



Normas de  
**Orientação  
Terapêutica**



A Ordem dos Farmacêuticos tem assumido, sem sombra de dúvida, posições construtivas e independentes, aliás de reconhecida valia, nos diversos domínios em que tem vindo a intervir. Em especial, temos estado permanentemente disponíveis e interessados em cooperar activamente com o Parlamento e o Governo na definição e execução das políticas de saúde, como, afinal, é atribuição estatutária da Ordem. O Parlamento e o Governo têm contado com as nossas apreciações e propostas, devidamente fundamentadas e oportunas, que sempre defendemos com a lealdade e a firmeza que o espírito de diálogo e o sentido de responsabilidade impõem.

É neste espírito que tenho o grato prazer de tornar público um trabalho de notável relevância que foi desenvolvido por iniciativa da Ordem dos Farmacêuticos.

Tendo por objectivo contribuir para racionalizar mais e melhor a prescrição dos medicamentos e, por conseguinte, propiciar em mais elevado grau a qualidade e coerência das terapêuticas e, além disso, moderar os inerentes custos para as famílias e para o Estado, consideramos prioritária a instituição de **Normas de Orientação Terapêutica (também designadas Protocolos Terapêuticos)**, quer em meio hospitalar, quer em ambulatório. Em confluência, aliás, com o estabelecido no *memorando de entendimento* entre o Estado português e a *troika* (FMI, CE e BCE), de Maio passado, iam já bastante adiantados os estudos encetados pela Ordem.

A disponibilização de Normas de Orientação Terapêutica aos prescritores permitirá basear melhor a decisão farmacoterapêutica na mais recente evidência científica e num profundo conhecimento das relações benefício/risco e custo/effectividade. Obviamente, as normas não podem abranger todas as complexidades inerentes a cada indivíduo. E não substituem, não podem substituir, a imprescindível avaliação médica, nem constituem, para o médico, a única abordagem possível em cada caso.

Conscientes da importância da promoção do uso racional dos medicamentos, constituímos no início de 2011 um Grupo de Trabalho, sob a coordenação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Caramona, professora catedrática de Farmacologia da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. A equipa elaborou uma proposta de Normas de Orientação Terapêutica, de elevado nível científico (à luz do actual conhecimento), respeitantes às patologias cujos grupos terapêuticos representaram, em 2009, o maior peso nos encargos do Serviço Nacional de Saúde no ambulatório (10 grupos farmacoterapêuticos que, no total, foram responsáveis por 77% da despesa pública total com medicamentos).

Sobre a matéria, há, portanto, ideias e posições da Ordem dos Farmacêuticos. Que foram vertidas em propostas, conduzidas em tempo útil a quem de direito.

Com efeito, em 8 de Julho passado, poucos dias depois de o novo Governo estar em funções, levei à consideração do Senhor Ministro da Saúde Paulo Macedo a proposta da Ordem dos Farmacêuticos sobre Normas de Orientação Terapêutica. Conforme tive oportunidade de expor nessa ocasião, a proposta da Ordem dos Farmacêuticos constitui um assinalável contributo para a passagem a um estadió superior de racionalização da prescrição, dispensa e utilização de medicamentos em ambulatório. E tem por objectivo ajudar a responder a problemas cada vez mais urgentes do sistema de saúde português, os quais, no caso, reitero, se traduzem na necessidade de promover, mais e melhor, a qualidade e a transparência da prescrição, a racionalização do consumo de medicamentos e o controlo dos correlativos gastos públicos.

Agradeço publicamente, em nome da Ordem dos Farmacêuticos, ao Grupo de Trabalho e à sua distinta Coordenadora, o excelente estudo produzido, que, estou certo, passou a constituir um *input* essencial em sede de reformas do SNS.

Facto este de que muito se orgulha a Ordem dos Farmacêuticos.

Lisboa, Outubro de 2011

*Carlos Maurício Barbosa*

Bastónário da Ordem dos Farmacêuticos

## **Grupo de Farmacoterapia da Ordem dos Farmacêuticos**

*Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Caramona*

Professora Catedrática da Faculdade  
de Farmácia da Universidade de Coimbra

*Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Vitória*

Professora Auxiliar da Faculdade  
de Farmácia da Universidade de Coimbra

*Dra. Manuela Teixeira*

Proprietária e Directora Técnica da Farmácia Teixeira,  
Baixa da Banheira

*Dr. Armando Alcobia*

Director dos Serviços Farmacêuticos  
do Hospital Garcia de Orta

*Dra. Paula Almeida*

Directora dos Serviços Farmacêuticos  
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

*Dra. Rute Horta*

Gestora de Serviços no Departamento de Serviços  
Farmacêuticos da Associação Nacional das Farmácias

*Dra. Lúcia Reis*

Secretária Geral da Ordem dos Farmacêuticos

## Ficha Técnica

---

### [AUTORES]

Grupo de Farmacoterapia  
da Ordem dos Farmacêuticos

*Prof.ª Doutora Margarida Caramona*  
Professora Catedrática da Faculdade  
de Farmácia da Universidade de Coimbra

*Prof.ª Doutora Isabel Vitória*  
Professora Auxiliar da Faculdade  
de Farmácia da Universidade de Coimbra

*Dra. Manuela Teixeira*  
Proprietária e Directora Técnica da Farmácia Teixeira

*Dr. Armando Alcobia*  
Director dos Serviços Farmacêuticos  
do Hospital Garcia de Orta

*Dra. Paula Almeida*  
Directora dos Serviços Farmacêuticos  
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

*Dra. Rute Horta*  
Gestora de Serviços no Departamento de Serviços  
Farmacêuticos da Associação Nacional das Farmácias

*Dra. Lígia Reis*  
Secretária Geral da Ordem dos Farmacêuticos

### [DESIGN GRÁFICO]

Círculo Médico

### [IMPRESSÃO]

Cadaval Gráfica

### [TIRAGEM]

500 exemplares

### [1ª EDIÇÃO]

2011

### [DEPÓSITO LEGAL]

341107/12

### [ISBN]

978-972-96555-9-3

## Agradecimentos

*A Ordem dos Farmacêuticos agradece a colaboração das Farmacêuticas Ana Maria Leandro, Ana Nogueira, Ana Paula Santos, Anabela Madeira, Cláudia Elias, Gisela Rodrigues Costa, Joana Pinto, Maria João Oliveira, Renata Afonso, Rita Santos, Sandra Lino, Susana Neta e Suzete Costa.*

<b>1. ENQUADRAMENTO</b>	09
<b>2. OBJECTIVOS</b>	11
<b>3. METODOLOGIA DE TRABALHO</b>	12
<b>4. CONCLUSÃO</b>	13
<b>5. NORMAS DE ORIENTAÇÃO TERAPÉUTICA</b>	15
<b>5.1 Hipertensão Arterial</b>	16
<b>5.2 Insónia Primária</b>	20
<b>5.3 Perturbação da Ansiedade Generalizada</b>	24
<b>5.4 Depressão <i>Major</i></b>	28
<b>5.5 Perturbação Bipolar I</b>	32
<b>5.6 Diabetes Tipo 1</b>	38
<b>5.7 Diabetes Tipo 2</b>	40
<b>5.8 Dispepsia</b>	44
<b>5.9 Dislipidemia</b>	48
<b>5.10 Tromboembolismo Venoso</b>	50
<b>5.11 Prevenção Secundária do AVC Isquémico</b>	54
<b>5.12 Fibrilhação Auricular vs Risco Tromboembólico</b>	56
<b>5.13 Infecções Bacterianas Respiratórias</b>	58
<b>5.14 Infecção por <i>Helicobacter pylori</i></b>	68
<b>5.15 Infecções Bacterianas Geniturinárias</b>	70
<b>5.16 Dor na Osteoartrose</b>	80
<b>5.17 Asma</b>	84
<b>5.18 Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)</b>	90
<b>5.19 Osteoporose</b>	96





Os países europeus alcançaram uma melhoria importante do nível de saúde das populações durante as últimas décadas. A esperança de vida à nascença nos Estados-membros da União Europeia (UE) aumentou seis anos desde 1980, enquanto a mortalidade prematura diminuiu drasticamente. A obtenção destes resultados deve-se, não só à melhoria dos cuidados de saúde, mas à utilização de medicamentos.

Observa-se, no entanto, que os sistemas de saúde são cada vez mais amplos e complexos e que a despesa em cuidados de saúde nunca foi tão alta, consumindo uma parte cada vez maior do rendimento nacional.<sup>1</sup>

As despesas de saúde aumentaram em todos os países europeus, frequentemente numa taxa superior ao crescimento económico.

É do conhecimento geral que o crescimento da despesa com medicamentos cria pressão sobre o financiamento das despesas de saúde. O Quadro 1 descreve a evolução da despesa pública com medicamentos no mercado ambulatorio e o seu peso no PIB, entre 2005 e 2010, com previsão para 2011 e 2012.

