

# 8°CPC

Congresso de Pneumologia do Centro

41<sup>as</sup> Jornadas de Actualização Pneumológica •

Figueira da Foz • Hotel Eurostars • 29 e 30 Junho de 2017



*O Pulmão no Centro*

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA NO CONGRESSO

Inovação e vitalidade  
da Pneumologia na região

## O pulmão no centro do progresso científico

Dr.<sup>a</sup> Manuela Lopes  
e Prof. Doutor Carlos  
Robalo Cordeiro



store

NEWSFARMA

Esta publicação está também disponível em formato digital  
Faça o download gratuito. Registe-se em [store.newsfarma.pt](https://store.newsfarma.pt)



## “O Congresso de Pneumologia do Centro é, neste momento, a segunda reunião pneumológica do país”

Um dia azul de verão na Figueira da Foz e, em simultâneo, uma sala cheia de especialistas que ambicionam avançar e inovar a área da Pneumologia. Este é o contraste perfeito que marca o início do 8.º Congresso de Pneumologia do Centro/41.ªs Jornadas de Atualização Pneumológica. O **Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro** e a **Dr.ª Manuela Lopes**, presidentes deste encontro científico, dão as boas vindas aos mais de 400 participantes que, ao longo de dois dias, vão colocar “O Pulmão no Centro” das atenções e do debate científico.



Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro e Dr.ª Manuela Lopes

“O Congresso de Pneumologia do Centro (CPC), que agora vê a sua 8.ª edição, tem-se transformado num evento de cada vez maior sucesso”, começam por afirmar os presidentes do Congresso. E o reflexo desta certeza está nos números do 8.º CPC: “Este

ano temos mais de 440 inscritos, tivemos 79 abstracts submetidos de norte a sul do país e uma forte presença da Indústria Farmacêutica, refletindo a vitalidade e o que se criou com o Congresso de Pneumologia do Centro”, refere o especialista.

E acrescenta: “Há oito anos iniciámos esta aventura de juntar os 10 Serviços de Pneumologia da região centro do país e Serviços próximos, de Espanha”. Um passo que o Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro considera ter sido muito positivo, dando início a

**“É com bastante satisfação e orgulho que afirmo que o Congresso de Pneumologia do Centro é, neste momento, a segunda reunião pneumológica do país, a seguir ao Congresso Pneumologia da SPP”**

uma reunião de referência que já ultrapassa a dimensão regional. Este encontro científico resulta das Jornadas de Atualização Pneumológica que aconteceriam este ano pela 41.ª vez e, portanto, “é a manifestação pós-graduada regular mais antiga de toda a Universidade de Coimbra”. Contudo, explica o pneumologista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, “ao ter-se transformado em Congresso de Pneumologia do Centro e, ao ter-se optado pela descentralização, o que resultou foi que em oito edições, apenas três foram em Coimbra. Creio ser esta uma das razões do seu sucesso pois trouxemos e recolhemos a energia dos diversos grupos pneumológicos da região centro para que esta reunião seja agregadora e representativa do que acontece na área respiratória no centro.”

O programa, baseado naquilo que os clínicos e os cientistas procuram saber, tem sido uma boa manifestação da forte participação nas sessões. Sendo também este o primeiro evento científico da área após o Congresso da *American Thoracic Society*, que acontece em maio, são trazidos para o programa do 8.º CPC vários destaques da ATS, que o Prof. Doutor Carlos Robalo Cordeiro vê como “um momento alto do Congresso”.

“Este ano superámos as expectativas a diversos níveis. É com bastante satisfação e orgulho que afirmo que o Congresso de Pneumologia do Centro é, neste momento, a segunda reunião pneumológica do país, a seguir ao Congresso Pneumologia da SPP”, termina.

## A intervenção unificadora do pneumologista

# Síndrome hipereosinofílica idiopática



Dr. Pedro  
Gonçalo  
Ferreira\*

Na abordagem da doença parenquimatosa difusa somos frequentemente confrontados com situações de expressão clínica multissistémica em que o envolvimento pulmonar pode, cronologicamente, ser um fenómeno inaugural ou diferido. São exemplos clássicos deste tipo de situações a sarcoidose, as conectivites ou as vasculites de pequenos vasos. Nos casos de doença sistémica com envolvimento pulmonar diferido o diagnóstico nosológico precede frequentemente o envolvimento do pneumologista. Contudo, existem situações em que poderá recair neste o papel unificador para a clarificação diagnóstica, particularmente em casos que venham mantendo um seguimento eventualmente demasiado “compartimentado” na orla de várias outras especialidades. Com efeito, a verdadeira transdisciplinaridade pressupõe um elemento

de coordenação diligente de alguma das partes. Este pode também caber ao pneumologista particularmente em situações onde se verifica que o pulmão é um órgão alvo privilegiado, precoce, ou quando, para clarificar a etiologia do envolvimento respiratório, o pneumologista necessita de mobilizar outras especialidades no sentido de apurar critérios diagnósticos.

