

# JORNAL

Distribuição gratuita no Congresso

Guarda | 27 e 28 de junho de 2013



## 4<sup>o</sup> CONGRESSO de PNEUMOLOGIA do CENTRO XXXVII Jornadas de Actualização Pneumológica

Edições



**O PULMÃO  
NO CENTRO**

[www.newsfarma.pt](http://www.newsfarma.pt)

# 4.º Congresso de Pneumologia do Centro XXXVII Jornadas de Atualização Pneumológica

## MENSAGEM DE BOAS-VINDAS

*Alta cidade, a todos sobranceira  
Tens no Mondego as graças  
e a alegria  
E a pureza de altura é tão sadia  
Que os Tísicos te chamam  
"feiticeira"*

Júlio A.R.Silva 1934

Uma expedição promovida, em 1881, pela Sociedade de Geografia de Lisboa, à Serra da Estrela, onde estava incluído o médico Sousa Martins, despertou a atenção da comunidade científica para a excelência das condições climáticas desta região no tratamento do flagelo da época – a tuberculose.



**PROF. DOUTOR CARLOS ROBALO CORDEIRO**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia



**DR. LUÍS FERREIRA**

Diretor do Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda

Este evento irá levar à construção de um Sanatório na Guarda, que marcará profundamente a história da cidade por mais de meio século, conduzindo a enormes transformações económicas, sociais e culturais.

Por aqui passaram ilustres clínicos, como Lopo de Carvalho, 1.º diretor do Sanatório, Amândio Paul, Ladislau Patrício e muitos outros que honraram a Pneumologia Portuguesa e deixaram como legado um dos serviços de Pneumologia mais antigos do país e a identificação de uma cidade com o Ambiente e a Saúde Respiratória.

É, pois, nesta cidade que vai decorrer o 4.º Congresso de Pneumologia do Centro, um evento que, mais uma vez, conta com o contributo ativo dos vários serviços da região, que participam ou colaboram, através de diversos dos seus profissionais, como palestrantes, moderadores ou júris de avaliação de comunicações.

O programa científico apresentado, dividido por conferências, mesas-redondas e simpósios, procura cativar todos os pneumologistas, em particular os mais jovens, assim como especialistas de outras áreas médicas, de forma a proporcionar uma excelente oportunidade de atualização, formação e debate ativo.

Sendo já uma tradição, o 4.º Congresso abrirá com a conferência "António Robalo Cordeiro", em homenagem ao ilustre Pneumologista e fundador das mais antigas jornadas da região Centro, que abordará o tema Ambiente e Qualidade do Ar, um tema especialmente adequado, pois, estamos numa cidade que tem certificada a qualidade do seu ar (CEMBREU) e cuja aposta futura é no bioclimatismo e saúde respiratória.

"Tabaco" e "Doença respiratória" constituem os temas da mesa-redonda seguinte. Discute-se o Programa Nacional de Prevenção e a sua importância na saúde comunitária, a abordagem do fumador com comorbilidades e o papel da Medicina Familiar face ao fumador.

A tarde inicia-se com um simpósio sobre "Pneumonias, da epidemiologia à prevenção", tema da maior atualidade, pois, a pneumonia permanece, ainda hoje, como uma importante causa de morbilidade, de mortalidade e de consumo de recursos, sobretudo numa população cada vez mais envelhecida.

Encerra o dia a discussão dos posters, este ano com o maior número de apresentações alguma vez alcançado face a congressos anteriores, traduzindo a produção científica de vários serviços e a enorme adesão a este evento dos jovens médicos em formação.

Para finalizar o primeiro dia de trabalhos, decorrerá um jantar na Quinta da Ponte, acompanhado de um momento musical, oportunidade de descontração e convívio.

suas indicações, havendo atualmente plena evidência científica dos benefícios no tratamento da doença respiratória aguda e crónica.

Segue-se um simpósio que abordará a Oncologia: "A radioterapia na doença precoce e a terapêutica molecular na doença avançada". Numa patologia com incidência e mortalidade elevadas, e que, apesar dos avanços terapêuticos significativos das últimas décadas, tem, infelizmente, uma baixa sobrevida, a interdisciplinaridade continua a ser um instrumento fundamental.

Terminaremos o congresso com a discussão de três comunicações selecionadas pela Comissão Científica, e com a entrega do prémio ao trabalho mais relevante.

Por último, uma palavra de agradecimento a todos os que tornaram possível a concretização deste Congresso, particularmente aos elementos do Secretariado e à Indústria Farmacêutica, mas também aos mais jovens participantes, cuja presença tem sido exponenciada.



O Programa prossegue com uma mesa-redonda sobre "Dificuldades no diagnóstico pneumológico em patologia intersticial e infecciosa". Visitamos assim duas patologias de grande prevalência e morbilidade, que colocam diariamente enormes desafios à prática clínica.

