discussão</p>
15:30-16:00h	<p>CONFERÊNCIA 2</p> <p>10 REGRAS DE OURO NO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DA LITÍASE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</p> <p>Moderadores: João Borda e Cláudia Silva</p> <p>Palestrante: Sérgio Pereira</p> <p>Discussão</p>
16:00-16:30h	<p>Coffee break</p>
16:30-17:00h Televoto	<p>SESSÃO PRÁTICA 2</p> <p>O EXAME OBJETIVO EM UROLOGIA FEMININA</p> <p>Moderadores: Ricardo Pereira e Silva, Paulo Pé-Leve e Liliana Fonte</p> <p>Palestrantes: Joana Rodrigues e Frederico Portugal</p> <p>Incontinência urinária de esforço</p> <p>Prolapso de órgãos pélvicos</p> <p>Atrofia urogenital</p>
17:00-18:00h Televoto	<p>SESSÃO 1</p> <p>CASOS CLÍNICOS</p> <p>Moderadores: Anatoliy Sandul, Sandro Gaspar e Cátia Sofia Afonso</p> <p>Caso 1 João Chambino</p> <p>Caso 2 Rodrigo Duarte</p> <p>Caso 3 João Melo</p>
18:00h	<p>Fim das Sessões do 1º dia</p>

04 DE ABRIL DE 2025 | 6ª FEIRA

- 08:30h Abertura do Secretariado
- 09:00-09:30h **APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÕES LIVRES**
Moderadores: Rodrigo Garcia e Cláudia Silva
CO 05 – CO 07
- 09:30-10:30h **INFEÇÕES URINÁRIAS: DESVENDANDO MITOS E OTIMIZANDO CUIDADOS**
Moderadores: Ricardo Pereira e Silva e Joana Morais
O diagnóstico diferencial e a interpretação da análise
Miguel Fernandes
Tratamento e prevenção das ITU's recorrentes
Miguel Miranda
Discussão
- 10:30-11:00h **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA**
Moderadora: Joana Morais
Palestrante: José Palma dos Reis

11:00-11:30h Coffee break

- 11:30-12:00h **SESSÃO COM ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA A DISFUNÇÃO PÉLVICA E INCONTINÊNCIA (APDPI)** **Medtronic**
Moderadores: José Palma dos Reis, Ricardo Pereira e Silva e Cláudia Silva

- 12:00-13:00h **SESSÃO 2**
CASOS CLÍNICOS
Moderadores: João Felício e Luís Paulo Costa

- Televoto**
- Caso 1**
André Branco
- Caso 2**
Carolina Tam
- Caso 3**
Filipe Quintas

- 13:00-13:15h **Encerramento das Jornadas e Entrega de Prémios**





Resumos das Comunicações Orais

CO 01

SÍNDROME DE QUEBRA-NOZES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Andreia Cristina da Silva e Sá;
María Victoria Blanco Gonzalez
USF Nuno Grande

Caso clínico: A Síndrome de Quebra-Nozes (SQN) ou Síndrome de “nutcracker” é uma causa rara de hematúria e resulta habitualmente da compressão da veia renal esquerda (VRE) pela artéria mesentérica superior (AMS) contra a aorta (SQN anterior). Desta compressão resulta hipertensão da VRE. Manifesta-se por dor lombar esquerda e abdominal, com ou sem hematúria macroscópica, microscópica ou proteinúria (ortostática).

Sexo feminino, 53 anos, com hematúria microscópica persistente e proteinúria com cerca de um mês de evolução. Hematúria detetada pela primeira vez em contexto litíase renal não recorrente. Antecedentes pessoais de HTA, dislipidemia, cólica renal (2019) com ecografia renal com presença de aspetos microlitíasicos e função renal preservada. Antecedentes familiares: existência de um primo com surdez desde a infância – causa desconhecida. Consumo de AINES esporádico. Ausência de infeção respiratória superior recente, amigdalite ou infeção cutânea. O exame objetivo revelou-se normal. Referenciação para Nefrologia. Dos exames complementares realizados: de salientar hemograma sem alterações; função renal conservada; sedimento urinário sem alteração aparente da morfologia ou índices eritrocitários