As síndromes pulmonares eosinofílicas compreendem um grupo de entidades que encontramos na nossa atividade clínica com relativa frequência. Uma das entidades mais raras desse grupo é a síndrome hipereosinofílica<sup>1</sup> que é, por sua vez, altamente heterogénea subdividindo-se em diversas variantes. A sua definição, recentemente revista<sup>2</sup>, pressupõe a existência de eosinofilia periférica  $\geq 1500/uL$  em pelo menos duas ocasiões distintas ou evidência de eosinofilia tecidual proeminente com elevada eosinofilia periférica, com exclusão de causas secundárias. É sabido cursar com envolvimento pulmonar parenquimatoso em 44% dos casos.<sup>3</sup>

É apresentado o caso de um doente referenciado pela Medicina Interna à consulta de Pneumologia por alegadas alterações radiológicas em TC torácica, não recentes, associadas a dispneia e sintomatologia constitucional. Apresentava um padrão

**Na abordagem da doença parenquimatosa difusa somos frequentemente confrontados com situações de expressão clínica multissistémica em que o envolvimento pulmonar pode, cronologicamente, ser um fenómeno inaugural ou diferido**

característico de opacidades parenquimatosas nodulares periféricas, espiculadas, associados a uma zona localizada de envolvimento fibrótico. Evidenciava uma limitação obstructiva moderada, reversível e correlacionável com queixas recentes de sibilância, com baixa moderada da DLCO. Foi causador de “estranheza” a extensão de sintomas/sinais extrapulmonares de filiação diagnóstica pouco segura: historial de erupção cutânea pruriginosa recorrente, gerida como “eczema” inespecífico e alvo de prescrições de circunstância; antecedentes de uma alegada miocardiopatia não dilatada de causa indeterminada e com fração de ejeção preservada e uma

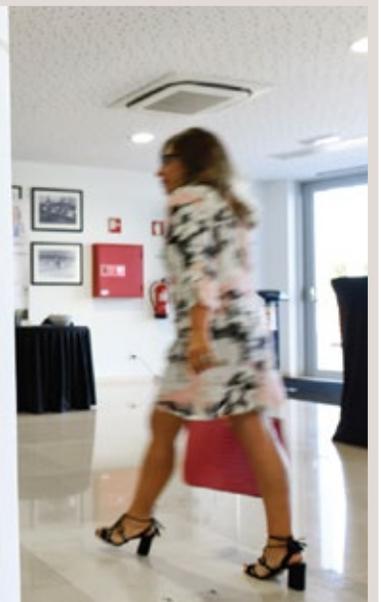
hipertensão pulmonar desproporcionada, sem seguimento cardiológico ativo; a nível digestivo, queixas recorrentes de náuseas, cólicas e diarreia que vinham adstritas a diagnósticos de “dispepsia” e síndrome de cólon irritável. Analiticamente salientavam-se: uma hipereosinofilia persistente desde há vários anos, oscilando entre 1.4 – 2.2 G/L e sem estudo conclusivo; ligeira citólise hepática intermitente; e doseamentos de troponina permanentemente com valores positivos baixos. Sob a coordenação da Pneumologia e com o necessário envolvimento de várias outras especialidades, foi conduzido um extenso estudo complementar que permitiu chegar ao diagnóstico de síndrome hipereosinofílica variante idiopática (SHI), com envolvimento pulmonar parenquimatoso, brônquico, cutâneo, cardíaco, intestinal, hepático e com uma hipertensão pulmonar e complicação aneurismática também de possível espectro eosinofílico. O doente veio a apresentar uma resposta favorável à terapêutica. São discutidas as opções de tratamento e a dificuldade de distinção diagnóstica entre a SHI e o subgrupo de casos ANCA negativos de granulomatose eosinofílica com poliangiíte.

\* Pneumologista, Centro Hospitalar do Baixo Vouga

### Referências

1. Cottin V, Cordier JF. Eosinophilic pneumonias. *Allergy*. 2005, 60:841–857
2. Gotlib J. World Health Organization-defined eosinophilic disorders: 2011 update on diagnosis, risk stratification, and management. *Am J Hematol*. 2011, 86(8):677-88
3. Ogbogu PU et al. Hypereosinophylic syndrome: a multicenter, retrospective analysis of clinical characteristics and response to therapy. *J Allergy Clin. Immunol*. 2009, 124(6),1319.e3-1325.e3

### FLASHES



# Imunoterapia no cancro do pulmão



Dr. Fernando Barata\*

**Nos últimos anos assistimos ao reconhecimento do papel do sistema imunológico no desenvolvimento e progressão da doença oncológica**

Em 2030, segundo a OMS, o cancro do pulmão será a 6.ª causa de morte no mundo. Será a 1.ª causa de morte por doença oncológica.

Entre nós, todos os anos diagnosticamos e tratamos mais doentes com esta patologia. Estimamos valores de incidência superiores a 4200 por ano, isto é, 12 casos diagnosticados por dia. Em mais de 60% desses, surgem-nos numa fase avançada, disseminada com prognóstico mais reservado.

Nos últimos anos assistimos ao reconhecimento do papel do sistema imunológico no desenvolvimento e progressão da doença oncológica. Sucessivos avanços demonstram que a ausência de uma resposta imunológica eficaz condiciona por parte do tumor mais proliferação. Compreender como evitar esta evasão imunológica traduz-se agora em benefício terapêutica com eficácia clínica.

Esta terapêutica tem como objetivo a destruição das células tumorais via mediação imunológica. Estimulando os linfócitos T contra locais

**A era da imunoterapia para o cancro do pulmão avançado está a chegar. Mais uma arma terapêutica que promete eficácia com um perfil de toxicidade muito aceitável**

específicos da célula tumoral que conduzem à sua destruição e promovendo o desenvolvimento de memória imunológica contra essas células ou futuras recidivas, esta terapêutica pode teoricamente e ultrapassado determinados mecanismos de defesa do tumor, conduzir a resultados eficazes e duradouros já observados noutros tumores.

Neste Congresso de Pneumologia do Centro vamos abordar os mais recentes avanços na Imuno-Oncologia Pulmonar. Partilhamos da especificidade deste grupo de fármacos, indicações e monitorizações, resultados imediatos e tardios, dificuldades e esperanças. Definimos o tempo ótimo de administração e aqueles que mais podem beneficiar com estes fármacos. Dizemos dos principais efeitos secundários e como ultrapassá-los.