O segundo dia inicia-se com uma mesa-redonda sobre "Reabilitação respiratória". De um procedimento tradicionalmente utilizado no doente respiratório crónico, frequente e infelizmente só em fases tardias da doença, este apoio tem-se alargado nas

É a presença e participação de todos vós que assegurará o êxito deste Congresso.

Bem-vindos à cidade da Guarda!

Obrigado pela Vossa presença!

# A POLUIÇÃO DO AR E A SAÚDE

A poluição do ar, quer exterior, quer interior, é o fator ambiental com maior impacto na saúde dos europeus, sendo responsável pela maior percentagem



**PROF. DOUTOR CARLOS BORREGO**  
Professor catedrático, CESAM e diretor do Departamento de Ambiente e Ordenamento da Univ. Aveiro

de doenças com causas ambientais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), vários estudos científicos comprovam que a saúde

das crianças na Europa beneficiaria significativamente da redução dos níveis de concentração dos poluentes na atmosfera, uma vez que a poluição do ar ambiente por partí-



**DR.ª JOANA VALENTE**  
Bolsista de pós-doutoramento, CESAM, Departamento de Ambiente e Ordenamento da Univ. Aveiro

culas é responsável por 6,4% das mortes das crianças até aos 4 anos, variando entre 1% e 7,5% em diferentes regiões deste continente.

O impacto da poluição atmosférica na saúde respiratória é uma temática ainda com lacunas de conhecimento, cujo estudo contribuirá certamente para a melhoria das condições de saúde das populações, assim como para a diminuição dos custos médicos associados a estas doenças.

O estudo dos efeitos da poluição atmosférica na saúde implica percorrer uma cadeia de eventos, desde a emissão dos poluentes até ao seu efeito concreto, passando pela concentração, exposição e dose, sendo para isso fundamental investir no conhecimento de cada um dos passos intermédios.

No entanto, tradicionalmente, os estudos que relacionam a saúde com a qualidade do ar utilizam os dados de concentração de poluentes, obtidos a partir das redes de monitorização de qualidade do ar, como indicadores

de exposição de um indivíduo ou de um grupo populacional, o que pode originar significativos desvios da realidade.

A exposição e a dose inalada são calculadas em termos populacionais, podendo estar relacionadas com dados populacionais de saúde, ou calculadas ao nível individual, relacionando com resultados clínicos individuais em estudos de painel. Em particular nesta última abordagem, a utilização de tecnologias de localização e georreferenciação assumem-se como instrumentos que permitem avanços significativos nos estudos nesta área.

As ferramentas computacionais permitem ainda avaliar cenários e os efeitos de estratégias mitigadoras, quer na qualidade do ar, quer na saúde das populações, designadamente, em grupos de risco, como são as crianças.

## A EPIDEMIA GLOBAL DO TABAGISMO: MEDIDAS DE CONTROLO

A epidemia global do tabagismo causou 100 milhões de mortes no séc. XX e mata anualmente cerca de 6 milhões de pessoas, das quais 600.000 não fumadoras, expostas ao fumo de tabaco ambiental. Se nada for feito, no século XXI, poderão morrer até 1 bilião de pessoas devido ao tabagismo (ativo e passivo).



**DR.ª ANA FIGUEIREDO**  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - H Geral

Perante a globalização deste problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou uma Convenção Quadro para o Controlo do

Tabagismo, que viria a ser adotada, por unanimidade, na 56.ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2003. Esta Convenção Quadro transformou-se rapidamente num dos tratados mais aceites e ratificados da história das Nações Unidas, tendo sido assinado por mais de 170 países, cobrindo 88% da população mundial.

Em 2008, a OMS criou um conjunto de orientações destinadas a ajudar os países a implementar as medidas do Tratado: o MPOWER (M = *Monitor tobacco use and prevention policies*, P = *Protect people from tobacco use*, O = *Offer help to quit tobacco use*, W = *Warn about the dangers of tobacco*, E = *Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, R = *Raise taxes on tobacco*).

Portugal assinou a Convenção Quadro em 9 de janeiro de 2004, sendo aprovada em novembro de 2005, através do Decreto-Lei n.º 25-A/2005. Posteriormente, a Lei 37/2007, de 14 de agosto, que entrou em vigor em

janeiro de 2008, veio dar execução ao disposto nesta Convenção, estabelecendo "normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo".

mover um futuro mais saudável, totalmente livre de tabaco. A FINALIDADE é aumentar a expectativa de vida saudável da população portuguesa, através da redução das doenças e da mortalidade prematura associadas ao consumo e à exposição ao fumo de tabaco.

### A EPIDEMIA GLOBAL DO TABAGISMO CAUSOU 100 MILHÕES DE MORTES NO SÉC. XX.

Neste contexto, o tabagismo foi considerado um problema de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, justificando-se, assim, a criação do Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), conforme Despacho n.º 404/2012, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de janeiro.