e urocultura negativa. Clearance de Creatinina (ClCr); relação Alb/Cr (RAC) e Prot/ Cr, ácido úrico, P inorgânico e vitamina D dentro dos valores da normalidade. Estudo coagulação sem alterações. As Imunoglobulinas A, G e M, complemento, auto-anticorpos (AntidsDNA, ANA, ANCA) negativos; TASO dentro da normalidade. Serologias víricas negativas. Audiometria e estudo genético normais. ecocardiograma, uretoscopia. ecografia renal, vesical e pélvica por via suprapúbica e ecografia renal com doppler sem alterações. Por persistência da hematúria por mais de 1 ano sem causa evidente foi decidida a realização de uma Angio-TAC abdómino-pélvica em fase venosa que revelou a existência de VRE retroaórtica, com critérios dimensionais para fenómeno de Nutcracker posterior, sem trombozes associadas ou assimetrias renais. Optou-se por terapêutica conservadora com vigilância clínica.

Discussão: A SQN é uma condição clínica rara, ainda que subvalorizada. Sendo a hematúria microscópica um achado laboratorial frequente na consulta de MGF, o MF deverá estar sensibilizado para as suas principais causas, devendo estar sempre presente no seu raciocínio clínico os diagnósticos diferenciais de hematúria, referenciando para a especialidade hospitalar sempre que indicado.

CO 02

QUAL O PAPEL DOS CUIDADOS PALIATIVOS, NO CUIDADO DOS DOENTES IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÓNICA?

Diana Manso
ULS Oeste Sul

Introdução: Com o envelhecimento da população e a crescente procura de Cuidados Paliativos (CP) por doentes com patologias crónicas não malignas, há um aumento da importância dada à doença renal crónica (DRC) devido à sua prevalência. Os doentes com DRC que apresentam comorbilidades significativas têm pior prognóstico do que muitos doentes com cancro. Nesse sentido, há um reconhecimento crescente da importância de uma abordagem paliativa destes doentes, nomeadamente, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, porque a DRC está associada a um aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos de saúde, principalmente em doentes idosos e nas fases mais avançadas da doença. A colaboração com as Equipas Comunitárias de Suporte em CP pode aumentar o apoio destes doentes e das suas famílias e guiar a transição para os cuidados focados no conforto.

Objetivos: Rever a literatura disponível relativamente ao papel dos CP no cuidado dos doentes adultos com doença renal crónica.

Material e métodos: Utilizando os termos MeSH *Palliative Care* e *Chronic Renal Insufficiency* foi realizada uma pesquisa bibliográfica de artigos na base de dados Pubmed. Não foi utilizado nenhum limite temporal. Apenas foram selecionados artigos escritos na língua castelhana, inglesa e portuguesa e que estivessem disponíveis para leitura completa. Os critérios de inclusão foram idosos (>65 anos) com presença de critérios de DRC. Foram excluídos estudos com doentes a realizar tratamentos de substituição da função renal e os que apresentavam antecedentes de doença oncológica, mesmo que reunissem critérios de DRC.

Resultados e conclusões: Foram encontrados

21 artigos, dos quais se selecionaram 4. De uma forma geral, os artigos referem que a colaboração com os CP pode ajudar os doentes com DRC no processo de tomada de decisões difíceis, na avaliação e abordagem dos sintomas, na coordenação dos cuidados, no apoio social, nos cuidados em fim-de-vida e no apoio à família e aos cuidadores.

Este trabalho é uma revisão da literatura e não uma revisão sistemática, pelo que as suas conclusões estão limitadas. De futuro, mais estudos são necessários por forma a obter evidência mais consistente.

CO 03

DA CISTITE À TUBERCULOSE GENITOURINÁRIA – RELATO DE CASO E REFLEXÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO ATEMPADO

Filipa Figueiredo; Miguel Moreira; Inês Guimarães; Júlio Santos; Joana Castanheira; Cláudia Airoso
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EPE / Hospital de S. Sebastião

Introdução: A tuberculose (TB) genitourinária é a terceira forma mais comum de TB extrapulmonar e é uma patologia de difícil diagnóstico pela sua apresentação insidiosa e inespecífica, com sinais e sintomas semelhantes aos de uma infeção do trato urinário (ITU) simples. A relevância deste caso reside na abordagem diagnóstica atempada de uma doença pouco prevalente nos cuidados de saúde primários (CSP).