A era da imunoterapia para o cancro do pulmão avançado está a chegar. Mais uma arma terapêutica que promete eficácia com um perfil de toxicidade muito aceitável. Fármacos como nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab estão a revolucionar e entusiasmar todos para passo a passo darmos ao nosso doente mais vida com qualidade.

\* Presidente do Grupo de Estudos Cancro do Pulmão. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Hospital Geral

## Massa pulmonar Desafio diagnóstico



Dr.ª Juliana Barata\*

**As massas pulmonares detetadas através de radiografia de tórax e/ou tomografia computadorizada do tórax, podem por vezes torna-se verdadeiros desafios diagnósticos para os clínicos e a insistência até obter o diagnóstico é fundamental para uma melhor abordagem terapêutica**

As massas pulmonares detetadas através de radiografia de tórax e/ou tomografia computadorizada do tórax, podem por vezes torna-se verdadeiros desafios diagnósticos para os clínicos e a insistência até obter o diagnóstico é fundamental para uma melhor abordagem terapêutica.

O caso clínico apresentado corresponde a uma paciente de 57 anos de idade, ex-trabalhadora do setor têxtil, não fumadora, sem antecedentes pessoais de relevo, enviada pelo seu médico assistente à consulta de pneumologia por quadro clínico com cerca de dois meses de evolução caracterizado por tosse seca arrastada e perda ponderal não quantificada. A tomografia computadorizada do tórax evidencia duas volumosas massas: uma com 3,7 cm no lobo superior esquerdo e outra com 4,1 cm no lobo inferior direito e múltiplas adenopatias no mediastino. A hipótese mais provável colocada foi a de neoplasia pulmonar com metastização ganglionar mediastínica. A hipótese de neoplasia pulmonar com metastização ganglionar mediastínica. A doente realizou broncofibroscopia, sem lesões endobrônquicas biopsáveis, tendo o aspirado brônquico revelado "citologia suspeita" e o lavado bronco alveolar "citologia negativa para células neoplásicas".

Foi submetida a biópsia pulmonar transtorácica guiada por tomografia computadorizada que revela "parênquima pulmonar com padrão morfológico de *Non-specific interstitial pneumonia* (NSIP) de tecido celular". Subsequentemente realizou biópsia pulmonar cirúrgica cujo resultado anatomo-patológico foi indeterminado. Perante a ausência de diagnóstico fiável para ambas as lesões pulmonares a doente realizou tomografia por emissão de positrões/tomografia computadorizada (PET/CT) em que não foi possível afirmar se se tratavam de lesões benignas ou malignas.

Perante a incongruência dos resultados apresentados, optou-se por pedir revisão das lâminas de biópsia cirúrgica tendo sido detetadas "lesões de fibro-esclerose e inflamação crónica, sem evidência de neoplasia".

Perante as alterações encontradas acabamos por aceitar a hipótese de "Doença inflamatória benigna pseudotumoral/Fibro-esclerose".

Pelas alterações inflamatórias a doente iniciou corticoterapia sistémica com deflazacorte 60mg durante 1,5 meses e posterior esquema regressivo de 7,5mg por mês apresentando resolução clínica e, ao nível

**É sempre necessário insistir no correto diagnóstico por forma a obter a melhor abordagem terapêutica**

da radiografia de tórax, realizada periodicamente, redução progressiva de ambas as lesões pulmonares. A tomografia computadorizada do tórax realizada ao quarto mês de terapêutica evidencia redução significativa de ambas as lesões pulmonares.

Podemos concluir que nem todas as lesões e/ou massas encontradas a nível pulmonar correspondem a lesões malignas, mesmo que apresentem características de malignidade.

É sempre necessário insistir no correto diagnóstico por forma a obter a melhor abordagem terapêutica.

\* Interna 2.º ano de Pneumologia, Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Cova da Beira

# Gestão do doente com asma grave



Prof.ª  
Doutora  
Cláudia  
Chaves  
Loureiro\*

**Entende-se por grave todo o asmático que, para atingir o controlo da doença, necessitou no último ano de corticoterapia inalada de alta dose associada a outro fármaco de controlo ou que, apesar disso, não atingiu esse controlo**

Na gestão do asmático grave são vários os aspetos que temos a considerar, quer seja na identificação destes doentes, na sua monitorização ou na instituição de terapêuticas diferenciadas.

Entende-se por grave todo o asmático que, para atingir o controlo da doença, necessitou no último ano de corticoterapia inalada de alta dose (>500 microgramas de propionato de fluticasona ou > 800 microgramas de budesonido ou equivalente/dia), associada a outro fármaco de controlo ou que, apesar disso, não atingiu esse controlo. A forma de apresentação destes asmáticos é heterogénea, assim como o são os fatores que contribuem para a sua gravidade.

Perante um doente difícil, com má concordância com a avaliação clínica, devem primeiro ser abordados fatores de má adesão (muitas vezes relacionados com crenças/desinformação/má educação do doente), aspetos da técnica inalatória e fatores de risco como a contínua exposição a agentes ocupacionais, alergias alimentares ou outros desencadeantes.

Não atingido o controlo, é essencial integrar o fenótipo clínico e a apresentação funcional já que, muitas vezes, surgem dúvidas e dilemas diagnósticos com outras patologias obstrutivas como a DPOC, às quais acrescem outras para as quais se

**A gestão do asmático grave assume um carácter dinâmico e multidimensional, que beneficia, como tem vindo a tornar-se evidente, de uma abordagem sistematizada e protocolada**

deve cumprir o exercício de diagnóstico diferencial e que obrigam a estudo complementar alargado (analítico, imagiológico, endoscópico e poligráfico).