**QUADRO 1** - Despesa pública em % do PIB: Despesa Pública com Medicamentos em Ambulatório em linha com a média da OCDE e abaixo dos objectivos da Troika

Ano	Despesa Pública (Medicamentos em Ambulatório)	% PIB Portugal	% PIB UE 27
2005	1.741,5	1,13%	1,02%
2006	1.676,5	1,05%	0,99%
2007	1.646,5	0,97%	0,96%
2008	1.738,7	1,01%	0,98%
2009	1.811,8	1,08%	1,01%
2010	1.902,5	1,10%	-
2011*	1.446,7	0,85%	-
2012*	1.345,8	0,91%	-

Unidades: Milhões Euros

**Notas:** % PIB UE 27, calculada com base na média dos 20 países de 2005 a 2008 e 17 países em 2009.

\* Valores estimados, de acordo com os seguintes pressupostos:

- Previsão do PIB para 2011 de -1,9% e para 2012 de -2,8% (Governo: Orçamento de Estado 2012)
- Despesa em Ambulatório: valores ANF, estimativas para Dezembro/ 2011 e 2012. Dados da despesa pública com medicamentos referentes às Farmácias Associadas da ANF para os encargos do SNS e das Entidades Públicas (Ilhas, ADSE, Ministério da Justiça, Forças Armadas, PSP, Militares, CGD, Câmaras Municipais, RTP, Santas Casas da Misericórdia, Administração Portos, INCM), sem Protocolo Diabetes

**Fontes:** PIB: INE e Orçamento de Estado 2012; Ambulatório: Sistema de Informação hmR e DCT/ANF (Análise CEFAR);

% PIB UE 27: Relatório Final 2011, Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

Embora o presente documento pretenda ser um contributo para a racionalização da prescrição, dispensa e utilização de medicamentos em ambulatório, consideramos importante referir que, no período de 2005 a 2009, o mercado de medicamentos em ambulatório cresceu, em média, 1,9% ao ano, abaixo da taxa de inflação e da taxa de crescimento de outros bens essenciais. Em contrapartida, o mercado hospitalar de medicamentos cresceu, no mesmo período, a uma taxa média muito superior, de 10,8% ao ano, crescimento este que se fica a dever, por um lado, ao aumento do número de doentes crónicos em tratamento com medicamentos inovadores (de reconhecido valor terapêutico), e por outro lado, ao custo destes medicamentos inovadores. (Fontes: INFARMED, APIFARMA)

E, pese embora, o mercado ambulatório ser superior, em valor, ao mercado hospitalar é importante sublinhar que entre 2005 e 2009, o peso do mercado hospitalar no total do mercado de medicamentos em valor subiu de 19,2% para 24,2%.<sup>2</sup>

Face ao contexto económico e social que Portugal enfrenta, todos os intervenientes no sistema de saúde devem estar alinhados com o memorando da Troika<sup>3</sup> contribuindo para:

- Melhorar a eficiência e eficácia no sistema de saúde;
- O uso mais racional dos serviços e controlo dos gastos;
- Gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos;
- Gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.

No que respeita à prescrição e à sua monitorização, o memorando estabelece de forma inequívoca os objectivos a atingir<sup>6</sup>:

- Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com **normas de orientação de prescrição** e de outros profissionais da área de especialização (*peers*). Será prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados, com início no 4º trimestre de 2011;
- Estabelecer **regras claras de prescrição de medicamentos** e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição (4º trimestre de 2011).

Uma das medidas que vem sendo advogada pelos diferentes agentes da saúde, e também pela Ordem dos Farmacêuticos, consiste na disponibilização aos prescritores de normas de

orientação que permitam basear a decisão farmacoterapêutica na mais recente evidência científica e num profundo conhecimento das relações benefício/risco e custo/efectividade.

Por fim, face aos constrangimentos orçamentais na área do Medicamento e da Saúde, as decisões de comparticipação e reavaliação da comparticipação deverão ser, cada vez mais, suportadas em Normas de Orientação Terapêutica e nos resultados de Estudos Observacionais ao longo do ciclo de vida do Medicamento, à semelhança do que se verifica já em alguns países europeus.

A Ordem dos Farmacêuticos, consciente da importância do uso racional dos medicamentos<sup>4</sup>, constituiu um Grupo de Trabalho que, sob a coordenação da Senhora Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Caramona, Professora Catedrática da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, elaborou Normas de Orientação Terapêutica para as patologias cujos grupos terapêuticos representaram, em 2009, o maior peso nos encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Quadro 2 sintetiza a análise efectuada aos dez grupos farmacoterapêuticos que representaram maior peso nos encargos em ambulatório para o SNS em 2009, sendo responsáveis por 77% da despesa total com medicamentos.

**QUADRO 2** – Grupos Farmacoterapêuticos com maior peso nos encargos do SNS, 2009

Grupos Farmacoterapêuticos (Classificação Farmacoterapêutica-CFT)	Patologias (Normas de Orientação Terapêutica)	Peso nos encargos SNS (total = 77%)
Anti-hipertensores (CFT 3.4)	Hipertensão Arterial	19,9%
Psicofármacos (CFT 2.9) (Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; antidepressores, antipsicóticos e lítio)	Insónia Primária Perturbação da Ansiedade Generalizada Depressão <i>Major</i> Perturbação Bipolar I	12,5%
Insulinas, antidiabéticos orais e glucagom (CFT 8.4)	Diabetes Tipo 1 Diabetes Tipo 2	8,6%
Antiácidos e antiulcerosos (CFT 6.2)	Dispepsia	8,4%
Antidislipidémicos (CFT 3.7)	Dislipidemia	7,3%
Anticoagulantes e antitrombóticos (CFT 4.3)	Tromboembolismo Venoso Prevenção Secundária do AVC Isquémico Fibrilhação Auricular vs Risco Tromboembólico	4,2%
Antibacterianos (CFT 1.1)	Infecções Bacterianas Respiratórias Infecção por <i>Helicobacter pylori</i> Infecções Bacterianas Geniturinárias	4,2%

Grupos Farmacoterapêuticos (Classificação Farmacoterapêutica-CFT)	Patologias (Normas de Orientação Terapêutica)	Peso nos encargos SNS (total = 77%)
Anti-inflamatórios não esteróides (CFT 9.1)	Dor na Osteoartrose	4,2%
Antiasmáticos e broncodilatadores (CFT 5.1)	Asma Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)	3,9%
Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio (CFT 9.6)	Osteoporose	3,8%

(Fonte: Sistema de Informação hmR (mercado total), SICMED CEFAR (comparticipação), INFOMED (Infarmed – Classificação Farmacoterapêutica) / Análise CEFAR)

Partindo da informação obtida no **Quadro 2**, que permitiu identificar os grupos farmacoterapêuticos e as patologias mais comuns em que são prescritos, foram efectuadas pesquisas bibliográficas para seleccionar fontes de referência consensualizadas internacionalmente – *guidelines*. Sempre que disponíveis, foi dada particular relevância a normas nacionais e/ou a *guidelines* referenciadas por Sociedades Médicas nacionais.

Para cada grupo terapêutico em análise foram elaboradas normas de orientação terapêutica, consoante as patologias mais comuns para as quais o grupo terapêutico tem indicação.

Cada norma está estruturada segundo um algoritmo de decisão com os pontos-chave considerados em cada patologia e termina na orientação selectiva para um subgrupo terapêutico ou substância activa.

A maioria das normas termina na indicação de um grupo terapêutico e, nas situações em que se justifica, chegam até à identificação de uma Denominação Comum Internacional (DCI). Não são, frequentemente, estabelecidas preferências entre grupos terapêuticos e entre DCIs/ associação de DCIs dentro do mesmo grupo, pelo que as presentes normas seguem idêntica metodologia.

Todavia, sempre que uma Norma de Orientação Terapêutica oriente para dois ou mais grupos terapêuticos ou substâncias activas, e se a opção for indiferente do ponto de vista clínico, a escolha deve ser a que for economicamente mais vantajosa.

Estas normas constituem uma orientação que se pretende clara, prática, objectiva, sucinta e hierarquizada, para apoiar os prescritores na gestão dos doentes abrangidos pelos quadros clínicos identificados.

As recomendações dadas pelas normas de orientação terapêutica são baseadas na literatura nacional e internacional mais actual, não podendo abranger todas as complexidades inerentes a cada indivíduo. Como tal, não substituem a avaliação profissional, nem constituem a única abordagem possível em cada caso. A sequência farmacológica sugerida pretende ser uma indicação útil, sendo que a terapêutica deve ser adaptada a cada indivíduo e à sua resposta individual. Cada norma pressupõe que o profissional de saúde considere as indicações, contra-indicações e interações de cada fármaco, bem como a resposta específica de cada indivíduo.

O presente trabalho da Ordem dos Farmacêuticos tem por objectivo contribuir para responder a necessidades cada vez mais urgentes do sistema de saúde português: promover a qualidade e a transparência da prescrição, racionalizar o consumo de medicamentos e controlar os gastos com esta tecnologia de saúde.

As normas de orientação terapêutica agora propostas têm, assim, como propósito tirar o melhor resultado da utilização dos medicamentos, harmonizar e uniformizar a intervenção dos profissionais de saúde, garantindo aos doentes igualdade no acesso às terapêuticas.

Além do propósito de orientação de escolhas do ponto de vista clínico, estas normas terapêuticas deverão ser complementadas com a perspectiva farmacoeconómica.

Acresce, ainda, que na sequência destas orientações terapêuticas existe uma maior capacidade para realização de estudos de avaliação farmacoeconómica, farmacoeconómica e de resultados em saúde, em contexto real de utilização (*real world evidence*).

Um trabalho desta natureza nunca estará completo. Os conhecimentos sobre medicamentos evoluem de forma permanente. A actualização com a informação recebida dos ensaios clínicos e da investigação com o uso de medicamentos, é fundamental para uma prática profissional de qualidade.

#### Fontes de consulta

---

1. OECD (2010), "Executive Summary", in OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264090316-3-en
2. APIFARMA (2010), "Indústria Farmacêutica em Números", Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica. Edição 2010. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/publicacoes/ifnumeros/Documents/IFemN%C3%BAmeros2010.pdf>
3. Portugal: Memorandum of Understanding on specific economic policy conditionality, (2011), "Health Care System"
4. WHO, Rational use of medicines. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/rational\\_use/en/](http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/)