Caso clínico: Mulher de 45 anos, advogada, natural da Venezuela, com história pessoal de cistite intersticial diagnosticada em 2022, em contexto de ITUs de repetição, sem outros antecedentes pessoais de relevo. Sem história de contactos de risco ou exposição a tóxicos. Em junho de 2023, recorre a consulta aberta por quadro com 1 ano de evolução de disúria de difícil controlo e polaquiúria com necessidade de utilização de fralda. O estudo complementar realizado anteriormente evidenciava leucocitúria ligeira, urocultura amicrobiana e pesquisa negativa de Mycoplasma, Ureoplasma e

Chlamydia trachomatis. Pela gravidade dos sintomas, a doente foi encaminhada para consulta prioritária de Urologia e, dois meses depois, foi diagnosticada com tuberculose genitourinária. Iniciou tratamento com tuberculostáticos e, em outubro de 2024, por hidronefrose de novo e ausência de melhoria sintomática significativa, foi submetida a ureteroscopia diagnóstica que identificou uma zona de estenose ureteral. Após a instrumentação, a doente apresentou melhoria das queixas e, atualmente, mantém vigilância em consulta hospitalar.

Comentário: A TB pulmonar é uma doença prevalente na sociedade atual, com envolvimento urinário em 2 a 20% dos casos. O atraso no diagnóstico da TB genitourinária pode resultar na progressão da doença com dano estrutural irreversível. Assim, o médico de família deve reconhecer esta entidade de modo a encaminhar precocemente e evitar complicações.

CO 04

DOENÇA VASCULAR CEREBRAL E SEXUALIDADE: ABORDAGEM DA DISFUNÇÃO SEXUAL EM PESSOAS COM AVC

Cláudia Afonso Andrade; Riquen Mulji
USF Dona Amélia de Portugal - ULS Stº Maria

Introdução: O AVC afeta cerca de 12 milhões de pessoas por ano e é uma das principais causas de morte e incapacidade. A fisiopatologia, sequelas físicas e cognitivas estão bem definidas e há planos de reabilitação estruturados, mas a esfera da sexualidade permanece *tabu* com muitos constrangimentos na sua abordagem, quer pelos doentes quer pelos profissionais de saúde, apesar de mais de 50% dos doentes relatar disfunção sexual (DS) após o AVC.

A DS é multifatorial e envolve qualquer perturbação na capacidade de vivenciar a sexualidade. As causas podem ser agrupadas em: primárias, em que o AVC (localização), as comorbilidades e medicação afetam diretamente a função sexual; secundárias, em que o AVC resulta em problemas sensoriomotores, dis-

função autonômica e incontinência urinária; e terciárias, como problemas cognitivo-comportamentais, incluindo medo de recorrências, perda de autoestima, sensação de incapacidade, mudanças de papéis, ansiedade e depressão que também afetam a sexualidade.

Objetivos: Rever a principal evidência sobre DS pós-AVC, de forma a melhorar a abordagem e tratamento nos cuidados de saúde primários.

Materiais e métodos: Pesquisa na *PubMed* com *sexual dysfunction* e *stroke*, selecionando artigos em inglês e português (1976-2023).

Resultados e conclusões: A DS pós-AVC é frequente, afetando até 75% dos doentes. A perda da libido é comum em ambos os sexos. Nos homens, a principal preocupação é a disfunção erétil, enquanto que nas mulheres é a anorgasmia. Menos frequente, pode surgir hipersexualidade. A etiologia multifatorial exige uma avaliação detalhada e intervenções terapêuticas multimodais. O tratamento farmacológico é a primeira opção, podendo ser complementado por dispositivos de vácuo, próteses, reabilitação pélvica e terapia psicosssexual, especialmente em casos refratários.

Efetivamente, os doentes necessitam de informações e orientações sobre sexualidade, mas consideram-nas insuficientes. Estudos indicam que 81% relatam essa carência.

Sendo parte essencial da vida humana, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam e abordem ativamente esta questão. Embora a evidência sobre seu uso específico no pós-AVC seja limitada, o modelo PLISSIT mostra-se uma ferramenta promissora. Ele é dividido em quatro níveis de intervenção progressiva: *Permission (P)*, *Limited Information (LI)*, *Specific Suggestions (SS)* e *Intensive Therapy (IT)*. Mais recentemente, a OMS, desenvolveu as *guidelines Brief Sexuality Related Communication*, sugerindo a abordagem ARPI (*attending, responding, personalizing, initiating*) para a avaliação breve e sistemática em gabinete.