Por outro lado, coexistem com frequência nestes doentes múltiplas comorbilidades (rinossinusite, depressão, obesidade, RGE, SAOS, DPOC), algumas de difícil tratamento e elas próprias condicionantes da refratariedade do asmático ao trata-

mento, obrigando a uma abordagem multidisciplinar antes da decisão pela instituição de terapêuticas de última linha.

Essa tarefa fica dificultada pela própria heterogeneidade relacionada com a asma, que obriga à identificação do mecanismo molecular subjacente, devendo recorrer-se para isso ao uso dos poucos biomarcadores existentes e disponíveis na prática clínica (IgE, FeNO e eosinófilos). Estes destinam-se tendencialmente às asmas tipo 2, as únicas até ao momento que constituem alvo de terapêuticas com agentes biológicos, deixando uma percentagem considerável de doentes sujeitos a tratamento com corticoterapia sistémica e aos efeitos secundários a ela inerentes.

Assim, a gestão do asmático grave assume um carácter dinâmico e multidimensional, que beneficia, como tem vindo a tornar-se evidente, de uma abordagem sistematizada e protocolada, preconizando-se a referência a consultas específicas, para melhoria sustentada da qualidade de vida e melhoria dos *outcomes* da doença (redução das agudizações, de ciclos de corticoterapia sistémica e de uso de cuidados de saúde não programados).

\* Serviço de Pneumologia A, HUC-CHUC. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

## FLASHES



## Hot Topics 2017 Telesaúde



Dr.ª Cidália Rodrigues\*

Telesaúde segundo a OMS (WHO, 2016) é a “prestação de cuidados de saúde, em que os utentes e os prestadores estão separados pela distância. Utiliza as tecnologias de informação e comunicação para a partilha de informação no diagnóstico, tratamento de doenças e lesões, investigação, avaliação e na educação contínua dos profissionais de saúde”.

**Telesaúde segundo a OMS (WHO, 2016) é a “prestação de cuidados de saúde, em que os utentes e os prestadores estão separados pela distância**

Frequentemente, o termo Telesaúde e Telemedicina são utilizados como sinónimos e as suas definições motivo de debate. A Telemedicina centra-se na doença e na prestação de serviços clínicos, enquanto a Telesaúde é uma intervenção mais abrangente, que além dos serviços clínicos inclui áreas como educação, formação, saúde pública e administração na saúde.

Em Portugal, a primeira experiência de Telesaúde surge em 1998, com a Teleconsulta de Cardiologia Pediátrica em Coimbra. Apostando sempre no reforço da estratégia nacional de promoção da Telesaúde/Telemedicina, avançou-se para a extensão da rede de teleconsultas, organizaram-se grupos de trabalho para estudo da Telemedicina e em 2016, o governo criou o Centro Nacional de Telesaúde (CNTS).

O principal objetivo da Telesaúde é gerar equidade na saúde, no acesso e na qualidade dos serviços prestados. No entanto, a baixa sensibilização e conhecimentos sobre o tema, a falta de infraestruturas (equipamentos e/ou conectividades), o financiamento e reembolsos insuficientes, a discrepância no acesso às novas tecnologias baseada em fatores sociais e geográficos, são alguns dos condicionantes que limitam a implementação e expansão da Telesaúde.

Relativamente à relação custo/eficácia a evidência é limitada. Uma metanálise de impacto económico, indicou que existe uma redução nas hospitalizações e consequente redu-

**O principal objetivo da Telesaúde é gerar equidade na saúde, no acesso e na qualidade dos serviços prestados**

ção dos custos, mas alguns resultados são inconsistentes e por vezes falham na demonstração do benefício. Esta limitação muitas vezes gera dificuldades na inclusão destes serviços nos sistemas de saúde.

Outro aspeto a considerar são as questões legais, ou seja, qualquer aplicação de Telemedicina é um ato médico, pelo que deve obedecer aos princípios legais da relação médico-doente e haver um consentimento informado.

Apesar de serem cuidados à distância, este facto não deve interferir com o com a qualidade das prestações. Devem ser desenvolvidas estratégias de forma a evitar a manipulação dos dados eletrónicos, garantindo a

sua proteção e confidencialidade. A falha de sistema e equipamentos pode ter consequências graves, de acordo com a intervenção que está a ser realizada. Trabalhar em rede pode dificultar a distinção entre a responsabilidade e potenciais obrigações dos profissionais de saúde intervenientes.

A nível das doenças respiratórias crónicas, na asma a Telemedicina tem como objetivo apoiar na autogestão da doença. Intervenções de autogestão digitais melhoraram o controlo da doença.

Nas doenças neuromusculares, o apoio é essencialmente de Teleassistência e Telemonitorização em doentes com compromisso da tosse e ventilados no domicílio. Nestes doentes os sinais e sintomas são avaliados no domicílio e transmitidos para o centro de controlo remoto, onde os profissionais de saúde após análise podem modificar prescrição.

Outra área promissora é a DPOC, onde as intervenções podem ser realizadas na área da Telemonitorização e na Telereabilitação. São fornecidos tratamentos de reabilitação respiratória, remotamente a doentes que se encontram em casa ou em outros ambientes, como estratégia para manter benefícios e aumentar a acessibilidade e inclusão destes.

Em conclusão, a Telesaúde é, sem dúvida, uma estratégia de promoção do acesso e da equidade na saúde em Portugal.

