



**"A Medicina Interna
entrou na sua
maior crise
desde os anos 70"**



JORNAL MÉDICO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS

Diretor: José Alberto Soares
Mensal • Maio 2024
Ano XII • Número 124 • 3 euros

Publicação Periódica Híbrida

Fernando Salvador,
diretor do Serviço de MI
da ULSTMAD e presidente
do 30.º CNMI:

**"A MI e a MGF devem
estar muito próximas
porque partilham
boa parte
dos doentes"**



UNIDADE DE ORTOGERIATRIA DA ULS DE GAIA E ESPINHO

**O segredo do êxito: uma equipa que
comunica e que partilha decisões**

**Dalila Veiga,
anestesiologista**

O tratamento da dor aguda é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados

**USF Lusitano investe
em consultas
ombro a ombro**

A REAÇÃO DOS UTENTES A CONSULTAS REALIZADAS EM SIMULTÂNEO POR MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO PODIA SER MELHOR NESTA UNIDADE DE ARRUDA DOS VINHOS, PERTENCENTE À ULS DO ESTUÁRIO DO TEJO.

**Inês Homem
de Melo,
psiquiatra**

Estima-se uma prevalência de PHDA em cerca de 5% das crianças e 3% dos adultos.

INFORMAÇÃO

Novas *guidelines* da ESH reforçam a necessidade de agir cedo, com associações fixas adequadas aos diferentes grupos de hipertensos

**Barcelos acolheu
Encontro da
Primavera
da USF-AN 2024**



O enfermeiro de família Ricardo Gomes, presidente da Comissão Organizadora, apresenta as conclusões da reunião



30º CNMI
23 – 26 Maio 2024

**Congresso Nacional
de Medicina Interna**
9º Congresso Ibérico de Medicina Interna
Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura

ESPECIAL

Neste Especial reproduzem-se textos originalmente publicados no *Jornal das VI Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar*, distribuído aos participantes (presenciais e online) no evento, que decorreu nos dias 21 a 23 de março de 2024. Os artigos selecionados, transcritos na íntegra, podem incluir ligeiras adaptações.



2024 | VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Quetamed 50 mg

Quetiapina

Comprimidos revestidos por película **divisíveis**



Comprimidos divisíveis
em doses iguais
50 mg = 2x 25 mg



1x

embalagem 50 mg
(60 comprimidos)

=

6x

embalagens 25 mg
(20 comprimidos)

* Informed - Base de dados de medicamentos de uso humano. Consultado em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/> (acedido a 01/09/2023).
Tratamento de longa duração. Exceção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias (Portaria n.º 224/2015)

- **Daniela Machado**
Alterações pulmonares em imagens
- **Dalila Veiga**
O tratamento da dor aguda
- **Inês Ladeira**
Diagnóstico e tratamento da tuberculose
- **Hugo Rodrigues**
As primeiras consultas abertas do bebé
- **Joana Damásio**
As doenças do movimento
- **Luís Mendonça**
Doença renal crónica
- **Inês Homem de Melo**
Perturbação de hiperatividade no adulto
- **João Guerra**
Crianças/jovens e o *gaming*/redes sociais