A VISÃO do Programa é pro-

Os OBJETIVOS, mais específicos, são reduzir a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos em pelo menos 2%, até 2016, e eliminar a exposição ao fumo ambiental do tabaco. Os três grandes eixos estratégicos são a Prevenção da iniciação do consumo, a Promoção da cessação tabágica e a Proteção da exposição ao fumo ambiental.

## JORNAL

4º CONGRESSO de PNEUMOLOGIA do CENTRO  
XXXVII Jornadas de Atualização Pneumológica

Coordenação: Paula Pereira  
paulapereira@newsfarma.pt

agradece o apoio de todos os que contribuíram para a realização deste Jornal, nomeadamente:

Comissão organizadora



Edições  
Avenida Infante D. Henrique,  
n.º 333 H, Esc. 37  
1800-282 Lisboa  
Tel.: 218 504 065  
Fax: 210 435 935  
newsfarma@newsfarma.pt  
www.newsfarma.pt

## PATROCINADORES



# TABACO E DOENÇA RESPIRATÓRIA

O tabaco é a principal causa de morte evitável no mundo. O seu consumo constitui um dos maiores problemas de saúde pública, com repercussão tanto na população fumadora como não fumadora. Por ano, morrem cerca de 5 milhões de pessoas no mundo por doenças relacionadas com o tabaco.



**DR.ª LOURDES BARRADAS**  
Diretora do Serviço de Pneumologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra (IPOC, FG, EPE)

O tabagismo é, assim, o principal fator de risco para as doenças respiratórias, destacando-se o cancro do pulmão e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). O risco de morte por cancro do pulmão é 23 vezes superior no homem fumador e 13 vezes superior na mulher fumadora, quando comparado com os não fumadores. Em relação à DPOC, 15% dos fumadores de 20 cigarros/dia e 25% dos fumadores de 40 cigarros/dia desenvolverão esta doença, apresentando um risco 10 vezes superior de morte, mais uma

vez em comparação com os não fumadores.

De acordo com a Sociedade Respiratória Europeia (ERS), a cessação tabágica é um dos meios mais importantes para melhorar o prognóstico de doentes com doença respiratória. Também de acordo com o Programa GOLD (Iniciativa Global para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), a cessação tabágica apresenta-se como a única medida de tratamento efetiva para evitar a progressão e reduzir a incidência de DPOC.

Desta forma, os profissionais de saúde têm obrigação de incentivar os seus doentes portadores de patologia respiratória a abandonar os hábitos tabágicos, devendo incluí-los num programa de cessação tabágica. O apoio deve ser feito por um equipa multidisciplinar, que deve abordar a dependência física e psicológica, alertar para os riscos de manter os hábitos tabágicos e mostrar os benefícios da cessação. Os fumadores devem ser informados sobre as várias terapêuticas disponíveis, nomeadamente as terapêuticas a nível farmacológico e a nível comportamental. A terapêutica com substitutos de nicotina, a vareniclina e a bupropiona, associados à terapêutica comportamental, é importante na manutenção da abstinência a longo prazo.

Os profissionais de saúde deverão estar cientes de que os doentes portadores de patologia respiratória são mais dependen-

tes da nicotina, facto que poderá implicar um maior esforço para que o programa de cessação tenha sucesso. Ainda assim, o impacto negativo do tabagismo nestes doentes justifica um investimento de esforços na cessação

tabágica, pela relação custo-benefício que esta apresenta.

A epidemia do tabagismo requer uma atuação multidisciplinar centrada na prevenção, na promoção da cessação e na proteção da exposição ao fumo ambiental.



## TABACO E DOENÇA RESPIRATÓRIA – MGF FACE AO FUMADOR

Portugal, pelas características do seu Serviço Nacional de Saúde – universal e tendencialmente gratuito – e pela organização dos Cuidados de Saúde Primários, em que uma rede de centros de saúde tem inscrita a quase totalidade da população, com médicos de Medicina Geral e Familiar a trabalhar com listas de utentes organizadas por famílias, apresenta especiais condições para que se implemente com êxito um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo.

O consumo do tabaco continua a ser considerado pela OMS a mais importante causa de morbilidade prematura e de mortalidade mundiais. O trata-



**DR. JOSÉ MANUEL LOBO BONIFÁCIO**  
Assessor para o Conselho Clínico do ACES Baixo Vouga nas áreas do Tabagismo e PLA. Coordenador Regional da ARS Centro na área dos PLA

mento da dependência tabágica é considerado por muitos o *gold standard* da prevenção da doença crónica, sendo ao mesmo tempo a intervenção que os clínicos têm

disponível, com melhor relação de custo-efetividade.