# Normas de Orientação Terapêutica

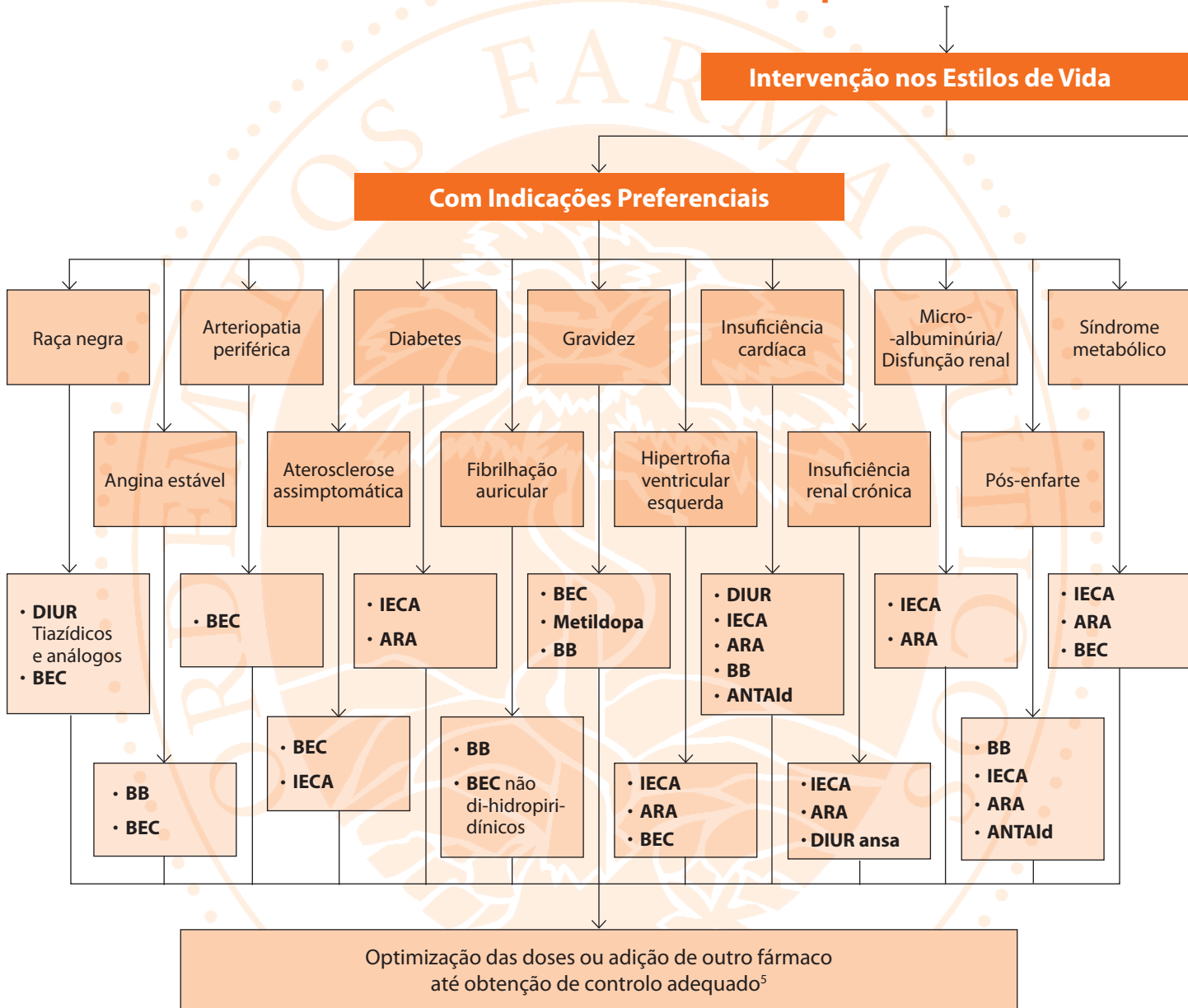
As Normas de Orientação Terapêutica constituem uma orientação baseada nas *guidelines* nacionais e internacionais em vigor. Foram elaboradas para comunicar os pontos-chave, considerando que uma Norma não pode abranger todas as complexidades inerentes a cada indivíduo. Não substitui a avaliação profissional individual nem constitui a única abordagem possível em cada caso.

A sequência farmacológica sugerida em cada Norma pretende ser um ponto de partida útil, sendo que a terapêutica deve ser adaptada a cada indivíduo e à sua resposta individual.

As Normas pressupõem que se consideram as indicações, contra-indicações e interações de cada fármaco, bem como a resposta específica de cada indivíduo.

# Hipertensão Arterial

## Hipertensão Arterial



**ANTAId:** Antagonistas da Aldosterona

**ARA:** Antagonistas dos Receptores da Angiotensina

**BB:** Bloqueadores Beta

**BEC:** Bloqueadores da Entrada do Cálcio

**DIUR:** Diuréticos

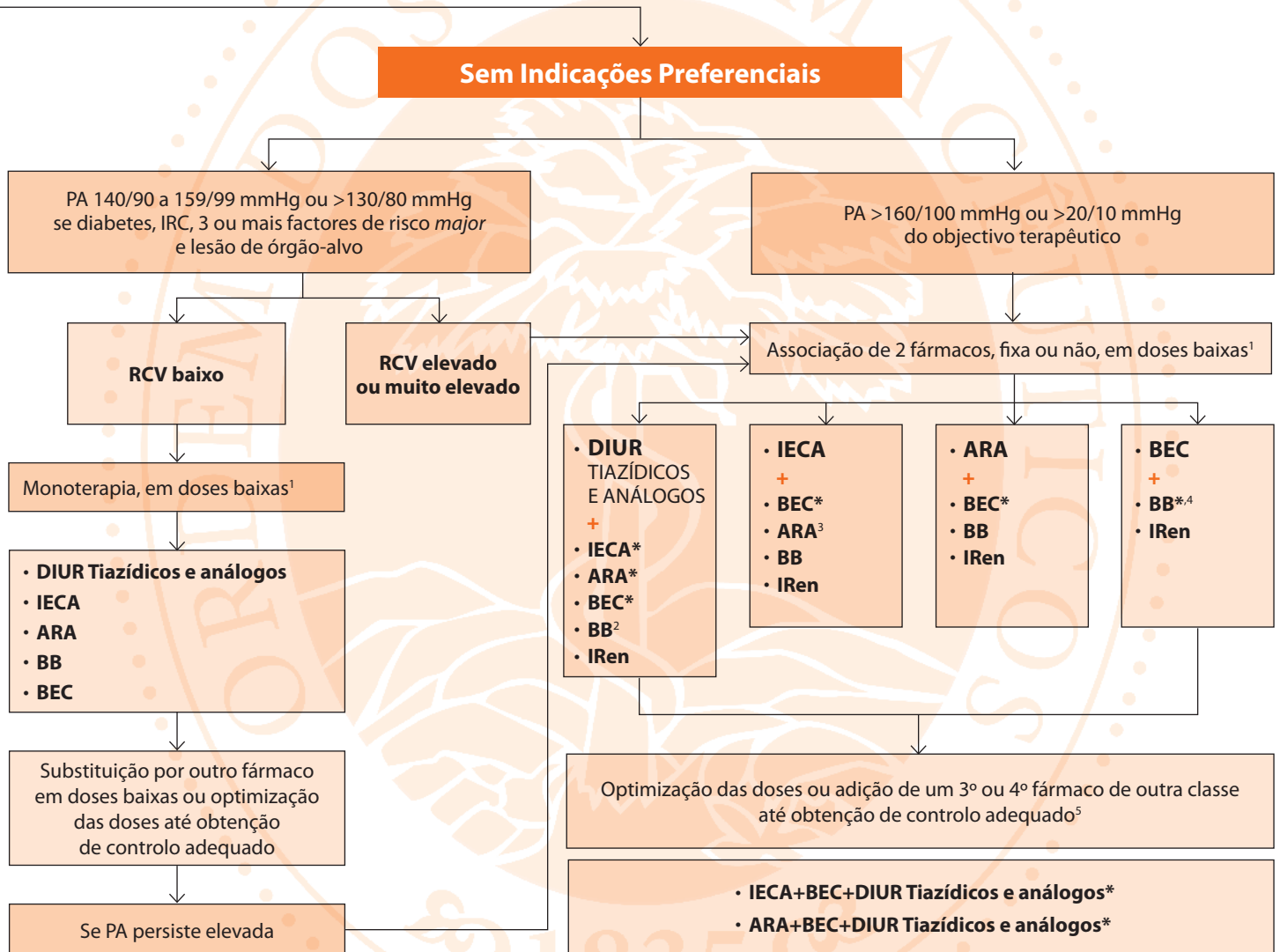
**IECA:** Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina

**IRC:** Insuficiência Renal Crónica

**IRen:** Inibidores da Renina

**RCV:** Risco Cardiovascular



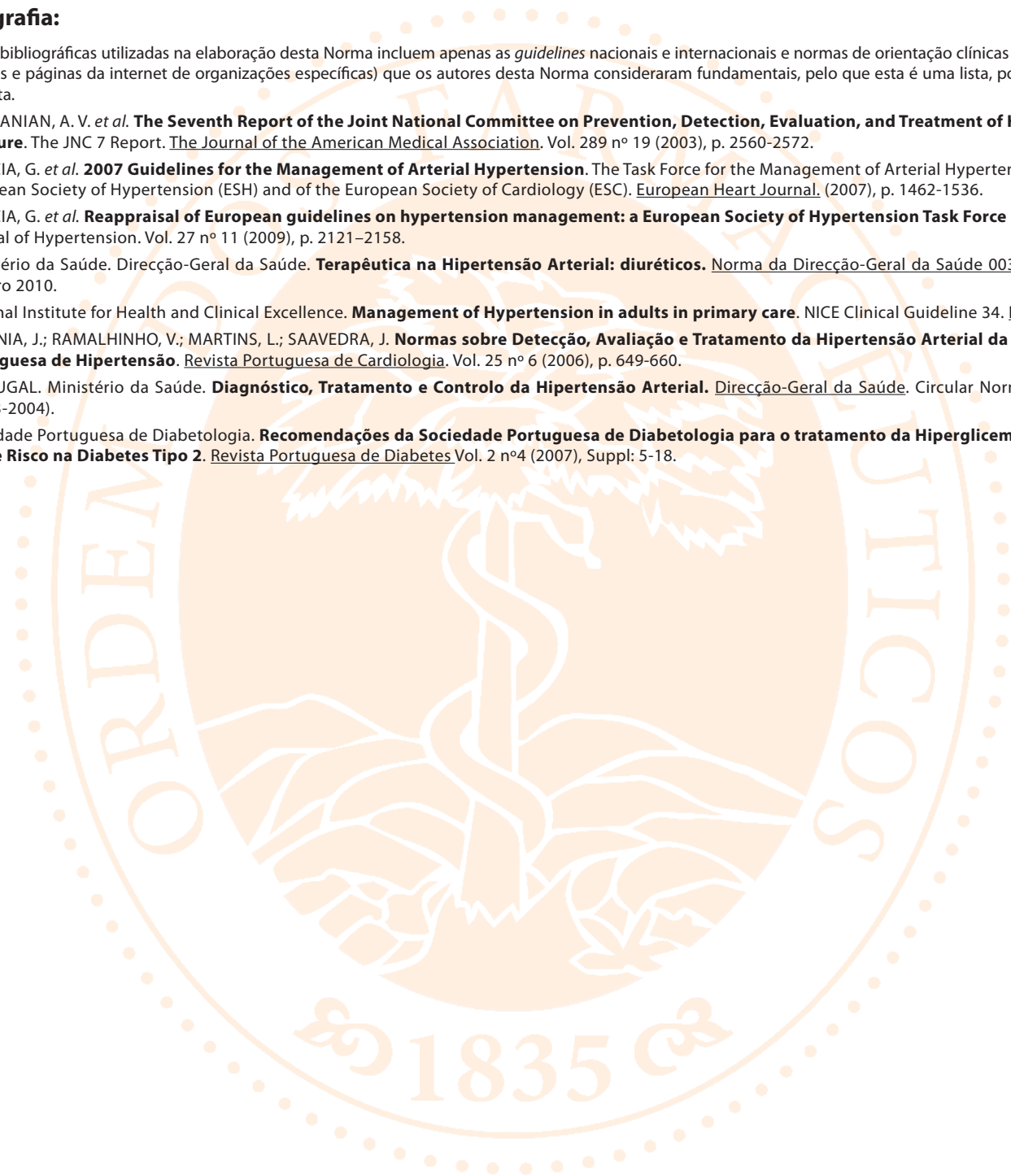


1. Sempre que possível, optar por terapêuticas que permitam uma toma única diária, assegurando uma duração de acção superior a 24h  
 2. A associação de um diurético com um bloqueador beta não deve ser usada em doentes com síndrome metabólico ou em risco elevado de diabetes  
 3. A associação de um IECA e um ARA não deve ser usada em doentes com RCV muito elevado  
 4. Associação vantajosa no caso do BEC ser um derivado di-hidropiridínico  
 5. No caso de Hipertensão Arterial Refractária considerar DIUR poupadores de potássio  
 \* Associações preferenciais

## Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

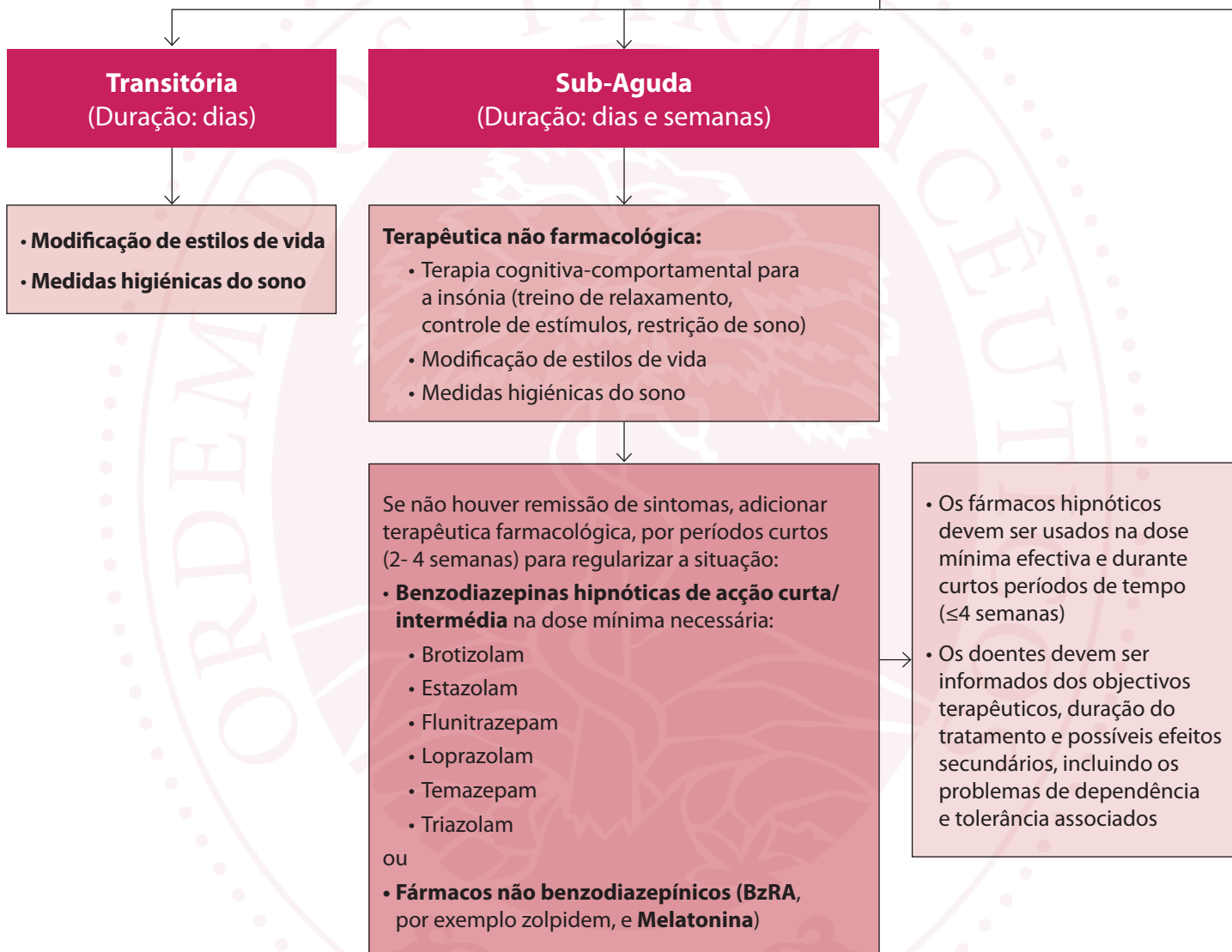
1. CHOBANIAN, A. V. *et al.* **The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.** The JNC 7 Report. *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 289 nº 19 (2003), p. 2560-2572.
2. MANCIA, G. *et al.* **2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension.** The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. (2007), p. 1462-1536.
3. MANCIA, G. *et al.* **Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document.** *Journal of Hypertension*. Vol. 27 nº 11 (2009), p. 2121-2158.
4. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Terapêutica na Hipertensão Arterial: diuréticos.** Norma da Direcção-Geral da Saúde 003/2010. Dezembro 2010.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Management of Hypertension in adults in primary care.** NICE Clinical Guideline 34. NICE, 2006.
6. POLÓNIA, J.; RAMALHINHO, V.; MARTINS, L.; SAAVEDRA, J. **Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Hipertensão.** *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Vol. 25 nº 6 (2006), p. 649-660.
7. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico, Tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial.** Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 2 (31-03-2004).
8. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. **Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da Hiperglicemia e Factores de Risco na Diabetes Tipo 2.** *Revista Portuguesa de Diabetes* Vol. 2 nº4 (2007), Suppl: 5-18.

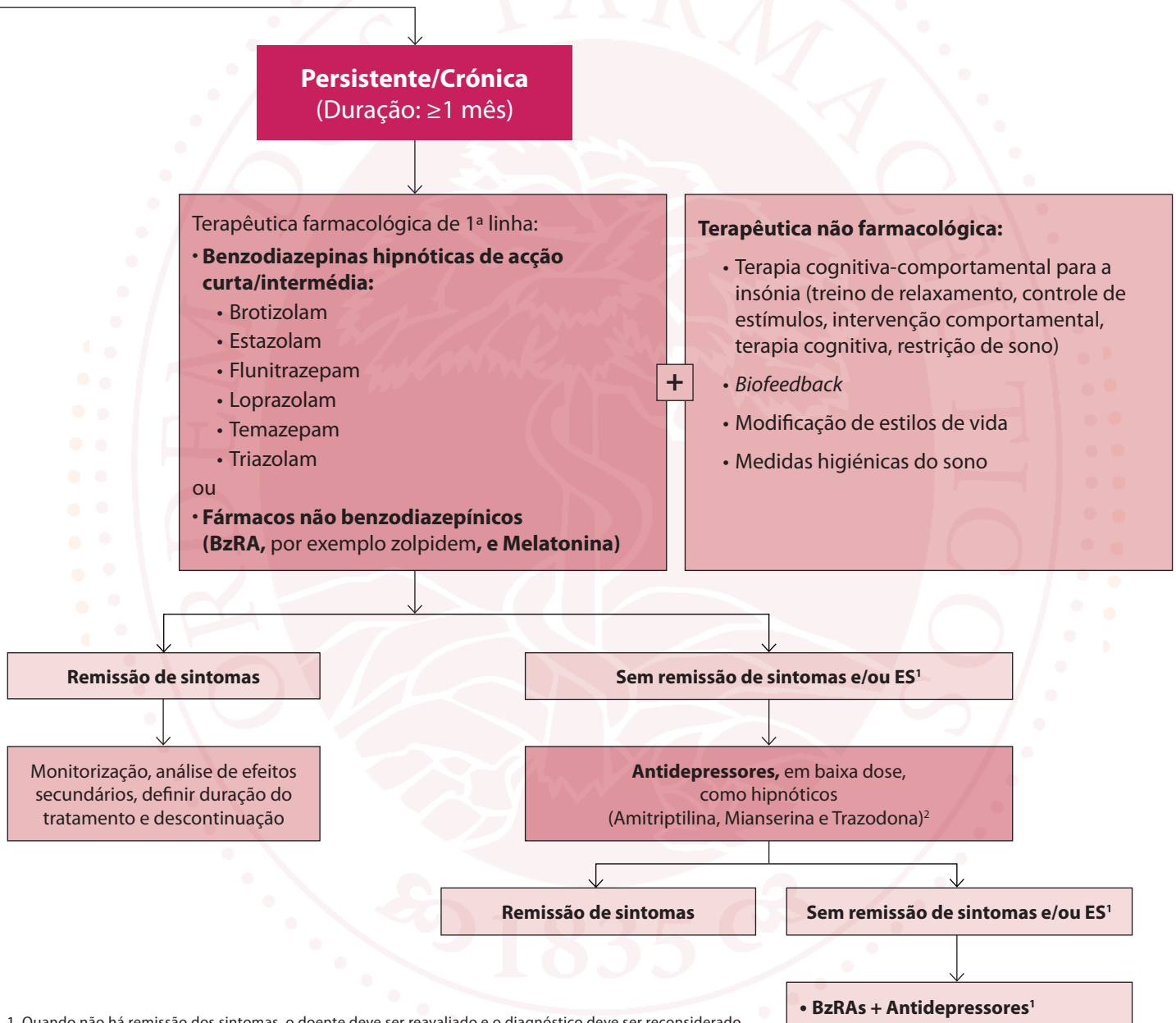




## Insónia Primária

Dificuldade em iniciar, manter ou consolidar o sono.  
Sono não reparador. Sintomas durante pelo menos 1 mês (DSM-IV)