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento Quetamed 25mg, 50 mg, 150 mg, 400 mg comprimidos revestidos por película. **Composição:** Cada comprimido revestido por película contém 25 mg, 50 mg, 150 mg, 400 mg de quetiapina (na forma de fumarato de quetiapina). **Excipiente com efeito conhecido:** contém lactose. **Forma farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da Esquizofrenia. Tratamento da perturbação bipolar: para o tratamento de episódios maníacos moderados a graves na perturbação bipolar; para o tratamento de episódios depressivos maior na perturbação bipolar; para a prevenção das recorrências de episódios maníacos ou depressivos em doentes com perturbação bipolar que responderam anteriormente ao tratamento com quetiapina. **Posologia e modo de administração:** Quetamed pode ser administrado com ou sem alimentos. **Adultos: Tratamento da esquizofrenia:** Quetamed deve ser administrado 2 vezes por dia. A dose diária total nos primeiros 4 dias da terapêutica é de 50 mg (Dia 1), 100 mg (Dia 2), 200 mg (Dia 3) e 300 mg (Dia 4). A partir do Dia 4, a dose deve ser titulada até à dose habitualmente eficaz de 300 a 450 mg/dia. A dose pode ser ajustada em função da resposta clínica e tolerabilidade de cada doente, no intervalo de 150 a 750 mg/dia. **Tratamento dos episódios maníacos moderados a graves na perturbação bipolar:** Quetamed deve ser administrado 2 vezes por dia. A dose diária total nos primeiros 4 dias da terapêutica é de 100 mg (Dia 1), 200 mg (Dia 2), 300 mg (Dia 3) e 400 mg (Dia 4). Qualquer ajuste posológico adicional até atingir 800 mg/dia no Dia 6 deverá ser efetuado em incrementos máximos de 200 mg/dia. A dose pode ser ajustada em função da resposta clínica e da tolerabilidade de cada doente, no intervalo de 200 a 800 mg/dia. A dose eficaz habitual varia entre 400 e 800 mg/dia. **Tratamento dos episódios depressivos maior na perturbação bipolar:** Quetamed deve ser administrado 1 vez por dia, ao deitar. A dose diária total nos primeiros 4 dias da terapêutica é de 50 mg (Dia 1), 100 mg (Dia 2), 200 mg (Dia 3) e 300 mg (Dia 4). A dose diária recomendada é de 300 mg. Doentes específicos podem beneficiar da dose de 600 mg. Doses superiores a 300 mg devem ser iniciadas por médicos com experiência no tratamento da perturbação bipolar. Em doentes específicos, poderá ser considerada uma redução de dose até um mínimo de 200 mg. **Prevenção das recorrências na perturbação bipolar:** Os doentes que responderam ao tratamento com quetiapina para o tratamento agudo da perturbação bipolar devem continuar a terapêutica com a mesma dose. A dose pode ser ajustada, dependendo da resposta clínica e da tolerabilidade de cada doente, no intervalo de 300 mg a 800 mg/dia, administrada 2 vezes por dia. É importante que seja utilizada a dose eficaz mais baixa, como terapêutica de manutenção. **Idosos:** Quetamed deve ser utilizado com precaução nos idosos, especialmente no início do tratamento. Poderá ser necessário efetuar uma titulação mais lenta da dose e a dose terapêutica diária poderá ser inferior à usada em doentes mais jovens, dependendo da resposta clínica e tolerabilidade de cada doente. A eficácia e segurança não foram avaliadas em doentes com idade superior a 65 anos com episódios depressivos no contexto da perturbação bipolar. **População pediátrica:** Não se recomenda a utilização de Quetamed em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos. **Compromisso renal:** Não é necessário ajuste posológico. **Compromisso hepático:** Os doentes com compromisso hepático devem iniciar o tratamento com 25 mg/dia. A dosagem deverá ser aumentada diariamente em incrementos de 25-50 mg/dia até à dosagem eficaz, dependendo da resposta clínica e tolerabilidade de cada doente. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Administração concomitante de inibidores do citocromo P450 3A4, tais como inibidores da protease-VIH, fármacos antifúngicos do grupo azol, eritromicina, claritromicina e nefazodona. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Quetamed contém lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase total ou má absorção de glucose-galactose, não devem tomar este medicamento. **Efeitos indesejáveis:** **Muito frequentes:** hemoglobina diminuída, aumento dos níveis séricos de triglicéridos, aumento do colesterol total, diminuição do HDL-colesterol, aumento de peso, tonturas, sonolência, cefaleia, sintomas extrapiramidais, boca seca, sintomas de abstinência de terapêutica. **Frequentes:** leucopenia, número de neutrófilos diminuído, eosinófilos aumentados, hiperprolactinemia, diminuição da T4 total, diminuição da T4 livre, diminuição da T3 total, aumento da TSH, aumento do apetite, aumento da glicemia para níveis hiperglicémicos, sonhos anormais e pesadelos, ideação suicida e comportamento suicida, disartria, taquicardia, palpitações, visão turva, hipotensão ortostática, dispneia, obstipação, dispepsia, vômito, elevação da alanina aminotransferase sérica (ALT), aumento dos níveis de gama-GT, astenia ligeira, edema periférico, irritabilidade, piroxia. **Pouco frequentes:** trombocitopenia, anemia, número de plaquetas diminuído, hipersensibilidade, diminuição da T3 livre, hipotiroidismo, hiponatremia, diabetes mellitus, convulsões, síndrome das pernas inquietas, discinesia tardia, síncope, prolongamento do intervalo QT, bradicardia, rinite, disfagia, elevação da aspartato aminotransferase sérica (AST), retenção urinária, disfunção sexual. **Raros:** agranulocitose, síndrome metabólica, sonambulismo e reações relacionadas tais como somnolência e perturbações alimentares, tromboembolismo venoso, pancreatite, obstrução intestinal/ileo, icterícia, hepatite, priapismo, galactorreia, tumefação mamária, distúrbios menstruais, síndrome maligna dos neurópticos, hipotermia, aumento da creatina fosfoquinase no sangue. **Muito raros:** reação anafilática, secreção inapropriada de hormona antidiurética, exacerbação da diabetes pré-existente, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson, rabdomiólise. **Desconhecido:** neutropenia, cardiomiopatia e miocardite, acidente vascular cerebral, necrólise epidérmica tóxica, eritema multiforme, rash medicamentoso com eosinofilia e sintomas sistémicos (DRESS), vasculite cutânea, síndrome neonatal de abstinência de fármacos. **População pediátrica:** **Muito frequentes:** aumento da prolactina, aumento do apetite, sintomas extrapiramidais, aumento da tensão arterial, vômito. **Frequentes:** síncope, rinite, irritabilidade. Para informações mais detalhadas consultar o RCM. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Neuraxpharm Spain, S.L.U. **Data da revisão do texto:** 05/2022. **IECRM 08/2022.** Quetamed® 25 mg, 50 mg, 150 mg, 400 mg é um Medicamento Sujeito a Receita Médica, participado pelo escalão A (90%). Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado.