O médico de família tem, aqui, um papel im-

portante na centralização da gestão de saúde e no à-vontade e confiança para abordar esta temática pela proximidade que com o doente superando barreiras na comunicação sobre sexualidade e promovendo um atendimento mais completo e humanizado.

CO 05

FITOTERAPIA NA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA – QUAL A EVIDÊNCIA PARA A SUA UTILIZAÇÃO?

Miguel Bhatt Ambaram

USF Alvalade - ULS Santa Maria

A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é uma condição clínica comum caracterizada por um aumento benigno do volume da próstata, levando frequentemente a sintomas do trato urinário inferior (LUTS) que podem afetar significativamente a qualidade de vida dos doentes. As opções de tratamento para a HBP incluem modificações do estilo de vida, terapêutica farmacológica e cirurgia. Embora a eficácia dos medicamentos convencionais esteja bem estabelecida, o papel da fitoterapia continua a ser controverso. Apesar disso, muitos doentes expressam uma preferência por suplementos “naturais” em vez de tratamentos farmacológicos, realçando a necessidade de os profissionais de saúde respeitarem estas preferências e, ao mesmo tempo, garantirem que os doentes recebem cuidados baseados em evidência. Mais de 30 extratos de plantas foram propostos para o tratamento da HBP. No entanto, os seus mecanismos de ação não estão totalmente compreendidos. Embora a Associação Urológica Americana não recomende a fitoterapia para o tratamento de LUTS, a Associação Europeia de Urologia sugere a possibilidade de utilização de extratos de *Serenoa repens*, embora com fraca evidência. Esta revisão tem como objetivo avaliar as evidências científicas mais recentes sobre o uso de fitoterapia para a melhoria de LUTS na HBP. Foi realizada uma pesquisa sistemática da literatura utilizando o

PubMed (termos MeSH: “Fitoterapia”, “Hiperplasia benigna da próstata” e “Sintomas do trato urinário inferior”), com foco em revisões sistemáticas e meta-análises publicadas em inglês nos últimos cinco anos. Pesquisas adicionais foram realizadas no *Dynamed*. Dos 27 estudos identificados, 4 foram excluídos devido à duplicação e 13 com base no rastreio do título e do resumo, resultando em 10 estudos para análise. Os resultados sugerem que as evidências que suportam a utilização de fitoterapia no tratamento da HBP permanecem inconclusivas. Algumas substâncias, particularmente os extratos de *Serenoa repens*, apresentam resultados mais promissores do que outras. No entanto, a falta de estudos no que concerne à dosagem e duração do tratamento limita a sua aplicabilidade clínica.

CO 06

QUANDO A PREDRA CRESCE, A MGF AGE: A IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA ATIVA

Vânia D’Alva Teixeira; Teresa Ullan

Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE / Hospital de Santa Maria

Enquadramento: A litíase renal é a terceira patologia mais frequente do aparelho geniturinário, sendo, portanto, expectável a sua elevada prevalência nos cuidados de saúde primários. Sem tratamento médico adequado, apresenta uma taxa de recidiva de aproximadamente 50%. As potenciais complicações incluem anúria, infeções do trato urinário (ITU), insuficiência renal aguda secundária a obstrução e sépsis.

Descrição do caso: Mulher, de 50 anos, sem outros antecedentes relevantes à exceção de múltiplos episódios de cólica renal associados a litíase renal já previamente documentada ecograficamente e episódios recorrentes de ITU. Recorreu à consulta aberta por lombalgia intensa à esquerda, associada a náuseas e vômito, sem febre. Dada a suspeita de cólica renal, solicitou-se uma ecografia renal e vesical que revelou:

- Rins de dimensões normais;
- Bexiga em repleção (585cc);
- Dilatação pielocalicial à esquerda de grau 3/5 com cálculo de 7mm.

Face ao quadro clínico e imagiológico foi referenciada para a consulta externa de urologia.

Uma semana depois, a doente recorreu novamente à consulta aberta com sintomatologia semelhante e objetivou-se novo episódio de ITU. Nessa altura, iniciou tratamento sintomático e, dada a recorrência e intensidade dos sintomas, optou-se por uma estratégia de vigilância ecográfica semestral.

Seis meses depois, a ecografia de re-avaliação evidenciou:

- Dilatação global moderada da árvore pielocalicial do rim esquerdo;
- Cálculo volumoso de 29mm no bacinete ipsilateral;
- No rim direito, incipientes focos microlitiascos, sem dilatação da árvore excretora.