1. Quando não há remissão dos sintomas, o doente deve ser reavaliado e o diagnóstico deve ser reconsiderado

2. Trazodona (50-150mg), Amitriptilina (25mg) e Mianserina (39mg)

**RECOMENDAÇÕES**

- A absorção, distribuição e eliminação das BZ tem grandes variabilidades inter-individuais
- A selecção da terapêutica deve ser individualizada, tendo em consideração:
  - Idade
  - Preferências do doente
  - A resposta a terapêutica em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - Co-morbilidades associadas ou outras situações psiquiátricas
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interações medicamentosas
- Os fármacos hipnóticos devem ser prescritos com precaução, na dose mínima efectiva e durante curtos períodos de tempo
- A terapêutica hipnótica de longa duração pode ser utilizada em situações de insónia refractária, ou grave ou quando associada a outras patologias. Recomenda-se uma administração intermitente (por ex. 3x/semana) ou quando necessário
- A intervenção psicológica e comportamental deve estar sempre associada à terapêutica farmacológica, podendo em algumas situações ser usada isoladamente

**CLASSIFICAÇÃO****Segundo a Classificação DSM-IV, as perturbações do sono dividem-se em:**

1. Perturbações Primárias do Sono:
  - Dissónia (Insónia Primária; Hipersónia Primária; Narcolepsia; Perturbação do sono relacionada com patologia respiratória; Perturbação do sono relacionada com o ritmo circadiano; Dissónia sem outras especificações)
  - Parassónia (Pesadelos; Terores Nocturnos; Sonambulismo; Parassónia sem outras especificações)
2. Relacionadas com Outra Perturbação Mental
3. Outras Perturbações do Sono

**Bibliografia:**

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

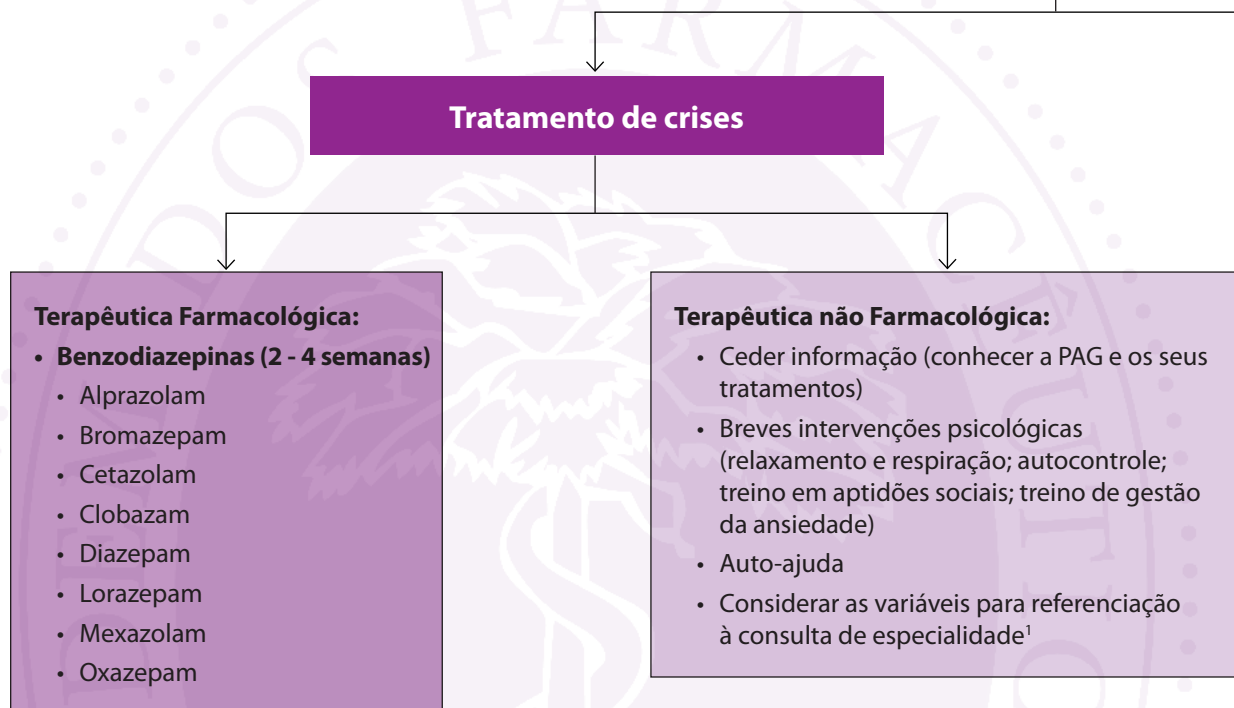
1. American Academy of Sleep Medicine - Professional Association. **Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults.** National Guideline Clearinghouse – 7396. 2008.
2. CALANDRE, E.P.; IRIBAS, J.M. **Fármacos ansiolíticos e hipnóticos.** *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. XII Suppl 1 (1992).
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria.** Ministerio de Ciencia e Innovación. 2009.
4. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. **Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia.** Technology Appraisal 77. *NICE.* 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. **Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud.** 2009.
6. SCHUTTE-RODIN, S.; BROCH, L.; BUYSE, D.; DORSEY, C.; STATEIA, M. **Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults.** *Journal of Clinical Sleep Medicine.* Vol. 4 nº 5 (2008), p. 487-504.

## **Perturbação da Ansiedade Generalizada**



# Perturbação da Ansiedade Generalizada

## Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)



**AD:** Antidepressor

**ADT:** Antidepressivo Tricíclico

**ES:** Efeito Secundário

**IRSN :** Inibidor da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

**ISRS:** Inibidor Selectivo da Recaptação da Serotonina

**LP:** Libertação Prolongada

**TnF:** Terapêutica não Farmacológica

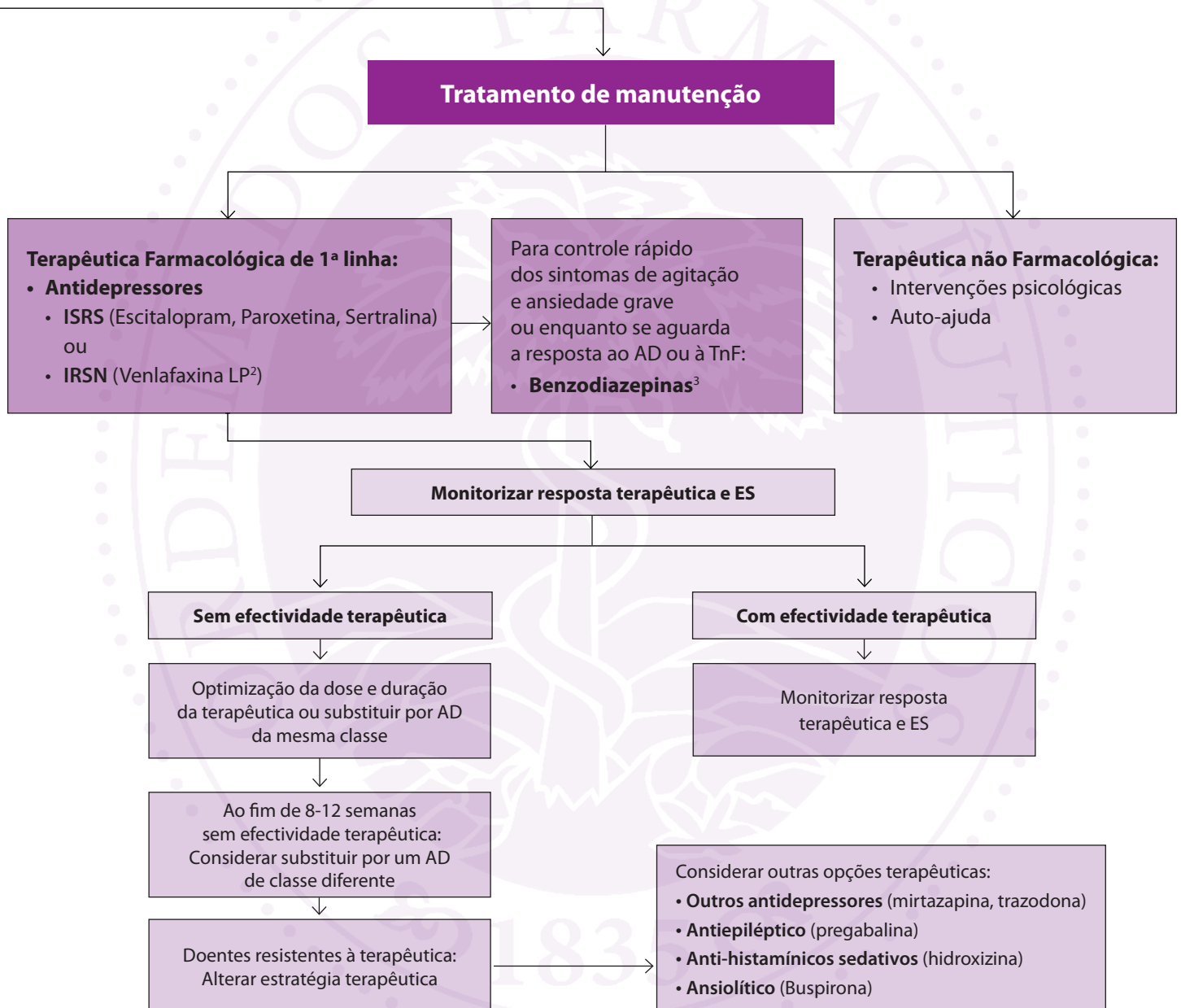
1. Incerteza no diagnóstico; comorbilidade psiquiátrica ou orgânica; ideação suicida; persistência de ansiedade elevada por mais de 12 semanas de tratamento; sintomas muito incapacitantes (adaptação social e/ou laboral)

2. Não recomendada, no caso de risco elevado de arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio recente e hipertensão não controlada (efeitos cardiotoxicos e hipertensivos, especialmente no caso de doses >75mg/dia)

3. Terapêutica de curta duração (≤4 semanas)



# Perturbação da Ansiedade Generalizada



## Perturbação da Ansiedade Generalizada

### RECOMENDAÇÕES

- Factores a considerar na selecção terapêutica:
  - Idade
  - Tratamento prévio
  - Risco de ideação suicida
  - Tolerância
  - Possíveis interacções medicamentosas
  - Gravidez
  - Preferência do doente
- Informações importantes para o doente:
  - Possíveis efeitos secundários
  - Possíveis sintomas de síndrome de abstinência
  - Efeito da terapêutica não é imediato
  - Duração de tratamento
  - Necessidade de adesão à terapêutica
- No tratamento da PAG, não está recomendado a utilização de bloqueadores  $\beta$  (Propranolol).