NEURAXPHARM
Your CNS specialist

Representante legal do Titular
da Autorização de Introdução no Mercado:
Neuraxpharm Portugal
Avenida D. João II, nº 35 Edifício Infante – 6º I,
1990-083 Lisboa, Portugal | Contribuinte: 515 471 224

Pode encontrar mais informações em
www.neuraxpharm.pt

Veja as fotos das
VI Jornadas em
justnews.pt

SESSÃO PROMOVIDA PELA TECNIMEDE NO DECORRER DAS VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MGF DEBATEU AS MAIS RECENTES ORIENTAÇÕES DA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION

Novas *guidelines* da ESH reforçam a necessidade de agir cedo com associações fixas adequadas aos diferentes grupos de hipertensos

AS VI JORNADAS MULTIDISCIPLINARES DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR INCLuíRAM, LOGO NO PRIMEIRO DIA, 21 DE MARÇO, UMA CONCORRIDA SESSÃO – PATROCINADA PELO GRUPO TECNIMEDE E MODERADA PELO ESPECIALISTA EM MGF E COPRESIDENTE DA REUNIÃO MANUEL VIANA – DEDICADA ÀS *GUIDELINES* EMANADAS PELA EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION – ESH PARA A GESTÃO DA HIPERTENSÃO, REVISTAS EM 2023, E O SEU IMPACTO NA PRÁTICA CLÍNICA. A *TASK FORCE* RESPONSÁVEL PELAS *GUIDELINES* ESH 2023 REFORÇA QUE A GRANDE MAIORIA DOS DOENTES DIAGNOSTICADOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL DEVE INICIAR TERAPÊUTICA EM COMBINAÇÃO FIXA E COMPRIMIDO ÚNICO, SUPORTADA EM FÁRMACOS DE LONGA DURAÇÃO DE AÇÃO.

Rosa de Pinho, especialista em MGF, coordenadora da USF Vale do Vouga (ULS de Entre Douro e Vouga) e presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, foi um dos três médicos portugueses que integraram a *task force* responsável pelas *guidelines* para a gestão da HTA divulgadas pela ESH em 2023. Ao intervir nesta sessão, resumiu alguns dos principais pontos do documento, a começar pela desmultiplicação dos valores de referência para diagnóstico, de acordo com o contexto de medição da PA:



Rosa de Pinho

“Nestas *guidelines*, o diagnóstico continua a ser baseado nos valores de consultório, sendo que aí o *cut-off* está nos 140/90 mmHg. Mas devemos ter em consideração que se a avaliação da PA for feita pelo próprio doente, em casa, este *cut-off* é mais baixo. Deste modo, se for $\geq 135/85$ mmHg já é possível aferir diagnóstico de HTA. Quando a avaliação é feita através de MAPA, os valores para diagnóstico são ainda mais baixos ($\geq 130/80$ mmHg), porque dependem da ponderação da PA diurna e

noturna. Aliás, para uma consciencialização absoluta de profissionais e doentes, seria bom que daqui em diante falássemos apenas do referencial 130/80 mmHg, uma vez que é este que melhor se encaixa nas múltiplas dimensões.”

Em paralelo, Rosa de Pinho recordou que um terço dos doentes medicados para controlo da PA suspende a toma após seis meses e metade após um ano, o que significa que os problemas da adesão e da persistência terapêutica figuram entre os principais obstáculos a uma boa gestão da HTA. A isto junta-se a inércia médica, em termos de diagnóstico e terapêutica, sendo de especial relevo o facto de muitos doentes, embora medicados, se encontrarem mal controlados.

Dados de um estudo da Rede Médicos Sentinela, datado de 2017, provam, inclusive, que, apesar de uma grande percentagem de doentes portugueses diagnosticados ter iniciado tratamento com fármacos (95,5%), cerca de 70% encontravam-se em regime de monoterapia, uma solução cuja eficácia é contrariada por toda a evidência atual. Para inverter este quadro de aliança negativa

É fundamental, segundo Rosa de Pinho, “empoderar e envolver o doente nas decisões” e apostar em “fármacos de longa duração de ação, de custo reduzido e em combinação fixa”.

entre abandono e inércia, é fundamental, segundo Rosa de Pinho, “empoderar e envolver o doente nas decisões” e apostar em “fármacos de longa duração de ação, de custo reduzido e em combinação fixa”.

ESH é perentória: a grande maioria dos doentes diagnosticados deve iniciar a terapêutica combinada em comprimido único

Jorge Polónia, especialista em Medicina Interna do Hospital Pedro Hispano (ULS de Matosinhos) e professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), foi outro dos clínicos portugueses que participou na *task force* das *guidelines* ESH 2023. Na sua ótica, estas novas orientações trazem consigo clarificações de fundo, sobretudo no que respeita às estratégias terapêuticas ideais para os dois grandes grupos de



Jorge Polónia

doentes: pessoas com HTA de grau 1 ou 2 e sem lesão de órgão alvo e, por outro lado, pessoas com lesão de órgão alvo, qualquer que seja o estágio da HTA. “Seja qual for o caso, o diag-



nóstico deve estar bem estabelecido e as intervenções em estilos de vida são sempre bem-vindas”, esclareceu.

O internista recordou que as *guidelines* apontam a inevitabilidade de se optar por um único caminho, quando o doente tem um diagnóstico consolidado de HTA e valores tensionais que fazem soar sinais de alarme:

“Quando o doente, apesar de ter risco baixo e não revelar lesão de órgão alvo, apresenta valores de PA acima de 150/95 mmHg, deve iniciar logo terapêutica, se possível com dois fármacos em comprimido único, medida recomendada para a grande maioria dos doentes pelas *guidelines* da ESH. No caso dos que apresentam valores mais reduzidos de PA, mas estão sintomáticos, com lesão de órgão alvo – por exemplo, indivíduos com insuficiência renal de estágio 3 ou superior, ou doentes com eventos cardiovasculares prévios –, é recomendado que também iniciem de imediato tratamento com pelo menos dois fármacos, se possível combinados num comprimido único, por razões de adesão”.