Perante o aumento do cálculo, da progressão da dilatação e da manutenção de sintomas durante os seis meses intervalares, solicitou-se uma TC uretro-pélvica e realizou-se nova referência para urologia. A consulta hospitalar foi agendada dois meses depois e na mesma, foi programada uma litotricia endoscópica intrarenal com colocação de catéter duplo J.

Discussão: O acompanhamento sistemático e a vigilância imagiológica apertada são essenciais na prevenção de complicações graves e irremediáveis para o doente. Este caso realça a importância do médico de família na monitorização da litíase renal e da capacidade interventiva desta especialidade. Uma atitude preventiva não é sinónimo de uma atitude expectante e quando aliada à flexibilidade de adaptação da abordagem de vigilância consoante a evolução clínica do quadro permitem a obtenção de ganhos em saúde imensuráveis.

CO 07

SÍNDROME DE ALPORT E GRAVIDEZ: UM CASO QUE RESULTOU EM TRANSPLANTE RENAL

Rosalia Oliveira¹; Nataliia Malyshyna²; Carmen Taboada¹
¹UCSP GUARDA; ²UCSP CASTELO BRANCO

Caso clínico: Mulher, 50 anos, com antecedentes familiares (mãe e irmão) de Doença de Alport (DA) apresentava episódios esporádicos de hematúria desde a infância sem outros sinais e sintomas e sem outras patologias até que aos 32 anos teve gravidez complicada com toxémia pré-ecláptica e insuficiência renal que necessitou iniciar diálise e realizar cesareana de urgência às 26 semanas. Nesta altura também foi geneticamente estudada com diagnóstico de DA: MUTAÇÃO c.4449_4450insAC NO GENE COL4A4 EM APARENTE HOMOZIGOTIA. Desde então desenvolveu doença renal crônica (DRC) até atingir o estadio 5 e necessitar de diálise. Após 13 anos foi submetida a transplante renal com implantação de rim direito na fossa renal direita. Além disso apresenta: défice da acuidade visual associado à DA e hipoacusia secundária a DA (surdez bilateral grau medio). No seguimento pós transplante: boa evolução. Sem queixas urinárias. Pressão arterial controlada. Sem edemas. Ecografia renal e abdominal com visualização do enxerto renal sem alterações. Analiticamente com função renal normal e sem microalbuminúria. MH: tacrolimus, prednisona, pantoprazol, dipiridamol, atorvastatina, basiliximab.

Discussão: A Síndrome de Alport (SA) é uma doença genética hereditária caracterizada por nefropatia progressiva, perda auditiva sensorio-neural e, ocasionalmente, anormalidades oculares. Ocorre devido a mutações nos genes que codificam as cadeias alfa do colágeno tipo IV (COL4A3, COL4A4 e COL4A5). Afeta cerca de 1 em cada 50.000 recém-nascidos, e os homens têm mais probabilidade de apresentar sintomas do que as mulheres. É uma causa significativa de DRC, principalmente em adolescentes e

adultos jovens. Os familiares de pessoas com SA devem consultar seus médicos de atenção primária para serem referenciados à genética. Os doentes com esta síndrome devem ter aconselhamento genético antes de se casar e ter filhos e mulheres com SA podem enfrentar desafios adicionais durante a gravidez devido aos problemas renais associados à doença já que a pressão arterial elevada e a proteinúria, que são comuns em pacientes com essa síndrome, podem agravar durante a gravidez. Recomenda-se uma abordagem multidisciplinar, pois vários sistemas orgânicos estão envolvidos. Medicina Geral e Familiar, Nefrologista, Otorrinolaringologista, Oftalmologista e Geneticista estão envolvidos no seguimento e tratamento da Síndrome de Alport. Em alguns casos, como foi neste descrito, também é necessário o apoio da Urologia especializada em transplantação renal.

Urologia para Medicina Geral e Familiar



VIII Jornadas Temáticas Patient Care

APOIO CIENTÍFICO



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA
SERVIÇO DE UROLOGIA

MAJOR SPONSOR



astellas

Medtronic

SPONSORS



A. MENARINI PORTUGAL



immunotek
aliança de inovação
Portugal



Johnson & Johnson
Innovative Medicine



OLYMPUS

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO

admedic⁺

ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C Sala 3 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 (chamada para a rede fixa nacional)
E: paula.cordeiro@admedic.pt
W: www.admedic.pt