\* Assistente de Pneumologia do CHUC - Hospital Geral

### FLASHES



Hot Topics 2017

# Rede Nacional de Espirometria



Dr.ª  
Alexandra  
Catarino\*

**O diagnóstico da DPOC passa pela realização de uma espirometria, imprescindível também para a avaliação do prognóstico e instituição de terapêutica não farmacológica, e como tal parece consensual que a implementação de uma Rede Nacional de Espirometria seja um passo fulcral para o diagnóstico precoce**

A espirometria é hoje o principal método para detetar doenças respiratórias crónicas das vias aéreas, nomeadamente a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). O panorama mundial no que concerne a esta doença tem vindo, ao longo dos últimos anos, a melhorar. Em Portugal não tem sido diferente e para tal facto tem contribuído, nomeadamente, o aumento da notoriedade e do reconhecimento da DPOC pela população em geral.

O diagnóstico da DPOC passa pela realização de uma espirometria, imprescindível também para a avaliação do prognóstico e instituição de terapêutica não farmacológica, e como tal parece consensual que a implementação de uma Rede Nacional de Espirometria seja um passo fulcral para o diagnóstico precoce, permitindo intervenção terapêutica e não terapêutica, numa fase inicial da doença, pois a evidência científica mais recente demonstrou que o declínio da função pulmonar é mais acentuado nos estadios precoces da DPOC. O diagnóstico precoce é, assim, fundamental com o intuito de implementar medidas capazes de desacelerar a progressão da doença, concedendo ao doente uma melhor qualidade de vida e reduzindo os elevados custos que esta doença constitui para o Sistema Nacional de Saúde.

De acordo com as Normas de Orientação Clínica (NOC), o diagnóstico da DPOC é espirométrico e deve ser efetuado nos locais onde ocorrem o maior número de doentes, ou seja, a

**De acordo com as Normas de Orientação Clínica (NOC), o diagnóstico da DPOC é espirométrico e deve ser efetuado nos locais onde ocorrem o maior número de doentes, ou seja, a nível dos cuidados de saúde primários (CSP)**

nível dos cuidados de saúde primários (CSP). Em 2014, estavam inscritos nos CSP, com o diagnóstico de DPOC, 117.807 doentes (mais 116% relativamente ao ano de 2011, mas correspondendo, no entanto, unicamente a 1.07% do total de inscritos); destes, só 10.948 (9.3%) tinham confirmação da doença por espirometria, o que contraria as recomendações das NOC, que exigem a realização de uma espirometria diagnóstica em 100% dos doentes.

O relatório do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, recomenda o aumento da acessibilidade à espirometria nos CSP visando o aumento do diagnóstico precoce da DPOC, sendo que os estudos custo-benefício demonstram de forma clara as vantagens clínicas e económicas desta abordagem. Assim, e de acordo com o Despacho nº6300/2016 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, determina-se que as Administrações

Regionais de Saúde assegurem que, até final de 2017, todos os ACES possuam acesso a espirometria que deverá ser garantido por meios próprios, visando o aumento do diagnóstico da DPOC e o acesso a tratamento adequado, em articulação com as instituições hospitalares.

Um projeto piloto para formação de rede de espirometria nos CSP em articulação com a Pneumologia Hospitalar, do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, de março de 2016, preconiza que “ a rede de espirometria não só articula os diferentes centros de saúde alocados à unidade móvel de espirometria, oferecendo acessibilidade à espirometria no próprio local dos CSP, como coloca em rede a pneumologia hospitalar no sentido de prestar consultoria no âmbito da espirometria e medicina respiratória. O pilar essencial ao funcionamento da rede será, portanto, a unidade móvel de espirometria que se mobiliza entre os diversos locais, de acordo com agendamento prévio. Os cuidados hospitalares, apenas darão o seu contributo, mediante a articulação de um pneumologista que terá a responsabilidade de garantir a qualidade técnica dos exames, mediante a validação das espirometrias efetuadas pelo técnico e ainda, mediante a elaboração do relatório correspondente ao respetivo exame.”

\* Assistente Hospitalar Graduada Pneumologia, Serviço de Pneumologia A, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



## Uma visão 360° Doente com DPOC



Dr.ª Lígia  
Fernandes\*

**Durante muito tempo, a Pneumologia teve centrado em si o diagnóstico e seguimento dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica**

Durante muito tempo, a Pneumologia teve centrado em si o diagnóstico e seguimento dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica. Nos últimos anos, contudo, tem havido a crescente consciência, espelhada também em várias normas e orientações da DGS, de que a abordagem global da DPOC só é possível numa visão a 360°, envolvendo Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, integrada e centrada no doente.

Esta visão global implica uma atuação na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento farmacológico e não farmacológico, gestão de comorbilidades e diminuição do risco e progressão da doença através, entre outros, da prevenção das exacerbações.

Numa altura de personalização terapêutica, o documento *GOLD 2017* (em resposta à evidência recente) emitiu recomendações mais precisas, com estratégias não só de aumento mas também de redução terapêutica, reforçando o papel limitado dos corticóides inalados (ICS)

**Esta visão global implica uma atuação na prevenção, diagnóstico precoce, tratamento farmacológico e não farmacológico, gestão de comorbilidades e diminuição do risco e progressão da doença através, entre outros, da prevenção das exacerbações**

e assumindo a dupla broncodilatação (LABA/LAMA) como a estratégia terapêutica central da DPOC. Apesar disto, o que se verifica é que mesmo em doentes *GOLD A e B* a prescrição de ICS é elevada e que muitos doentes em fases iniciais da doença

fazem terapêutica tripla (LABA/ICS/LAMA).

A dupla broncodilatação demonstrou de forma consistente a sua superioridade vs LABA/ICS, como reportado numa recente revisão da *Cochrane*, mas mais dados são necessários para avaliar a redução do risco de exacerbação moderada-a-grave com terapêutica LABA/LAMA vs tiotrópio. O ensaio DYNAGITO®, que compara tiotrópio + olodaterol vs tiotrópio (ambos no dispositivo Respimat®), e cuja publicação está prevista para breve, foi desenhado para responder a esta questão.