Clorotalidona é mais-valia para doentes com HTA resistente e insuficiência renal

As *guidelines* de 2023 da ESH propõem que os doentes a quem seja prescrita uma associação de fármacos anti-hipertensores recebam, de preferência, um modulador do sistema renina-angiotensina-aldosterona (inibidor da enzima convertora de angiotensina – IECA – ou antagonista do receptor da angiotensina II – ARA II) com um diurético (se possível, um diurético tiazídico ou tiazida-like, como clorotalidona ou indapamida), ou, em

Jorge Polónia: “Quando o doente, apesar de ter risco baixo e não revelar lesão de órgão alvo, apresenta valores de PA acima de 150/95 mmHg, deve iniciar logo terapêutica, se possível com dois fármacos em comprimido único, medida recomendada para a grande maioria dos doentes pelas *guidelines* da ESH.”

alternativa, um IECA ou ARA com um antagonista de canais de cálcio.

“Se, ao fim de três meses e no *follow-up* a situação não estiver controlada, podemos aumentar as dosagens ou os doentes podem transitar para uma associação tripla, opção que permitirá controlar a PA em algo como 90% dos pacientes. Se, ainda assim, não for possível alcançar o controlo, temos de encarar a hipótese de estar face a uma HTA resistente e, nessa altura, caberá ao especialista em MGF fazer a referência”, explicou Jorge Polónia.



As *guidelines* também definem que no doente com HTA resistente e com insuficiência renal que toma uma associação de IECA ou ARA com antagonista de canais de cálcio ou diurético de ansa, mas que não alcança controlo da PA, se deve introduzir a clorotalidona porque, de acordo com o doente da FMUP, a evidência científica assim o justifica:

“Um estudo publicado em 2021 no *New England Journal of Medicine* revelou que, mesmo nos doentes que tinham cerca de 20 mL/min/1,73 m² de taxa de filtração glomerular, a adição de clorotalidona permitiu manter uma eficácia anti-hipertensiva, ao contrário das outras tiazidas, o que legitima o uso preferencial deste fármaco neste género de situações.”

Associação azilsartan + clorotalidona responde bem aos desafios elencados pelas *guidelines* da ESH

Uma das opções farmacológicas utilizadas presentemente em Portugal para tratar muitos doentes hi-

perpensos é a associação azilsartan + clorotalidona, pelo que se impõe a pergunta: seguirá esta combinação as orientações das *guidelines* ESH 2023? Paulo Pessanha, especialista em MGF e copresidente das Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar, começou por recordar que esta associação contém a clorotalidona, “que pode chegar até às 40 horas de semivida”, valor muito superior às 9 horas de semivida máxima da hidroclorotiazida.

“Algo de muito relevante no campo da adesão terapêutica, pois, se o doente suspender a toma de hidroclorotiazida vai ficar mais rapidamente descontrolado, ao contrário de alguém que toma clorotalidona, cuja duração de ação é maior”, sublinhou Paulo Pessanha. Em acréscimo, a clorotalidona mostra benefícios na redução do risco de fraturas pélvicas e do colo do fémur motivadas por quedas entre os idosos hipertensos, como demonstra um estudo publicado no *JAMA*, que comparou o uso deste diurético com amlodipina e lisinopril.



Paulo Pessanha



Paulo Pessanha

perpensos é a associação azilsartan + clorotalidona, pelo que se impõe a pergunta: seguirá esta combinação as orientações das *guidelines* ESH 2023? Paulo Pessanha, especialista em MGF e copresidente das Jornadas Multidisciplinares de Medicina Geral e Familiar, começou por recordar que esta associação contém a clorotalidona, “que pode chegar até às 40 horas de semivida”, valor muito superior às 9 horas de semivida máxima da hidroclorotiazida.

Paulo Pessanha: “A associação azilsartan + clorotalidona está em pleno acordo com as *guidelines* 2023 da ESH, pois, tem uma toma única diária, caracteriza-se por ser uma associação fixa, com potência anti-hipertensiva significativa, longa duração de ação, não lhe são conhecidos efeitos secundários de monta e revela potenciais vantagens, comparativamente com outras associações.”

Guidelines ESH 2023 sensíveis ao idoso frágil

Manuel Viana, que é médico de família na USF São João do Porto (ULS de Santo António), ressaltou neste simpósio promovido pela Tecnimed que as *guidelines* ESH 2023 dedicaram especial atenção ao idoso frágil, desde logo, ao dividir a população idosa entre indivíduos com 65 a 79 anos e indivíduos com 80 ou mais anos de idade: “O primeiro grupo integra pessoas com boa funcionalidade em termos gerais. O segundo grupo tem uma grande heterogeneidade funcional e uma grande percentagem de doentes muito frágeis e dependentes. Os peritos da *task force* propõem então uma avaliação sistemática do nível de funcionalidade e fragilidade, usando métodos simples e práticos”. No caso, instrumentos como o índice de Katz, o Mini Mental State Examination (MMSE) e a avaliação do equilíbrio e da marcha.