### Bibliografia:

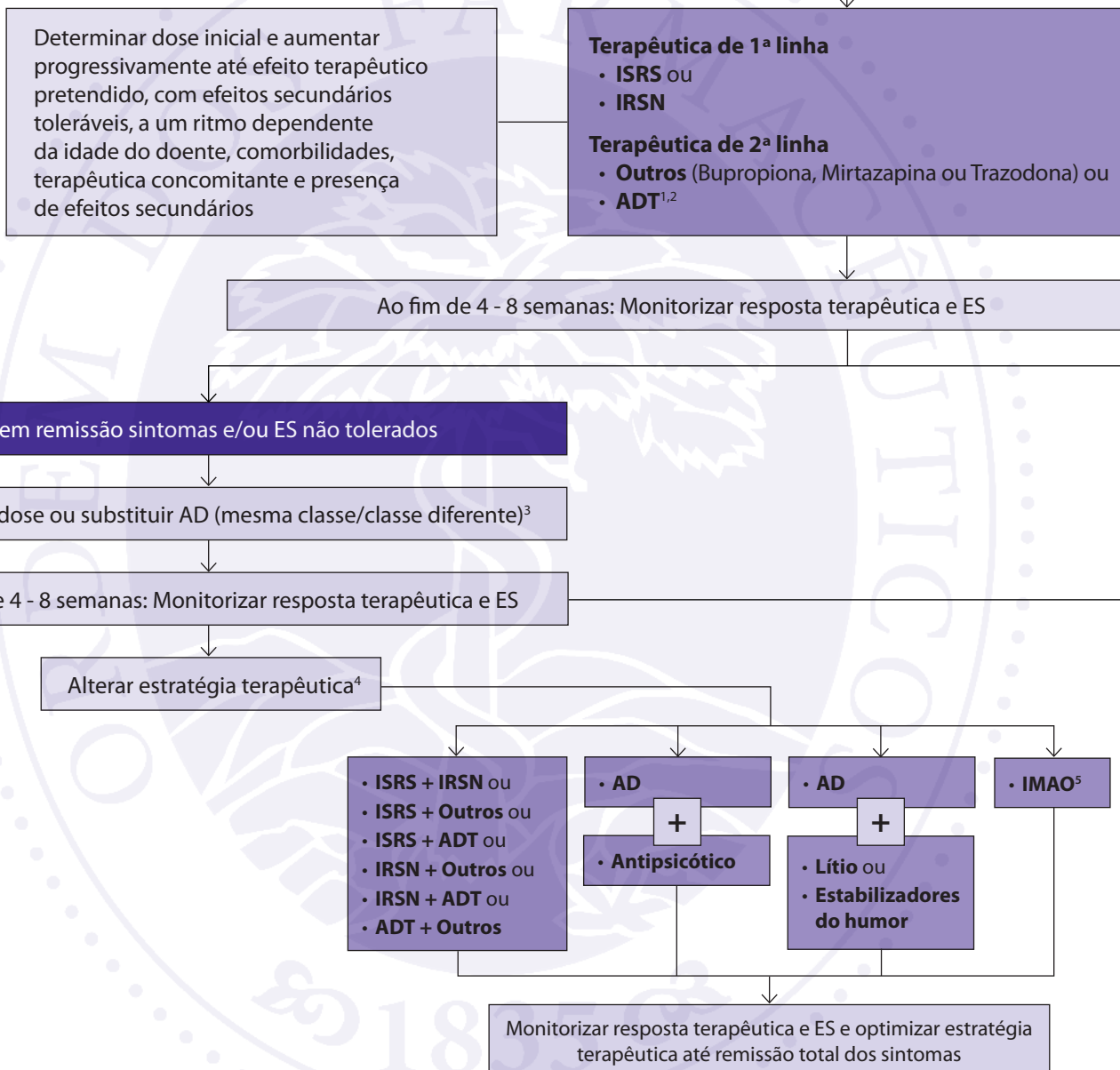
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. Canadian Psychiatric Association. **Clinical Practice Guidelines – Management of Anxiety Disorders.** *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 51 nº 8 Suppl 2 (2006).
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria.** Ministerio de Ciencia e Innovación. 2008.
3. PALOMO, T.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A. **Manual de Psiquiatria.** 2009, p. 231-242; 377-390; 718-729.



# Depressão Major

## Depressão Major (ligeira, moderada e grave)



AD: Antidepressores (ISRS, IRSN, Outros, ADT)

ADT: Antidepressivos Tricíclicos

ES: Efeitos Secundários

IMAO: Inibidores da Monoaminoxidase

IRSN: Inibidores da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina

ISRS: Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina

Considerar psicoterapia e/ou electroconvulsivoterapia nas várias fases de tratamento

Remissão total sintomas e/ou ES tolerados

Continuar terapêutica durante 6-9 meses após remissão total de sintomas

Ao fim de 6-9 meses:  
Monitorizar resposta terapêutica e ES

Considerar manter terapêutica

Descontinuar terapêutica

- Os ADT não estão habitualmente recomendados em doentes com doença cardiovascular, glaucoma de ângulo fechado, retenção urinária, hipertrofia da próstata e distúrbios alimentares com malnutrição significativa. Nos doentes idosos, os ADT podem exacerbar hipotensão ortostática, resultando em síncope ou quedas
- Os ADT estão associados a efeitos secundários abrangentes, nomeadamente efeitos anticolinérgicos, cardiovasculares e neurológicos e, ainda, a toxicidade em caso de sobredosagem, pelo que não são habitualmente utilizados como terapêutica de 1ª linha
- Considerar substituir por um AD de uma classe terapêutica diferente após terem sido utilizados, sem resultado, 2 fármacos da mesma classe terapêutica
- Considerar substituir por um AD de uma classe terapêutica diferente, associar dois AD de classes terapêuticas diferentes ou associar um AD e um medicamento de outro grupo terapêutico (ex.: antipsicótico, lítio)
- Os IMAO não estão recomendados como terapêutica de 1ª linha devido ao risco de crise hipertensiva, devendo ser reservados para doentes que não respondem à terapêutica com outros AD ou para doentes com sintomas atípicos

## RECOMENDAÇÕES

- Factores a considerar na selecção da terapêutica antidepressora:
  - Preferências do doente
  - Resposta à terapêutica antidepressora em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - Comorbilidades associadas ou outras situações psiquiátricas
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interações medicamentosas
  - Custo
- Em caso de ansiedade pronunciada ou insónia persistente considerar associar ansiolíticos sedativos e hipnóticos (ex.: benzodiazepinas).
- Em doentes com ideação suicida utilizar fármacos com melhor perfil de segurança em caso de sobredosagem (ex.: ISRS, Bupropiona e Mirtazapina).

## RECOMENDAÇÕES PARA ALGUNS SUBTIPOS DE DEPRESSÃO

### Depressão com características psicóticas:

- A associação de um AD e um Antipsicótico pode ser um tratamento mais efectivo do que a utilização de cada um destes grupos terapêuticos em monoterapia
- Os ADT são mais efectivos que os outros AD no tratamento da depressão com componente psicótica

### Depressão com características melancólicas:

- Os IRSN e os ADT podem ter vantagens sobre os ISRS na terapêutica desta situação