Em Portugal, a maioria da população consulta pelo menos uma vez no ano o seu médico de família. É habitual existirem taxas de cobertura da ordem dos 60 a 70%. Sabemos que o aconselhamento pelo médico de família aumenta a motivação do fumador para deixar de fumar e que a cessação tabágica ocorre mais quando os médicos disponibilizam apoio e aconselhamento, por comparação quando não se aconselha, havendo melhores resultados quando o aconselhamento é mais frequente e mais intenso.

Em síntese, é possível afirmar que os fumadores que ten-

tam deixar de fumar valorizam o aconselhamento do seu médico e têm um contacto próximo com o centro de saúde e o hospital e que as propostas terapêuticas existentes são bastante eficazes.

Fiori e outros propõem a Intervenção Breve (IB) (menos de 10 minutos) e o Modelo dos "5 As" (abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar) para tratar os fumadores que querem deixar de fumar, especialmente quando aplicado em ambiente de cuidados de saúde primários.

Ainda são os mesmos autores que escrevem: "A estratégia a seguir é simples – é essencial que a todo o fumador, e em cada consulta, seja oferecida pelo menos uma intervenção breve".

## REABILITAÇÃO EM PATOLOGIA AGUDA

A Reabilitação Respiratória (RR) é, atualmente, definida pela ATS/ERS como uma intervenção baseada na avaliação cuidadosa do doente, que inclui programas de exercício, mas também educação e alteração comportamental, com objetivo de melhorar a condição física e emocional de pessoas com doença respiratória crónica e para promover a adesão a longo prazo de comportamentos promotores de saúde.

Inúmeros trabalhos reportam os benefícios desta intervenção na doença respiratória crónica estável.

Menos conhecido é o efeito da RR na patologia aguda, ou seja, durante ou imediatamente após a exacerbação.



DR.ª CIDADIA RODRIGUES

Assistente de Pneumologia, Hospital Geral, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

As exacerbações são eventos que marcam negativamente a evolução clínica da doença, com redução da qualidade de vida relacionada com a saúde e da capacidade de exercício.

Durante estes episódios, os

doentes apresentam-se mais sintomáticos e menos ativos. Essa inatividade pode prolongar-se por várias semanas, aumentando o risco de nova exacerbação e reinternamento.

Paralelamente ao tratamento médico, torna-se prioritário desenvolver estratégias para tornar o doente mais ativo, quebrando o ciclo vicioso entre a exacerbação e a inatividade.

A inatividade e a disfunção muscular são precoces, iniciam-se com a exacerbação, pelo que a reabilitação deve ser considerada logo nesse momento.

Contudo, a debilidade e a limitação ventilatória do doente durante a exacerbação faz com que as estratégias de reabilitação, nomeadamente o exercício,

sejam adaptadas à sua condição clínica.

O treino de resistência muscular e a estimulação neuromuscular transcutânea dos músculos de deambulação permitem o início precoce da reabilitação, com boa tolerância e benefícios reconhecidos, nomeadamente a prevenção da deterioração da função muscular dos quadríceps femorais.

A propósito do tema, numa meta-análise realizada por Puhan e colaboradores (Cochrane, 2011), concluíram que a RR pós-exacerbação da DPOC é uma intervenção eficaz e segura, com redução das hospitalizações, diminuição da mortalidade, melhoria da capacidade de exercício e da qualidade de vida.

## REABILITAÇÃO EM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

A patologia respiratória crónica, para além dos sintomas a que está associada (onde a dispneia apresenta particular relevância), provoca uma série de repercussões multidimensionais nos doentes. Verifica-se muitas vezes uma limitação nas atividades diárias, muitas vezes por intolerância à atividade física, e uma desvantagem social e profissional. Assim, o conceito clássico de doença e seu tratamento tornou-se insuficiente para responder ao doente como um ser biopsicossocial.



DR. NUNO SOUSA

Assistente hospitalar de Pneumologia da ULS da Guarda

A reabilitação é, atualmente, definida como uma intervenção "multidisciplinar, individualizada e baseada na evidência", que tem em atenção não só a sintomatologia, mas também as limitações dos doentes, bem como o seu estado nutricional, emocional e social. Tudo em prol de uma otimização global do doente, com o objetivo supremo



de melhorar a sua qualidade de vida.

Um conjunto de orientações técnicas sobre a reabilitação respiratória, se bem que vocacionado para a DPOC, encontra-se publicado pela Direção-Geral da Saúde, através de uma circular normativa que data de 27/10/2009.

A implementação de um programa implica a existência de uma equipa constituída idealmente por pneumologistas, fisiatras,

fisioterapeutas, enfermeiros de reabilitação, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e terapeutas ocupacionais. A sua intervenção tem como objetivos: minimizar os sintomas, aumentar a capacidade de exercício físico, promover a autonomia funcional, aumentar a qualidade de vida relacionada com a saúde e, por fim, alterar os comportamentos, de forma a adotar um estilo de vida promotor de saúde.