“Quando o indivíduo tem boa pontuação nessas avaliações é considerado robusto e tratado como um doente mais jovem. No extremo oposto, em doentes com baixa pontuação nessas escalas, ou com doenças crónicas e alectuados ou em fim de vida, temos de ser muito conservadores, tratar as comorbilidades, gerir a polifarmácia e, se os valores de PA forem baixos (< 120), ou em casos de hipotensão ortostática, devemos mesmo desprezear”; nos casos intermédios, devemos fazer uma avaliação mais detalhada da funcionalidade, personalizando o tratamento, sublinhou Manuel Viana.

Com a dupla eficaz,
três são de mais

Zona Industrial da Abrunheira | Rua da Tapada Grande nº 2 - Abrunheira
2710-089 Sintra | NIF: 500 626 413 | PT-M1020

edarclo^r
azilsartan medomidoclorotalidona
40/12,5mg + 40/25mg comprimidos

edarbi^r
azilsartan medomidoclorotalidona
20mg + 40mg + 40mg comprimidos

TECNIMEDE
tecmede

Takeda

FARMÁCO VIGILÂNCIA
800 20 28 33
www.dgs.gov.pt

IEC RCM

Alterações pulmonares em imagens



Daniela Machado
Pneumologista, ULS de
Gaia-Espinho

A radiografia torácica é um exame acessível, rápido e de baixo custo, sendo imprescindível na prática clínica do médico de família. A sua interpretação, em determinadas situações clínicas complementada com a informação da tomografia computadorizada (TC) de tórax, permite o diagnóstico, vigilância e orientação de várias doenças pulmonares.

A correta interpretação da radiografia de tórax deve-se iniciar pela confirmação da identificação do doente e avaliação da qualidade técnica, com posterior leitura sistematizada por áreas: coração, mediastino, pulmões, pleura, diafragma, esqueleto torácico e tecidos moles. As alterações devem ser localizadas e descritas, identificando-se padrões radiológicos que, juntamente com a integração da clínica do doente, nos permite elaborar os diagnósticos diferenciais. Neste processo, a comparação com exames prévios, quando possível, é de particular importância.

As alterações pulmonares observadas na radiografia de tórax apresentam-se como áreas com aumento da densidade, ou com a sua diminuição. As alterações com aumento da densidade são as mais comuns e uma forma prática de as abordar é dividi-las em 4 padrões de hipotransparência: consolidação, intersticial, atelectasia e nódulo/massa.

A consolidação pulmonar resulta da substituição do ar nos alvéolos por transudado, pus, sangue, células (incluindo tumorais) ou outras substâncias, que levam a opacidades lobares, difusas ou multifocais. A principal causa é a pneumonia, mas o diagnóstico diferencial é vasto, incluindo neoplasias, edema ou hemorragia pulmonar.

Os achados imagiológicos nas doenças pulmonares intersticiais são melhores observados na TC de tórax com cortes de alta resolução, sendo difícil na radiografia determinar a existência ou não de doença pulmonar intersticial e qual o padrão existente, pelo que, perante esta suspeita, deve ser requisitada TC de tórax.

Na atelectasia/colapso pulmonar verifica-se perda de ar no pulmão, com subsequente perda de volume devido a uma obstrução da via aérea (por um corpo estranho, tumor ou rolhão mucoso) ou compressão pulmonar (em casos de derrame pleural ou pneumotórax).

O nódulo pulmonar é uma opacidade arredondada, bem delimitada, com dimensões até 3 cm, sendo denominada massa quando ultrapassa este diâmetro. Os diagnósticos diferenciais de ambos são semelhantes, contudo, a probabilidade de malignidade aumenta com o aumento do tamanho da lesão. Com o uso em larga escala da TC de tórax, é frequente o achado incidental de nódulos pulmonares. A orientação deste achado deve ter em conta a dimensão do nódulo, suas características, número de nódulos identificados, assim como fatores de risco do doente, existindo orientações para esta abordagem, nomeadamente as da Sociedade de Fleischer⁽¹⁾.

As alterações pulmonares que se apresentam como áreas de reduzida densidade podem ser cavitações (com paredes espessas), cistos (de parede fina) ou enfisema (sem parede visível). Os diagnósticos diferenciais perante alterações cavitadas na radiografia ou TC de tórax são variados, desde infeções bacterianas, tuberculose pulmonar, neoplasias primárias do pulmão ou metástases.

Os exames imagiológicos torácicos são essenciais na prática clínica do médico de família, seja no contexto agudo ou crónico. A correta avaliação dos principais padrões radiológicos, integrando-os com a clínica do doente, permite o diagnóstico e orientação de um variado leque de doenças pulmonares.

Bibliografia:

1. MacMahon H, Naidich D, Goo J et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*. 2017;284(1):228-43.

O tratamento da dor aguda



Dalila Veiga
Assist. hospitalar graduada de Anestesiologia, Unidade de Dor da ULS de Santo António. Prof.ª auxiliar convidada do ICBAS-UP

O tratamento da dor aguda é um importante indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados, representando a medida preventiva com maior efetividade

no âmbito da prevenção do desenvolvimento de dor crónica. Como tal, a identificação e tratamento precoces da dor devem ser sempre uma prioridade na abordagem destes doentes. A identificação dos mecanismos de dor associados – nociceptiva e/ou neuropática – são premissas indispensáveis na estruturação do melhor plano terapêutico individualizado para os nossos doentes. Existem múltiplas etiologias para a dor aguda com enorme prevalência na nossa prática clínica, nomeadamente a dor musculoesquelética traumática e/ou inflamatória e a dor pós-operatória.