A escolha e manutenção do melhor tratamento para cada doente, bem como toda a abordagem da DPOC, terão que passar pela maior ligação entre médicos, enfermeiros, terapeutas, entre outros, com partilha de informação entre Hospital e Comunidade, reforçando assim os cuidados de saúde prestados ao doente com DPOC.

\* Pneumologia, HDFS-EPE

### Referências

1. GOLD. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2017
2. Doenças Respiratórias em números - DGS 2015
3. DGS - Orientação nº 005/2016 de 28/09/2016
4. PNDR 2012 – 2016; Análise dos ACES com oferta de espirometria realizada nos Cuidados de Saúde Primários em integração com a Pneumologia Hospitalar em 2016
5. Brusselle G et al. Int J COPD 2015;10:2207-2217, P17-01773
6. Wedzicha JA, et al. N Engl J Med 2016; 374: 2222-34
7. Analysis of COPD patients from the UK Optimum Patient Care Research Database (OPCRD) from 2002 to 2010
8. Horita N, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017; 2: CD012066
9. Miravittles M, Anzueto A. EurRespir J 2017; 49: 1602200
10. ClinicalTrials.gov. NCT02296138. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02296138>

### FLASHES



## Vida real CRYSTAL e Molimard



Dr.ª Daniela Madama\*

Ao contrário dos ensaios clínicos, na vida real a mudança de terapêutica é realizada sem qualquer período de *wash-out*. Deste modo, torna-se essencial realizar ensaios clínicos que mimetizem as condições encontradas na prática clínica. É neste contexto que o estudo CRYSTAL surgiu. Trata-se de um estudo prospetivo, randomizado, com duração de 12 semanas, multicêntrico, que recrutou doentes com DPOC moderada, sintomáticos mas com poucas exacerbações. Incluiu 4389 doentes, de 560 centros provenientes de 23 países europeus. Portugal contribuiu com 34 doentes de 11 centros diferentes.

Pretendia avaliar a eficácia e segurança de uma troca direta da terapêutica prévia para terapia com glicopirrónio ou indacaterol/glicopirrónio. Tinha como objetivo primário demonstrar a superioridade da associação indacaterol/glicopirrónio *versus* monoterapia com LABA ou LAMA, e associação LABA/ICS. Incluiu doentes sintomáticos ( $mMRC \geq 1$ ), sem ou com uma exacerbação no último ano, com FEV1 pós BD  $\geq 50\%$  e  $< 80\%$ , sob terapêutica com SABA, SAMA, SABA/SAMA, LABA, LAMA, LABA/ICS.

Neste estudo de vida real verificou-se que a terapêutica com indacaterol/glicopirrónio é superior à associação LABA/ICS e à monoterapia LAMA ou LABA, quer em termos da melhoria da função pulmonar (FEV1

vale), quer em termos da sintomatologia referida pelos doentes às 12 semanas. Em comparação com as restantes terapêuticas, mais doentes sob indacaterol/glicopirrónio atingiram uma melhoria clinicamente significativa superior a 100 mL no FEV1 vale e também no índice de dispneia. O perfil de segurança foi equiparável aos estudos prévios, não diferindo em relação à terapêutica com LABA/ICS, LAMA ou LABA.

As exacerbações da DPOC podem ser prevenidas com o recurso à terapêutica inalada. Assim, o inalador escolhido tem um papel fulcral não só na adesão à terapêutica, mas também na distribuição pulmonar e efeito terapêutico. Erros cometidos durante a inalação muitas vezes não são tidos em conta nos ensaios clínicos, no entanto podem alterar a eficácia da terapêutica. Molimard e colaboradores desenvolveram um estudo de vida real que visou avaliar os erros cometidos pelos doentes no manuseamento dos seus inaladores, de modo a verificar posteriormente a sua associação com as exacerbações. Para este estudo foram recrutados doentes com mais de 40 anos, fumadores ou ex-fumadores com carga tabágica de mais de 10 unidades maço ano, que utilizassem um inalador há mais de um mês.

Foram observados erros inalatórios em mais de 50% dos doentes, sendo que a maioria constituíam erros críticos que comprometiam a

**A escolha do inalador e a revisão da técnica inalatória é essencial na prevenção e redução do número de exacerbações, constituindo uma parte importante da nossa prática clínica**

deposição pulmonar dos fármacos. A percentagem de erros no manuseamento do breezhaler® foi a mais baixa, sendo de apenas 15%. Neste mesmo estudo verificou-se que a ocorrência de exacerbações graves em doentes com DPOC tratados pelo menos durante três meses com um determinado inalador, estava associada ao manuseamento errado dos inaladores bem como aos erros críticos cometidos. Assim, a escolha do inalador e a revisão da técnica inalatória é essencial na prevenção e redução do número de exacerbações, constituindo uma parte importante da nossa prática clínica.