O coordenador do programa,

após uma avaliação inicial, individualiza um programa que inclui treino de exercício, técnicas de fisioterapia respiratória, intervenção nutricional, social e psicológica e sessões de educação para a doença.

Apesar da existência de uma forte evidência de benefícios, a reabilitação respiratória em toda a sua plenitude ainda não está acessível a todos os doentes respiratórios crónicos em Portugal.

## A RADIOTERAPIA NA DOENÇA PRECOZE

Atualmente, 15-20% dos doentes com carcinoma do pulmão de não pequenas células (CPNPC) apresentam-se com doença em estágio localizado.

A terapêutica de eleição para esta apresentação clínica é a ressecção cirúrgica, apresentando esta estratégia taxas de sobrevivência global aos 5 anos que podem variar entre os 50-70%.

Contudo, uma proporção significativa deste grupo de doentes nunca conseguirá vir a reunir as condições necessárias para serem submetidos a tal opção terapêutica.

Anteriormente, aos doentes sem condições para abordagem cirúrgica em estágio precoce de CPNPC era proposto tratamento



DR. PAULO COSTA

Diretor do Serviço de Radioterapia do Hospital de Beja

de Radioterapia Externa (RTE) com técnicas convencionais como primeira opção de tratamento, sendo, contudo, esta solução inferior em resultados à obtida com a opção cirúrgica.

Perante a ausência de outras alternativas válidas de tratamento, surgiu em vários centros a necessidade de desenvolvimento de uma nova técnica de Radioterapia, denominada Radioterapia Estereotáxica Corporal (SBRT), envolvendo a realização de um tratamento de elevada precisão e no qual o movimento do tumor é considerado no decurso do tratamento.

Vários estudos utilizando esta técnica, nomeadamente estudos prospetivos randomizados, permitiram concluir das elevadas taxas de controlo local e aumento da sobrevivência global, com baixas incidências de toxicidade, fundamentalmente num grupo de doentes já de si

portadores de múltiplas comorbilidades.

A recente introdução em Portugal desta técnica de tratamento permitiu disponibilizar aos nossos doentes a mais fácil acessibilidade a esta forma de abordagem terapêutica num grupo para o qual não existiam verdadeiras soluções de intuito radical.

Em conclusão, a SBRT, quando utilizada no tratamento do CPNPC, é uma modalidade de tratamento que apresenta elevadas taxas de controlo local, associada a diminuta toxicidade aguda ou tardia, pelo que a sua utilização deve ser ponderada como opção válida de tratamento, num contexto de estágio inicial não cirúrgico de CPNPC.

## TERAPÊUTICA MOLECULAR NA DOENÇA AVANÇADA

Durante anos e anos, a opção terapêutica disponível para o doente com cancro do pulmão numa fase avançada baseava-se em quimioterapia – um composto platínio com outro agente citostático de última geração e efeito no cancro do pulmão. *Versus* a melhor terapêutica de suporte, estas combinações de alvo inespecífico melhoraram, em doentes que mantinham um bom estado geral, o controlo sintomático, a qualidade de vida e a sobrevivência global. No fim do século XX, a sobrevivência média destes doentes não ultrapassava os dez meses.



DR. FERNANDO BARATA

Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

Felizmente, novas abordagens surgiram. Primeiro selecionou-se a terapêutica com base na histologia e características clínicas do doente. Ultrapassámos os doze meses. Recentemente, incorporámos as características moleculares na identificação do doente, associámos terapêuticas específicas e os resultados iniciais conduziram-nos aos 24 meses de sobrevivência global.

Nunca como hoje a compreensão dos mecanismos moleculares e celulares subjacentes ao processo de iniciação, proliferação e progressão do cancro do pulmão foram tão importantes. Qualquer atual algoritmo de tratamento recomenda para o adenocarcinoma, em fase avançada, que se pesquise mutações do gene EGFR (*epidermal growth factor receptor*) ou rearranjo no gene ALK (*anaplastic lymphoma kinase*).

Quando presentes, uma terapêutica oral específica está recomendada. Os resultados conduzem-nos aos primeiros passos de um velho sonho – tornar o can-