A avaliação da dor deve ser uma prática clínica sistemática. Com efeito, só deste modo podemos identificar, tratar e avaliar a eficácia do plano terapêutico instituído. A dor aguda tem normalmente uma duração limitada e geralmente é possível identificar uma etiologia associada. Muitas vezes, a dor aguda funciona como um “sinal

de alarme” associado a uma lesão ou agressão tecidual. A intensidade da dor é uma das dimensões que deve ser avaliada e que nos ajuda a conseguir estimar o impacto e sofrimento associados.

O tratamento da dor deve sempre assentar numa abordagem multimodal, com vista a minimizar os efeitos adversos e potenciar a eficácia relativa das opções terapêuticas vigentes. A escolha das classes farmacológicas deve ser baseada em função do mecanismo de dor associada e da avaliação da resposta do doente em termos de eficácia e funcionalidade. Como tal, as opções de tratamento não farmacológicas (exercício, fisioterapia, psicoterapia, etc.) devem igualmente integrar o plano de tratamento destes doentes, com vista a maximizar a melhoria funcional e a qualidade de vida destes doentes.

A escada analgésica da dor é um bom guia clínico para orientação

Diagnóstico e tratamento da tuberculose



Inês Ladeira
Professora da FMUP. Pneumologista no Hospital Lusíadas e no Hospital Privado de Gaia

pela baixa suspeição dos clínicos. A forma pulmonar, além de ser a mais frequente, é também a mais relevante para a saúde pública, uma vez que é a principal responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença. A forma extrapulmonar é frequentemente mais problemática pela menor suspeição e maior dificuldade na obtenção de amostras para estudo microbiológico e, por isso, mais associada a atrasos no diagnóstico.

Uma vez que a celeridade do diagnóstico e o tratamento precoce e adequado são fundamentais na cura do doente e na contenção do contágio, além das colheitas de material biológico, dependente da localização da doença, para testes microbiológicos clássicos (exame direto e exame cultural), os testes moleculares de diagnóstico e aferição de sensibilidade a fármacos de 1.ª e 2.ª linha têm consolidado o seu papel na tuberculose e são hoje mandatórios na investigação destes doentes.

Relativamente aos esquemas terapêuticos, a introdução de novas moléculas e o reposicionamento dos vários fármacos de acordo com a sua eficácia *versus* toxicidade conduziu a esquemas totalmente orais, mais curtos, nas formas resistentes de TB. A duração do tratamento nas formas de TB sensíveis aos fármacos de 1.ª linha (isoniazida, rifampicina,

pirazinamida, etambutol) tem, também, sido alvo de estudo, com tentativa de redução da mesma, em busca de redução de efeitos laterais, melhoria da adesão e diminuição dos custos para os sistemas de saúde.

O diagnóstico da TB pode ser desafiante, quer pela desvalorização dos sintomas por parte do doente, quer pela baixa suspeição dos clínicos.

Para melhorar a adesão ao tratamento, prevenir o aparecimento de formas de TB resistente e controlar mais facilmente os efeitos secundários da medicação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou essa estratégia de Tomada de Observação Direta (TOD), obrigatória para todos os doentes com tuberculose ativa.

O rastreio da infeção deve ser realizado nos indivíduos que apresen-

farmacológica dos doentes com dor nociceptiva. Neste âmbito, importa salientar que os anti-inflamatórios não esteroides deverão ser reservados para o tratamento da dor ligeira e por curtos períodos. No entanto, é importante destacar o papel que as formulações tópicas de anti-inflamatórios não esteroides podem ter nas etiologias de dor musculoesquelética de etiologia inflamatória, com vantagem em termos da minimização de efeitos sistémicos.

A terapêutica com analgésicos opioides deve ser considerada para a dor aguda moderada a grave, sob rigorosa vigilância clínica, tendo em vista a titulação da dose mínima clinicamente eficaz. É importante destacar que os efeitos adversos associados ao uso de opioides deverão ser sistematicamente avaliados pelo médico prescriptor, nomeadamente a obstipação, náuseas/vómitos e adição. Deste modo, é importante informar os doentes sobre o

risco de desenvolvimento destes efeitos adversos, pelo que a prescrição de terapêutica profilática deve ser uma prática sistematizada (antieméticos e laxantes).

No tratamento da dor neuropática, é importante ter em conta, além

dos anticonvulsivantes (gabapentina, pregabalina) ou antidepressivos (amitriptilina, duloxetina, venlafaxina), a possibilidade de associarmos tratamentos tópicos para a dor neuropática periférica localizada. Nestas situações, o recurso aos analgésicos

opioides no tratamento da dor neuropática deve ser considerada em última linha e nunca em monoterapia.

O tratamento da dor aguda é um direito fundamental dos doentes preconizado pela Organização Mundial da Saúde. Deste modo, a sensibili-

zação dos profissionais de saúde e a educação dos doentes para a importância do seu tratamento precoce poderá contribuir para minimizar o impacto global da dor em termos de saúde, custos e melhoria da qualidade de vida dos doentes.