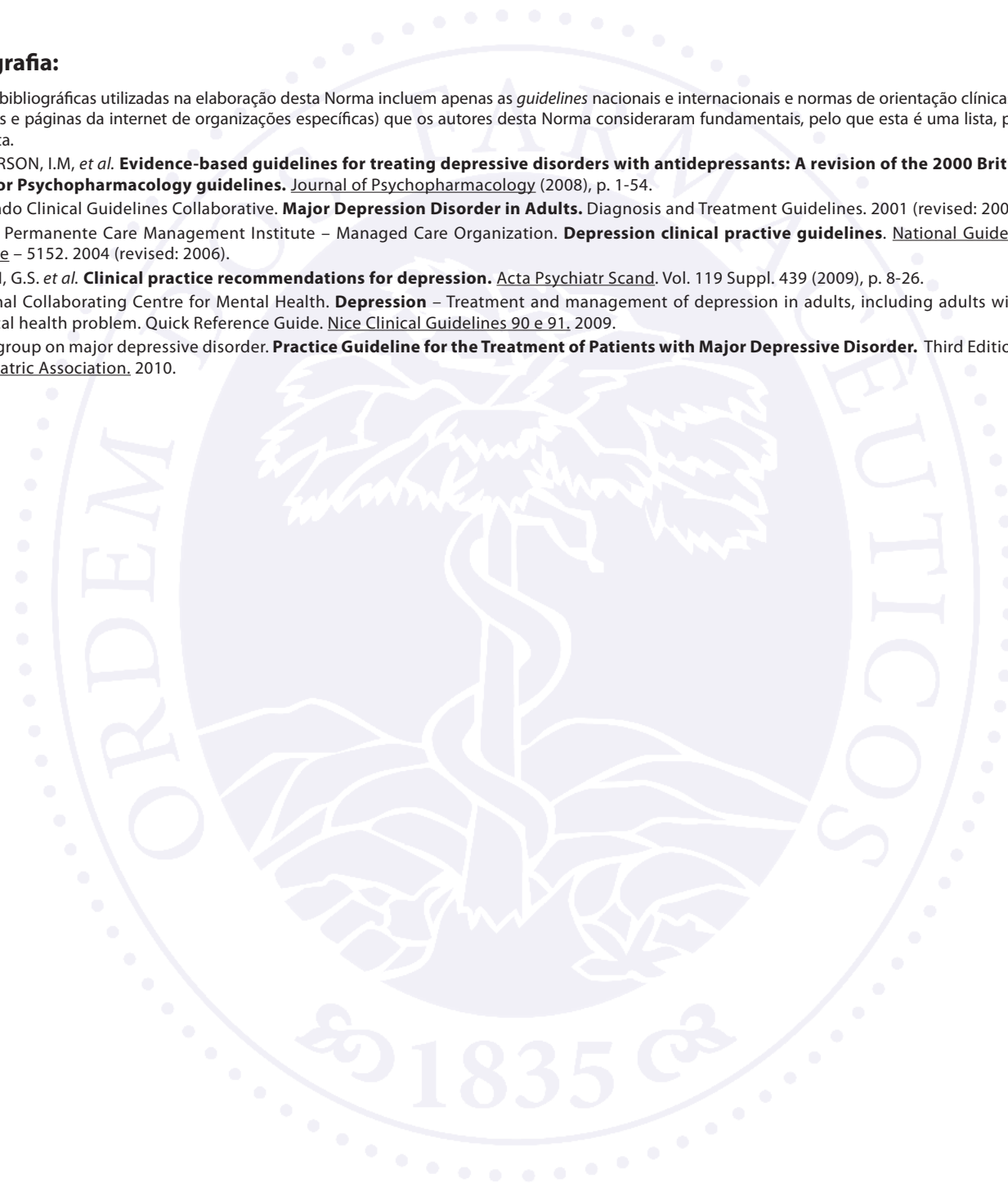
### Depressão com características atípicas:

- Os IMAO têm maior eficácia do que os ADT no tratamento da depressão *major* com características atípicas

## Bibliografia:

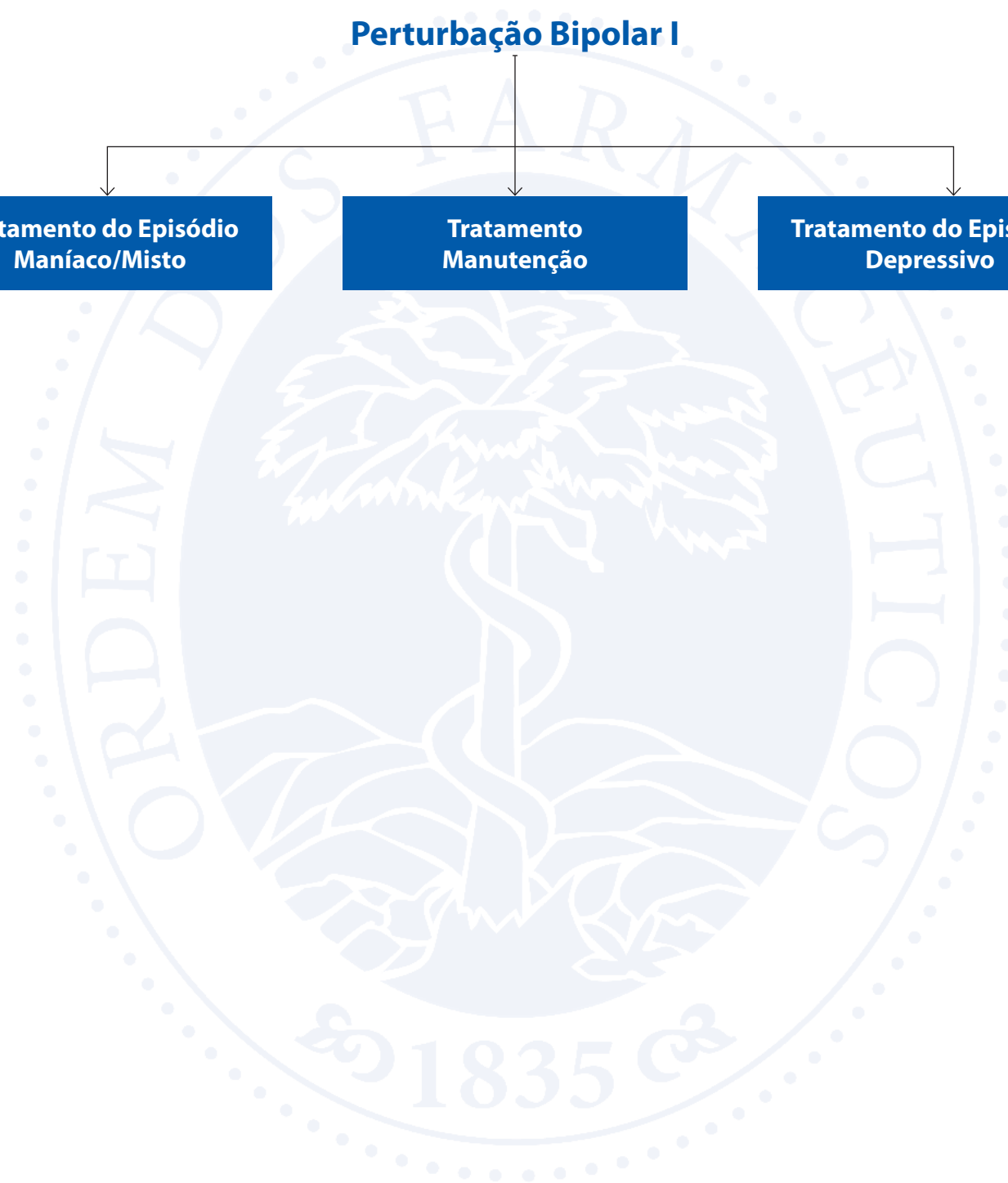
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. ANDERSON, I.M, *et al.* **Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines.** *Journal of Psychopharmacology* (2008), p. 1-54.
2. Colorado Clinical Guidelines Collaborative. **Major Depression Disorder in Adults.** Diagnosis and Treatment Guidelines. 2001 (revised: 2003; 2006).
3. Kaiser Permanente Care Management Institute – Managed Care Organization. **Depression clinical practice guidelines.** *National Guideline Clearinghouse* – 5152. 2004 (revised: 2006).
4. MALHI, G.S. *et al.* **Clinical practice recommendations for depression.** *Acta Psychiatr Scand.* Vol. 119 Suppl. 439 (2009), p. 8-26.
5. National Collaborating Centre for Mental Health. **Depression** – Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Quick Reference Guide. *Nice Clinical Guidelines 90 e 91*, 2009.
6. Work group on major depressive disorder. **Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder.** Third Edition. *American Psychiatric Association*, 2010.