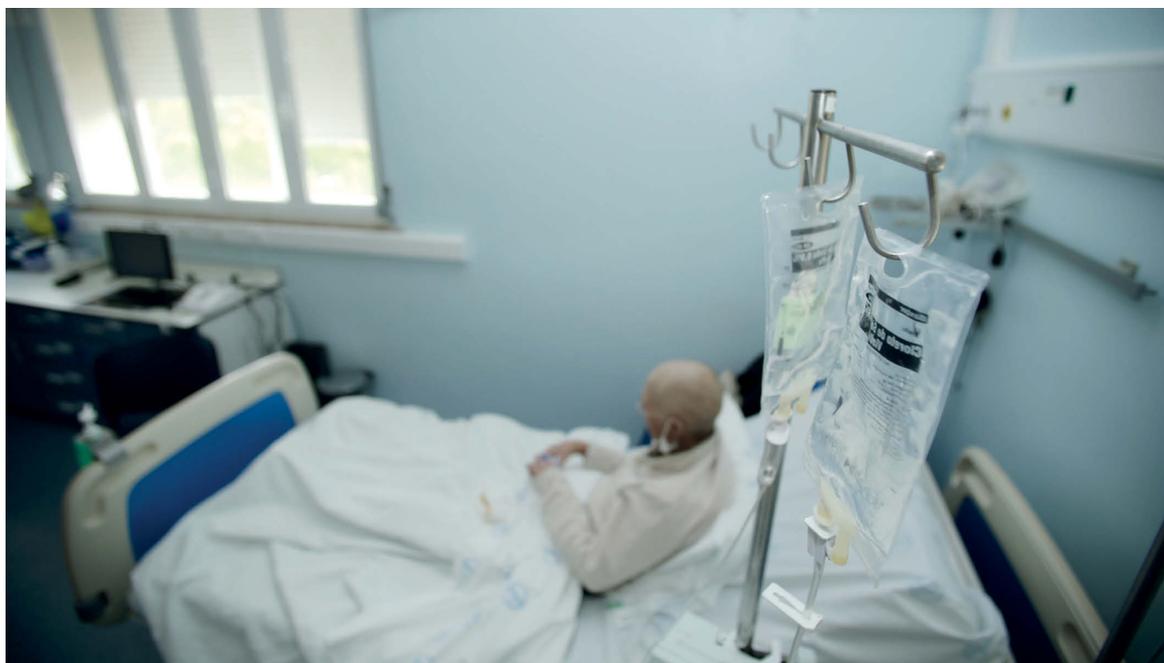
cro do pulmão, mesmo em fase avançada, numa doença crónica controlada por uma terapêutica prolongada.

Ainda no adenocarcinoma, novos marcadores moleculares como o ROS1, HER2, KRAS com prevalências muito díspares, aguardam resultados de fármacos em experiência e particularmente orientados para estes marcadores. Tal como ocorreu noutros tipos de doenças oncológicas, esperamos para 2025 que em mais de metade dos doentes com adenocarcinoma avançado a opção se faça, com base num marcador molecular, por uma terapêutica específica.

Também para o carcinoma epidermoide ou escamoso, marcadores moleculares como o DD2, o P13KCA ou o mais promissor FGFR1 tenham, quando positivos, uma terapêutica dirigida.

Três novas áreas terapêuticas, em diferentes fases de investigação, podem contribuir, administradas de modo concomitante ou sequencial, para melhorar os resultados globais. Referência obrigatória à terapêutica de manutenção, os antiangiogénicos e a imunoterapia.

Estamos atentos, procurando, no dia-a-dia, orientar cada vez melhor, para levar cada vez mais longe todos aqueles que nos procuram.



## informação

SPIRIVA<sup>®</sup> CELEBRA 10 ANOS

Spiriva<sup>®</sup> (tiotrópio), uma co-promoção entre a Boehringer Ingelheim e os Laboratórios Pfizer, tem todos os motivos para comemorar. Líder no tratamento da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), foi lançado em Portugal em 2002 e continua a ser o único representante da sua classe comercializado no país para o tratamento de manutenção da DPOC. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 65 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem atualmente de DPOC.<sup>[1]</sup>

Em Portugal, segundo o estudo de prevalência BOLD, a

doença atinge cerca de 14% de indivíduos adultos com mais de 40 anos de idade.<sup>[2]</sup> De acordo com a última revisão das recomendações globais para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DPOC

(GOLD 2013), o tiotrópio é 1.<sup>a</sup> escolha em monoterapia para todos os doentes com DPOC que requerem tratamento de manutenção. O Spiriva<sup>®</sup> demonstrou a sua eficácia em vários ensaios clínicos,

nomeadamente a melhoria significativa no alívio dos sintomas em doentes com DPOC, a melhoria da função pulmonar, a redução do risco de exacerbações, a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde, o aumento da tolerância ao exercício e a redução do risco de mortalidade.

**O SPIRIVA<sup>®</sup> DEMONSTROU A SUA EFICÁCIA EM VÁRIOS ENSAIOS CLÍNICOS, NOMEADAMENTE A MELHORIA SIGNIFICATIVA NO ALÍVIO DOS SINTOMAS EM DOENTES COM DPOC, A MELHORIA DA FUNÇÃO PULMONAR, A REDUÇÃO DO RISCO DE EXACERBAÇÕES, A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE, O AUMENTO DA TOLERÂNCIA AO EXERCÍCIO E A REDUÇÃO DO RISCO DE MORTALIDADE.**

*Bibliografia:*

1. OMS – Organização Mundial de Saúde
2. Cristina Bárbara, et al (2011), "COPD Prevalence in Portugal. The Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD)", Poster in ERS.