QUANDO A DOR ACABA VIVEMOS A VIDA AO MÁXIMO

1 LIDER NO ALIVIO DA DOR

DOR CRÓNICA

DOR AGUDA

zilpen®
75mg Tramadol
650mg Paracetamol

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO.
Zilpen 37,5 mg / 325 mg comprimidos Zilpen 75 mg / 650 mg comprimidos COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA Cada comprimido contém 37,5 mg de cloridrato de tramadol e 325 mg de paracetamol, ou 75 mg de cloridrato de tramadol e 650 mg de paracetamol. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos brancos, alongados e ranhurados. Na dosagem de 75 mg / 650 mg, o comprimido pode ser dividido em duas iguais. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tratamento sintomático da dor moderada a intensa em que se considere ser adequada a combinação de tramadol e paracetamol. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Espécies: **Adultos e adolescentes (com 12 ou mais anos de idade)** Recomenda-se uma dose inicial de dois comprimidos de Zilpen 37,5 mg / 325 mg ou um comprimido de Zilpen 75 mg / 650 mg. Se necessário, podem ser tomadas doses adicionais, não ultrapassando 4 comprimidos de Zilpen 37,5 mg / 325 mg ou 4 comprimidos de Zilpen 75 mg / 650 mg (equivalente a 300 mg de tramadol e 2400 mg de paracetamol) por dia. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a seis horas. Caso seja necessário um tratamento repetido ou prolongado com Tramadol/Paracetamol, como consequência da natureza e gravidade da patologia, deverá efetuar-se uma monitorização cuidadosa e regular. **População pediátrica:** Não se recomenda o tratamento nesta população de doentes. **Doentes idosos:** Podem ser utilizadas as doses usuais, embora seja de assinalar que em voluntários com mais de 75 anos a sensibilidade de eliminação do tramadol aumentou 17% após administração oral. Em indivíduos com mais de 75 anos de idade, recomenda-se que o intervalo mínimo entre as tomas não seja inferior a 6 horas, devido à presença do tramadol. **Insuficiência renal:** Devido à presença de tramadol, não se recomenda a utilização de Tramadol/Paracetamol em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina < 10 ml/min). Em casos de insuficiência renal moderada (depuração da creatinina entre 10 e 30 ml/min), o intervalo entre as tomas deverá ser aumentado para 12 horas. Como o tramadol é removido muito lentamente por hemodiálise ou por hemofiltração, a administração após a diálise para manter a analgesia não é normalmente necessária. **Insuficiência hepática:** Em doentes com disfunção hepática grave não se deve utilizar Tramadol/Paracetamol. Em caso de insuficiência hepática moderada deve ser cuidadosamente considerado o prolongamento do intervalo entre as doses. **Modo de administração:** Administração oral. Os comprimidos devem ser engolidos com uma quantidade suficiente de líquido. **CONTRAINDICAÇÕES** Hiperensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool; fármacos hipnóticos, analgésicos de ação central, opiáceos ou fármacos psicotrópicos; Paracetamol / Tramadol não deve ser administrado a doentes em tratamento concomitante com inibidores da Monooxidase (MAO) ou dentro das duas semanas após paragem do tratamento; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Nos doentes com dependência de opiáceos e com um historial de dependência ou abuso de drogas, o tratamento só deve efetuar-se por um período curto e sob vigilância médica. O Tramadol/Paracetamol deve ser usado com precaução em doentes com traumatismo craniano, em doentes predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem desconhecida, com problemas que afetam o centro respiratório ou a função respiratória ou com aumento da pressão intracranial. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os efeitos indesejáveis mais frequentemente referidos durante os ensaios clínicos, realizados com a associação de paracetamol/tramadol, foram náuseas, sonolência e sonolência, observados em mais de 10 % dos doentes. **Perturbações do foro psiquiátrico:** - Freqüentes (≥1/100 a <1/10); confusão, alterações do humor (ansiedade, nervosismo, euforia), perturbações do sono. **Doenças do sistema nervoso:** - Muito frequentes (≥1/10); tonturas, sonolência - Freqüentes (≥1/100 a <1/10); cefaleias, tremor. **Doenças gastrointestinais:** - Muito frequentes (≥1/100 a <1/10); vômitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispênia, flatulência. **Ações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** - Freqüentes (≥1/100 a <1/10); sudoreção, prurido. Embora não tendo sido observados durante os ensaios clínicos, não podem ser excluídos os seguintes efeitos secundários, associados ao uso isolado de tramadol e paracetamol: Hipotensão postural, bradicardia, colapso (tramadol); A vigilância pós-comercialização do tramadol revelou alterações raras da ação da varfarina, incluindo aumento do tempo de protrombina. Após a administração do tramadol podem ocorrer efeitos secundários psíquicos que variam individualmente na intensidade e natureza que incluem alterações no humor, alterações na atividade e na capacidade cognitiva e sensorial. - Foi relatado agravamento de asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. - Sintomas de reações de privação, semelhantes às que ocorrem durante a privação de opiáceos, podem manifestar-se da seguinte forma: agitação, ansiedade, nervosismo, insónia, hiperconsciência, tremor e sintomas gastrointestinais. Paracetamol: - As reações adversas do paracetamol são raras, no entanto, pode ocorrer hiperensibilidade incluindo erupções cutâneas. - Vários relatos sugerem que o paracetamol pode produzir hipotrombinémia quando administrado com substâncias análogas a varfarina. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoar> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73 E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Agosto 2021. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. MSRM, Medicamento compartilhado. Escalão C.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO.