\* Serviço de Pneumologia A do CHUC

**Torna-se essencial realizar ensaios clínicos que mimetizem as condições encontradas na prática clínica. É neste contexto que o estudo CRYSTAL surgiu**

### FLASHES



# Tuberculose



Raquel Duarte, MD, MPH, PhD\*

**A tuberculose continua a ser uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Estão definidas duas estratégias face à doença – controlo e eliminação.**

A tuberculose continua a ser uma importante causa de morbilidade e mortalidade a nível mundial. Estão definidas duas estratégias face à doença – controlo e eliminação. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde definiu as linhas orientadoras para a eliminação da doença em países de baixa incidência. Ao diagnóstico e tratamento precoce, alia-se o rastreio de infeção latente em populações de risco e o tratamento preventivo. Para uma melhor abordagem da doença, cada vez mais se valoriza o papel dos determinantes socioeconómicos na tuberculose e se defende uma abordagem holística da doença com combinação de esforços entre as estruturas de saúde, políticas, sociais e económicas. O diagnóstico e tratamento da tuberculose pode ser complicado em países sem recursos. No entanto, mesmo em países desenvolvidos, há falhas no diagnóstico e na decisão terapêutica. Tem-se defendido cada vez mais o diagnóstico e tratamento precoce da tuberculose com aposta em métodos moleculares que permitem definir um esquema de tratamento de acordo com o perfil de suscetibilidade do *Mycobacterium tuberculosis*. Não tendo havido

**Tem-se defendido cada vez mais o diagnóstico e tratamento precoce da tuberculose com aposta em métodos moleculares que permitem definir um esquema de tratamento de acordo com o perfil de suscetibilidade do *Mycobacterium tuberculosis***

grandes evoluções no que respeita ao tratamento da tuberculose suscetível, tem-se estudado a possibilidade de individualizar o tratamento com base em biomarcadores. Dada a demora do tratamento e os efeitos adversos a ele associado, não é de estranhar que globalmente haja problemas na adesão ao tratamento.

Tem-se investigado estratégias de melhoria da adesão ao tratamento, cada vez mais com recurso às novas tecnologias.

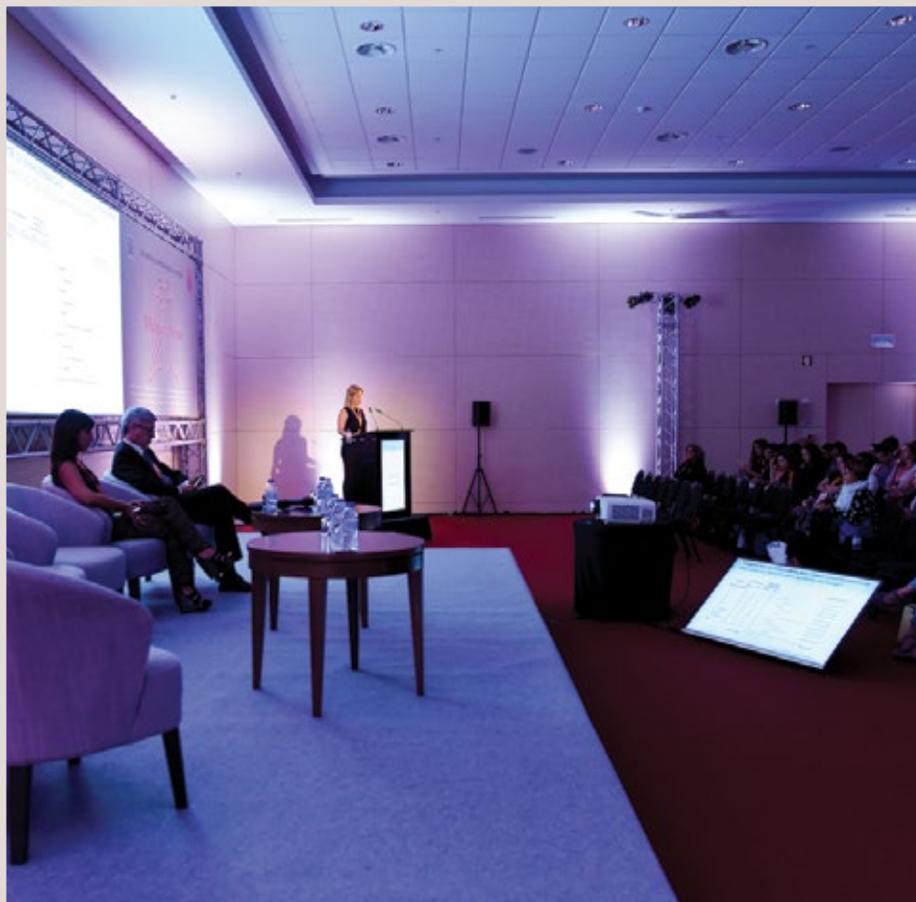
Persistem muitas questões relativas à tuberculose multirresistente, com reformulação da classificação dos fármacos e revisão do desenho do esquema terapêutico com integração dos novos fármacos, delamanid e bedaquiline.

A estratégia de eliminação de tuberculose foca-se, para além do diagnóstico e tratamento precoce e adequado, no diagnóstico de infeção latente em grupos de risco e tratamento preventivo, evitando o aparecimento de casos de tuberculose no futuro. Novos testes têm sido estudados no sentido de melhorar o valor preditivo positivo dos testes.

No Congresso faz-se a revisão dos novos métodos de diagnóstico, estratégias de tratamento e rastreio.”

\* Programa Nacional para a Tuberculose. Centro de Referência Nacional para a Tuberculose Multi-resistente. UGI Torax, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto

## FLASHES



## Formação em Pneumologia

# Perspetiva do interno em formação



Dr. João  
Pedro Neiva  
Machado\*

Será provavelmente fácil concordarmos que a formação médica é um pilar fundamental no exercício da Medicina. Posto isto, na qualidade de interno de formação específica em Pneumologia, pretendo refletir sobre alguns dos temas centrais e tentar, de alguma forma, aproximar as realidades de quem forma e de quem é formado.

No rescaldo do concurso referente à escolha de especialidade médica do ano 2017, é com olhar de preocupação que encaro os dados da A.C.S.S e constato que, para 2393 candidatos só existiam 1758 vagas disponíveis. De uma simples subtração resulta que 635 médicos ficaram sem poder escolher uma especiali-

dade, acentuando um problema que se tem objetivado nos últimos anos – médicos indiferenciados. Ora perante esta realidade e sem previsão de resolução a curto prazo, é inegável a necessidade de repensar a formação médica em Portugal.