**Spiriva** 18 microgramas, pó para inalação, cápsula.

**Spiriva Respimat** 2,5 mcg solução para inalação por nebulização.

**Composição:** *Spiriva*: 22,5 mcg brometo de tiotrópio monohidratado (≈ 18 mcg tiotrópio) + 5,5 mg lactose monohidratada / cápsula. *Spiriva Respimat*: 2,5 mcg de tiotrópio por nebulização (≈ 3,124 mcg de brometo de tiotrópio monohidratado).

**Indicações terapêuticas:** tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas em doentes com DPOC.

**Posologia e modo de administração:** *Spiriva*: inalação do conteúdo de uma cápsula, 1/dia, mediante a utilização do dispositivo HandiHaler, na mesma altura do dia. *Spiriva Respimat*: 5 µg de tiotrópio (≈ duas nebulizações) / 1xdia, na mesma altura do dia; utilizar apenas com o inalador Respimat. Não exceder a posologia recomendada.

**Contraindicações:** *Spiriva e Spiriva Respimat*: hipersensibilidade a brometo de tiotrópio, atropina ou aos seus derivados (p.ex. ipratrópio ou oxitrópio) ou a qualquer um dos excipientes (*Spiriva*: contém lactose monohidratada, o qual contém proteína de leite. *Spiriva Respimat*: Doentes com < 18 anos).

**Advertências e precauções especiais de utilização:** *Spiriva e Spiriva Respimat*: não usar no tratamento inicial de episódios agudos de broncospasmo (como terapêutica de emergência). Podem desenvolver-se reações de hipersensibilidade imediata após a administração. Usar com precaução em doentes com glaucoma de ângulo estreito, hiperplasia da próstata ou obstrução do colo da bexiga. Pode provocar broncospasmo induzido pela inalação. Insuficiência renal: só usar em doentes com insuficiência renal moderada a grave se os benefícios previstos excederem os riscos potenciais; não há dados a longo prazo sobre a utilização em insuficiência renal grave. Os doentes deverão ser instruídos no sentido de impedir que o pó (*Spiriva*) ou a solução nebulizada (*Spiriva Respimat*) entre para os olhos: há risco de precipitação ou agravamento de glaucoma agudo de ângulo estreito, dor ou desconforto oculares, visão temporariamente turva, halos visuais ou imagens coloridas associados a vermelhidão dos olhos decorrente de congestão da conjuntiva e de edema da córnea; neste caso, o brometo de tiotrópio deve ser interrompido e procurada assistência médica. *Spiriva Respimat*: Usar com precaução em doentes com distúrbios do ritmo cardíaco conhecidos. *Spiriva*: Não há uma utilização relevante na população pediátrica (< 18 anos) para a indicação terapêutica.

**Interações medicamentosas e outras formas de interação:** *Spiriva e Spiriva Respimat*: não administrar simultaneamente tiotrópio e outros fármacos contendo anticolinérgicos.

**Efeitos Indesejáveis:** *Spiriva e Spiriva Respimat*: xerostomia, tonturas, cefaleias, visão turva, fibrilação atrial, faringite, disfonia, tosse, estomatite, doença de refluxo gastro-esofágico, obstipação, náusea, erupção cutânea, disúria, retenção urinária, insónia, glaucoma, aumento da pressão intraocular, taquicardia supraventricular, taquicardia, palpitações, broncospasmo, epistaxis, laringite, sinusite, obstrução intestinal (incluindo íleos paralítico), gengivite, glossite, candidíase orofaríngea, disfagia, urticária, prurido, hipersensibilidade (incluindo reações imediatas), infeção do trato urinário. **desconhecido:** desidratação, cárie dentária, infeção cutânea, úlcera cutânea, pele seca, edema das articulações. *Spiriva*: alterações do paladar. *Spiriva Respimat*: edema angioneurótico.

**Datas revisão texto:** maio 2012 (*Spiriva*) / setembro 2010 (*Spiriva Respimat*)

Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Regime de Participação: escalão B

Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

Boehringer Ingelheim, Lda.

Av. de Pádua, nº11 1800-294 Lisboa

Sociedade por quotas, com capital social € 150.000.00

Contribuinte nº 500 537 410

Matriculada na conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob nº 28628

# DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO EM PATOLOGIA INFECCIOSA

A infecção das vias respiratórias inferiores é um “guarda-chuva” que inclui inúmeras patologias distintas, não sendo muitas vezes possível ou custo-eficaz o diagnóstico diferencial em todos os doentes.



DR. ANTÓNIO REIS  
CH Tondela Viseu

Os meios de diagnóstico microbiológico nas infeções das vias respiratórias inferiores apresentam muitas limitações.

Porquê o especial interesse na área das infeções respiratórias? Devido ao documentado uso excessivo de AB nestes doentes e à dificuldade em identificar/isolar o agente etiológico.