NOME DO MEDICAMENTO: Zilpen LP 75 mg / 650 mg comprimidos de libertação prolongada. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido de libertação prolongada contém 75 mg de cloridrato de tramadol equivalente a 650 mg de tramadol e 650 mg de paracetamol. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos ovais, biconvexos, com duas camadas revestidas por película, de cor branca à quase branca numa das faces e amarelo pálido na face oposta, com manchas e riscas. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Indicado para o tratamento sintomático da dor moderada a intensa em adultos e adolescentes com mais de 12 anos. O uso de Zilpen LP deve restringir-se aos doentes com dor moderada a intensa em que se considere ser adequada a combinação de tramadol e paracetamol. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: **Adultos e adolescentes (com 12 ou mais anos de idade)** A posologia deve ser ajustada individualmente à intensidade da dor e à sensibilidade do doente. Deve geralmente ser escolhida a dose analgésica eficaz mas baixa. Recomenda-se uma dose inicial de um a dois comprimidos de Zilpen LP. Se necessário podem ser tomadas doses adicionais, não ultrapassando os 4 comprimidos por dia. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a doze horas. Zilpen LP não deverá, em nenhuma circunstância, ser tomado durante mais tempo do que o estritamente necessário. Caso seja necessário um tratamento repetido ou prolongado, como consequência da natureza e gravidade da patologia, deverá efetuar-se uma monitorização cuidadosa e regular (sempre que possível, com intervalos no tratamento), de forma a avaliar se é necessário continuar o tratamento. **População pediátrica:** Não se recomenda o tratamento nesta população de doentes. **Doentes idosos:** Em doentes idosos até 75 anos, sem insuficiência hepática ou renal clinicamente estabelecida, não é habitualmente necessário qualquer ajuste posológico. Em doentes com mais de 75 anos o tempo de eliminação pode estar aumentado. Deste modo, se necessário, os intervalos entre as doses devem ser prolongados em função das necessidades do doente. **Doentes com insuficiência renal/diálise:** Devido à presença de tramadol, não se recomenda a utilização de Zilpen LP em doentes com insuficiência renal grave. Em casos de insuficiência renal moderada, deve ser considerado um aumento no intervalo entre as doses. Como o tramadol é eliminado apenas muito lentamente por hemodiálise ou por hemofiltração, a administração após a diálise para manter a analgesia não é normalmente necessária. **Disfunção hepática:** Em doentes com insuficiência hepática, a eliminação do tramadol encontra-se prolongada. Nestes doentes, o prolongamento do intervalo entre as doses deverá ser criteriosamente considerado em função das necessidades do doente. Devido à presença de paracetamol, Zilpen LP não deve ser utilizado em doentes com disfunção hepática grave. **Modo de administração:** Administração oral. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, com uma quantidade suficiente de líquido. Não devem ser partidos nem mastigados. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hiperensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool; fármacos hipnóticos, analgésicos de ação central, opiáceos ou fármacos psicotrópicos. Não deve ser administrado concomitantemente com inibidores da MAO ou dentro das duas semanas após paragem do tratamento; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos indesejáveis que poderão ocorrer durante o tratamento com Zilpen LP são classificados de acordo com os seguintes grupos por ordem de frequência: Muito frequentes (≥1/10); Pouco frequentes (≥1/100 a <1/10); Raros (≥1/1000 a <1/100); Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada grupo de frequência, os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade. Os efeitos indesejáveis mais frequentemente referidos durante os ensaios clínicos, realizados com a associação de paracetamol/tramadol, foram náuseas, tonturas e sonolência, observados em mais de 10 % dos doentes. **Efeitos indesejáveis listados por classes de sistemas de órgãos:** **Perturbações do foro psiquiátrico:** Freqüentes: confusão, alterações do humor, ansiedade, nervosismo, euforia, perturbações do sono. **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: tonturas, sonolência. **Freqüentes:** cefaleias, tremor. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: náuseas. **Freqüentes:** vômitos, obstipação, xerostomia, diarreia, dor abdominal, dispênia, flatulência. **Ações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** sudoreção, prurido. Embora não tendo sido observados durante os ensaios clínicos, não podem ser excluídos os seguintes efeitos indesejáveis, associados ao uso isolado de tramadol e paracetamol: Hipotensão postural, bradicardia, colapso (tramadol). Após a administração de tramadol podem ocorrer efeitos secundários psíquicos que variam individualmente na intensidade e natureza. Estes incluem alterações no humor (geralmente agitação, ocasionalmente disforia), alterações na atividade (geralmente diminuição, ocasionalmente aumento) e alterações na capacidade cognitiva e sensorial (por ex. decisão de agir, perceção do doente). Foi relatado um caso de agravamento de asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. Sintomas de reações de privação, semelhantes às que ocorrem durante a privação de opiáceos, podem manifestar-se da seguinte forma: agitação, ansiedade, nervosismo, insónia, hiperconsciência, tremor e sintomas gastrointestinais. **Paracetamol:** Os efeitos adversos do paracetamol são raras, no entanto, pode ocorrer hiperensibilidade incluindo erupções cutâneas. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoar> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73, Linha de Medicamento: 800222444 (gratuita), E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Agosto 2022. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. MSRM, Medicamento compartilhado. Escalão C.

tecmede

TZILP231A1CG janeiro2023, revolidado anualmente

Referências: 1. Dados IMS [data on file] Nov 2022

TECNIMEDE GROUP

www.tecnimedegroup.com

Zona Industrial da Abunheira
Rua da Tapada Grande n.º 2
Abunheira
2710-069 Sintra
NIF 500626413

FARMACO VIGILANCIA

800 20 28 38
Linha Verde