Sinto, decorrente de experiência ainda recente, que a escolha da especialidade de Pneumologia vai mais além que a sua natureza em si mesma. Hoje em dia, mais que a escolha de especialidade, decide-se uma realidade de formação, um contexto de aprendizagem. Procura-se a instituição que será capaz de satisfazer as necessidades do interno e na qual este possa elevar-se enquanto pessoa e profissional.

A reestruturação ainda recente de hospitais e centros hospitalares ditou o reagrupamento de valências e teve implicações na dinâmica formativa de muitas instituições. Dotar mais centros das capacidades necessárias à formação deve ser uma bandeira e deve fazer parte do planeamento estratégico de gestão de recursos materiais e humanos. Defendo que os critérios de idoneidade total devam ser apertados como garantia da qualidade mas, também será ver-

**Cabe-me a mim e a nós trabalhar para criar oportunidades para todos e caminhar no sentido da excelência**

dade que condensar estas capacidades nos grandes centros sobrecarrega estes serviços e limita o alargamento da oferta formativa.

Para quem cumpre um programa de internato, sentir confiança na atualidade e utilidade das capacidades que está a adquirir é crucial. A esse respeito, celebro a recente revisão e atualização do programa de formação específica em Pneumologia, com mudanças que se impunham e que, na minha opinião, enriquecem grandemente o currículo formativo e adequam os profissionais à realidade da Medicina que vivemos.

Neste período conturbado da gestão e organização da Saúde, o diálogo constante será fundamental, por forma a discutir os problemas que forem surgindo e suas soluções.

Saúdo por isso a criação do Núcleo de Jovens Pneumologistas e a sua aprovação em assembleia geral da SPP em fevereiro de 2017. Será assim possível e facilitada a participação mais ativa e próxima de médicos internos de Pneumologia em órgãos dirigentes, amplificando a sua voz e entregando a sua posição em matérias que se adivinham nucleares.

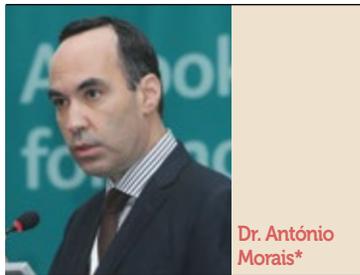
Ainda assim, vejo um fundo de incerteza na Pneumologia, o qual acaba por ser transversal a todas as especialidades. Na minha curta carreira profissional, nunca estive tão pouco certo do futuro que virá, nem qual será a realidade depois de acabar a especialidade. Sei contudo que esta dúvida não me assombra só a mim, mas todos os internos de Pneumologia. Cabe-me a mim e a nós trabalhar para criar oportunidades para todos e caminhar no sentido da excelência. A defesa da formação médica é a defesa da qualidade e, em última análise, a defesa dos utentes.

\* Interno do 3.º ano de Formação Específica em Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Hospital Geral



## ATS comes to Portugal

# Fibrose pulmonar idiopática



Dr. António Morais\*

Foi exatamente há três anos, durante a edição 2014 do *American Thoracic Society (ATS) Congress* que foram publicados os estudos IMPULSIS e ASCEND, em que era demonstrado o benefício do nintedanib e da pirfenidona respetivamente na desaceleração da progressão da fibrose pulmonar idiopática (IPF), através da monitorização nomeadamente da Capacidade Vital Forçada durante um ano. Este acontecimento tornou-se

um marco revolucionário no tratamento da doença, como motivou um interesse crescente no estudo e discussão quer da IPF quer das outras pneumonias intersticiais fibróticas.

Relativamente à IPF, a discussão centra-se principalmente no diagnóstico diferencial, no prognóstico e no tratamento.

O diagnóstico diferencial da IPF com outras pneumonias intersticiais fibróticas como a pneumonite de hipersensibilidade crónica ou a pneumonia intersticial não específica fibrosante é por vezes complexa e exige a avaliação multidisciplinar de especialistas experientes na clínica, radiologia e patologia destas doenças, existente apenas em alguns centros mais diferenciados. Seria de todo interesse a existência de um ou vários marcadores associados, de fácil acesso, nomeadamente no

sangue periférico, que aliassem uma sensibilidade e especificidade elevadas e que permitissem um diagnóstico diferencial de elevada precisão e de fácil execução.

Relativamente ao prognóstico, para além da discussão se existe doença estável, dado o facto de a IPF ser uma doença progressiva, podendo haver doentes com períodos estáveis da doença, mas que do ponto de vista fisiopatológico a doença terá uma natureza persistentemente progressiva, da dúvida sobre se os critérios funcionais de progressão da doença serão os mais adequados, vários grupos de investigação mantêm a procura de um biomarcador ou um conjunto de biomarcadores que permitam prever a evolução da doença.

Relativamente ao tratamento, para além dos dados que progressivamente vamos obtendo de um número crescente de doentes sob

tratamento com as drogas antifibróticas e qual o benefício real na sobrevida dos doentes com o maior tempo de tratamento observado, existem vários conceitos que se vão definindo, como o início precoce do tratamento, a monitorização e gestão dos efeitos adversos, o efeito e segurança da combinação dos dois fármacos ou o seu efeito nos doentes submetidos a transplante pulmonar.

O Congresso Anual da ATS é um dos maiores momentos de divulgação dos resultados da investigação de vários grupos que se dedicam a cada uma das questões afloradas anteriormente e onde o esclarecimento das mesmas habitualmente se torna mais evidente e será esse o objeto da apresentação neste Congresso do Centro que em boa hora optou por esta abordagem.

\* Pneumologista do Hospital de S. João

### FLASHES