Nos últimos 20 anos, houve um declínio marcado no diagnóstico microbiológico na pneumonia adquirida na comunidade (PAC), até ao ponto em que a maioria dos doentes atualmente internados por PAC não

tem identificação etiológica.

Parece ser necessário não só manter a análise bacteriana “clássica”, mas também é reconhecida a necessidade de desenvolver e implementar novas tecnologias moleculares no âmbito do diagnóstico microbiológico para os patógenos pulmonares mais comuns.

## OS MEIOS DE DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO NAS INFEÇÕES DAS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES APRESENTAM MUITAS LIMITAÇÕES.

Estas tecnologias requerem meios dispendiosos, são tecnicamente complicadas e não detetam grande número dos agentes mais comuns, pelo que o uso em pequenos laboratórios é irrealista. Além disso, apresentam alguns problemas de relevância clínica, como os que decorrem da deteção de agentes não viáveis e da dualidade infeção *versus* colonização. De realçar também que, por vezes, o custo do teste pode ser superior ao do tratamento.

Novas perspetivas se abrem com a utilização de biomarcadores no diagnóstico diferencial em

Pneumologia, nomeadamente no diagnóstico diferencial entre infeção e outras etiologias, na EA de DPOC e no doente com dispneia em contexto de Urgência.

A literatura atual refere um importante papel dos biomarcadores na identificação de várias causas de dispneia, no diagnóstico diferencial, no prognóstico,

alterações radiológicas parece-me ser a melhor abordagem.

No ambulatório, o diagnóstico de PAC é baseado nos sintomas e no exame objetivo, havendo sobrediagnóstico quando baseado apenas na clínica. A utilização de telerradiografia do tórax na suspeita de Pneumonia exclui-a numa elevada percentagem de casos, levando a alterações da terapêutica, com diminuição da prescrição de AB.

Na PAC, o diagnóstico diferencial pode ser difícil, particularmente em doentes com doença pulmonar subjacente/alterações estruturais pulmonares, na pneumonia associada ao ventilador e na ICC.

Em doentes com múltiplas comorbilidades, a exacerbação dos sintomas respiratórios pode ser muito difícil de investigar. Esta diferença na etiologia é clinicamente relevante e deve haver o cuidado de investigar cuidadosamente os mecanismos respiratórios e não respiratórios envolvidos, por forma a administrar tratamento adequado.

Nenhum biomarcador ou meio de diagnóstico é mais que uma ajuda no exercício do raciocínio clínico baseado no conjunto de achados objetivos, fisiológicos e laboratoriais, em cada doente. A clínica é a base da avaliação.

# DIFICULDADES NO DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO EM PATOLOGIA INTERSTICIAL

A doença intersticial difusa abarca um grupo heterogéneo de entidades clínicas que partilham entre si aspetos clínicos, radiológicos e anatomo-



DR.ª SARA FREITAS  
Assistente hospitalar de Pneumologia  
HUC

-patológicos, mas que divergem substancialmente no comportamento, no prognóstico e na atitude terapêutica. Torna-se assim

essencial obter um diagnóstico apurado e célere, dado o impacto negativo que o atraso no diagnóstico pode representar para o paciente. No entanto, o Pneumologista vê-se confrontado não raras vezes com quadros clínicos, radiológicos e até patológicos de difícil enquadramento, ou pela sua atipia ou pela possível sobreposição de diferentes entidades. Assim, diversos autores têm procurado homogeneizar abordagens diagnósticas promovendo algoritmos com o intuito de, por um lado, facilitar a destriça diagnóstica e, por outro, evitar custos diretos e indiretos excessivos para o doente ou para os recursos de saúde.

É sobejamente reconhecido o papel fundamental numa anamnese e semiologia cuidadas, associadas ao estudo comple-

## NOVOS MÉTODOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO TÊM VINDO A SER DESENVOLVIDOS, COM ÊNFASE NA GENÓMICA E NOS BIOMARCADORES DE AMOSTRAS BIOLÓGICAS.

mentar laboratorial, imagiológico e funcional. A caracterização histológica tem hoje um entendimento diferente, sendo parte determinante numa decisão multidisciplinar, envolvendo a clínica, a imagiologia e a anatomia patológica, mas não conferindo por si só em muitos casos o diagnóstico definitivo, podendo até em casos selecionados ser escusada.

Mesmo com esta abordagem multimodal, alguns casos permanecem por classificar ou necessitam de revisão diagnós-

tica ao longo do seu percurso evolutivo. Também a contínua emergência de novas entidades obriga a uma atualização constante e dificulta o encerramento diagnóstico. É neste sentido que novos métodos auxiliares de diagnóstico têm vindo a ser desenvolvidos, quer pela imagem, utilizando diferentes opções ou associando outros recursos como a programação informática, quer pela biologia molecular, com ênfase na genómica e nos biomarcadores de amostras biológicas.