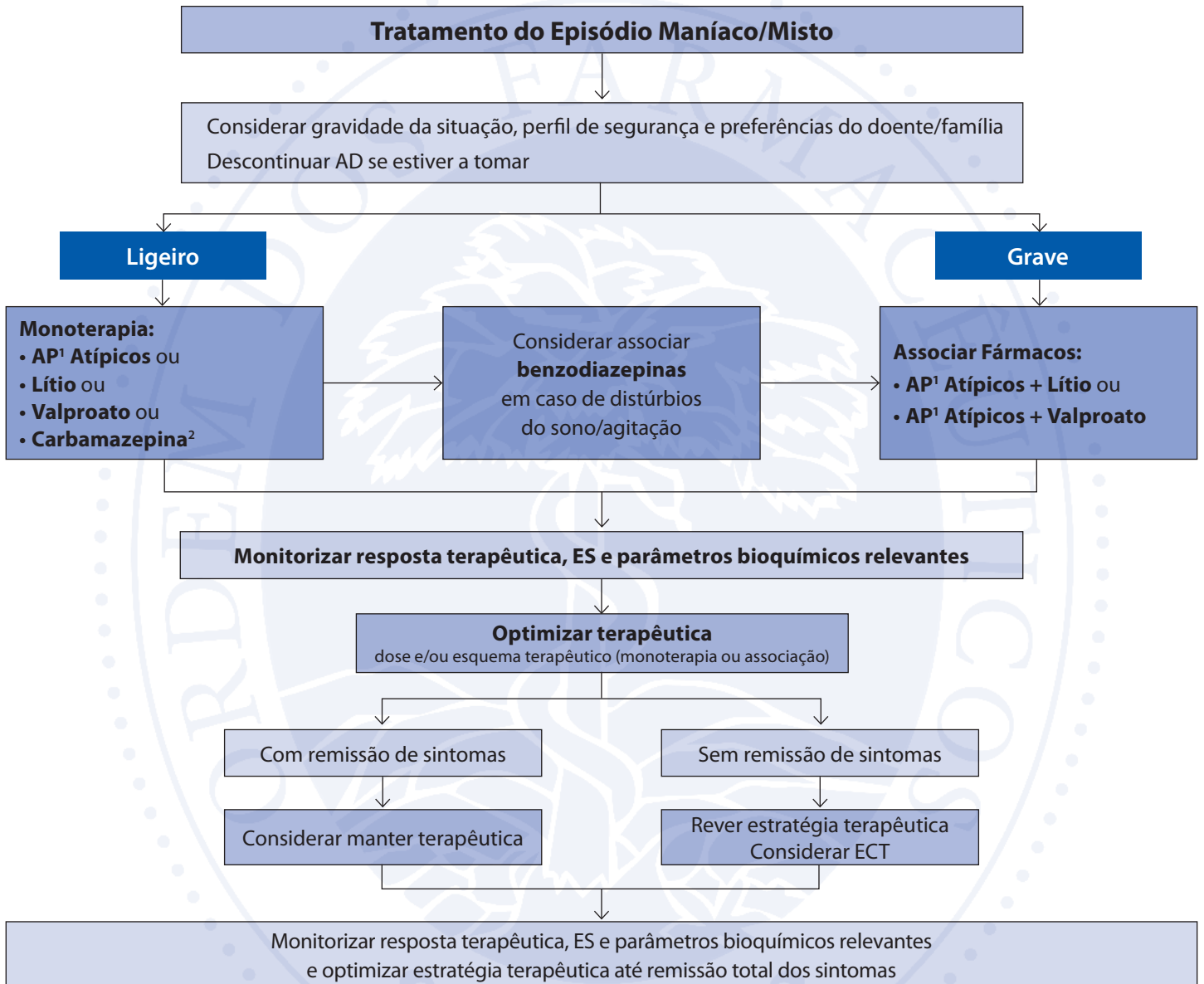


## Perturbação Bipolar I

### Perturbação Bipolar I





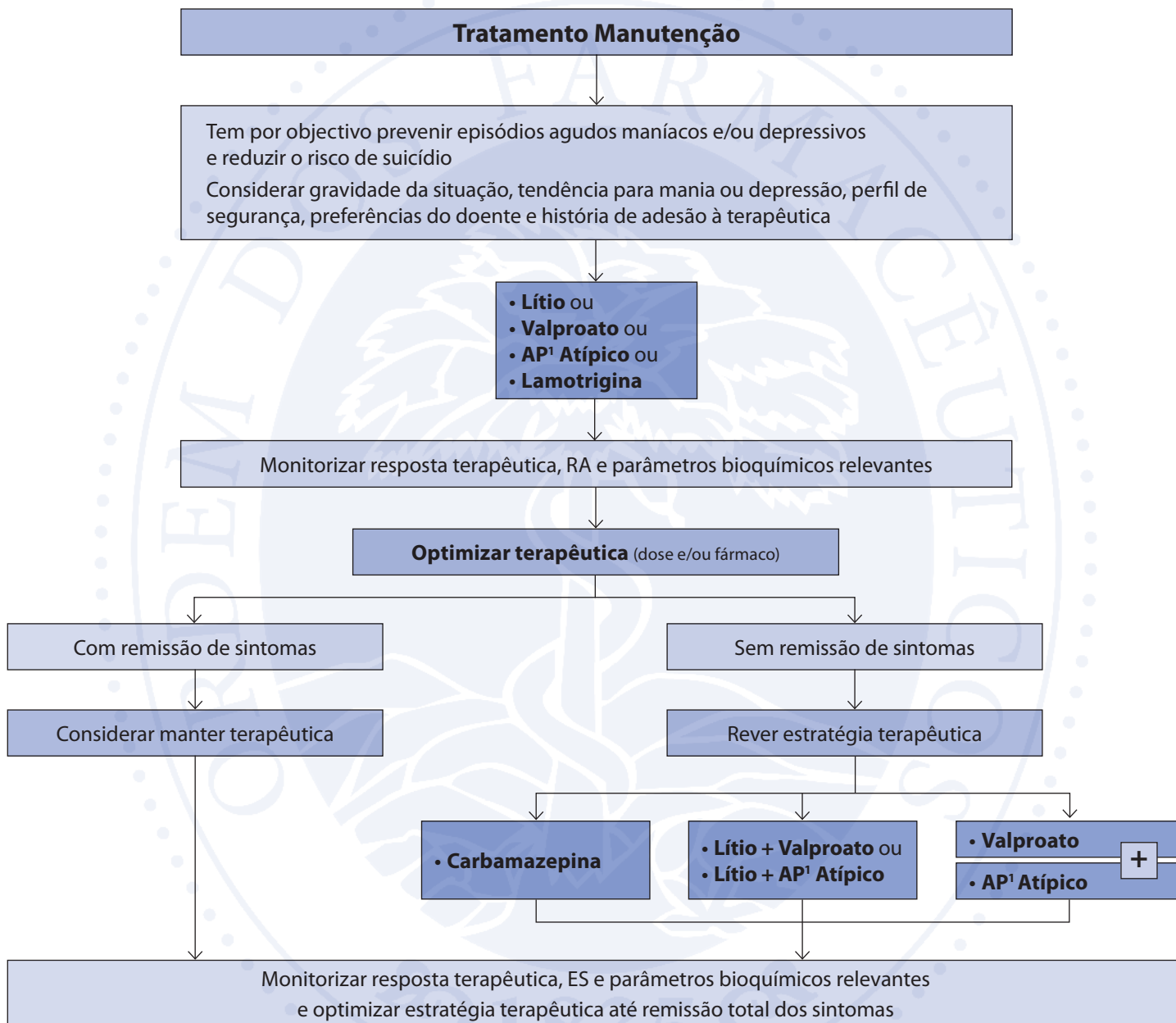


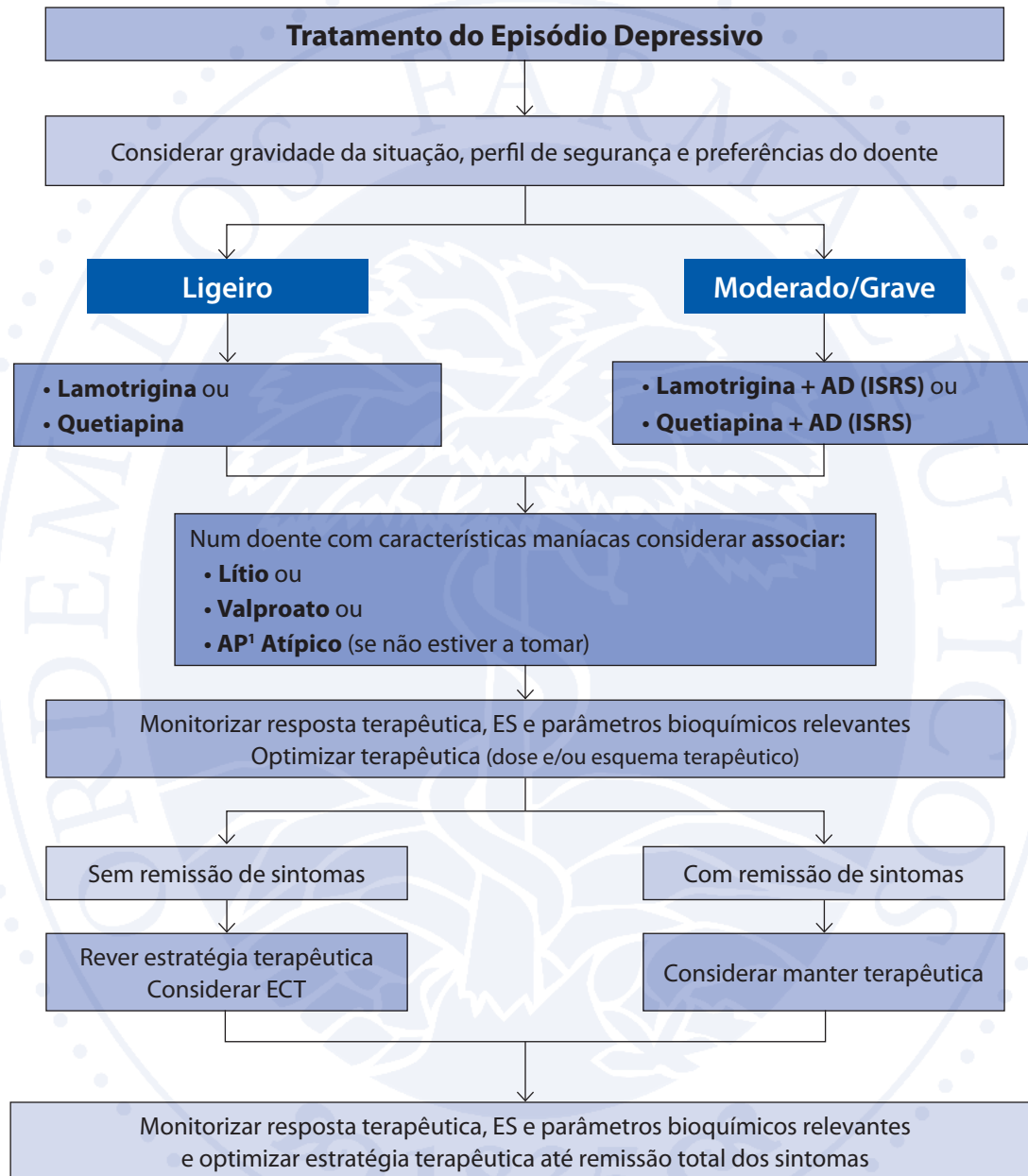
**AD:** Antidepressores    **ADT:** Antidepressivos Tricíclicos    **AP:** Antipsicótico    **ECT:** Electroconvulsivoterapia    **ES:** Efeitos Secundários    **ISRS:** Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina

1. Preferir terapêutica com AP em doentes com características psicóticas.

2. Não deve ser utilizada por rotina no episódio maníaco

# Perturbação Bipolar I





AD: Antidepressores ADT: Antidepressivos Tricíclicos AP: Antipsicótico ECT: Electroconvulsivoterapia ES: Efeitos Secundários ISRS: Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina

1. Preferir terapêutica com AP em doentes com características psicóticas

## RECOMENDAÇÕES

- Factores a considerar na selecção da terapêutica:
  - Preferências do doente
  - Resposta à terapêutica em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - Comorbilidades associadas ou outras situações psiquiátricas
  - Ideação suicida
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interações medicamentosas
- Determinar dose inicial e aumentar progressivamente até efeito terapêutico pretendido, com reacções adversas toleráveis, a um ritmo dependente da idade do doente, comorbilidades, terapêutica concomitante e presença de reacções adversas.
- No tratamento da perturbação bipolar não estão recomendados AD em monoterapia e, em associação com outros medicamentos, não devem ser utilizados ADT.
- Preferir AP Atípicos por terem um perfil de segurança mais favorável.
- A monitorização dos doentes com perturbação bipolar inclui avaliação da função renal, hepática, glicemia, perfil lipídico, pressão arterial, peso e níveis séricos de alguns fármacos utilizados, nomeadamente do lítio, valproato e carbamazepina.
- Considerar psicoterapia nas várias fases de tratamento.

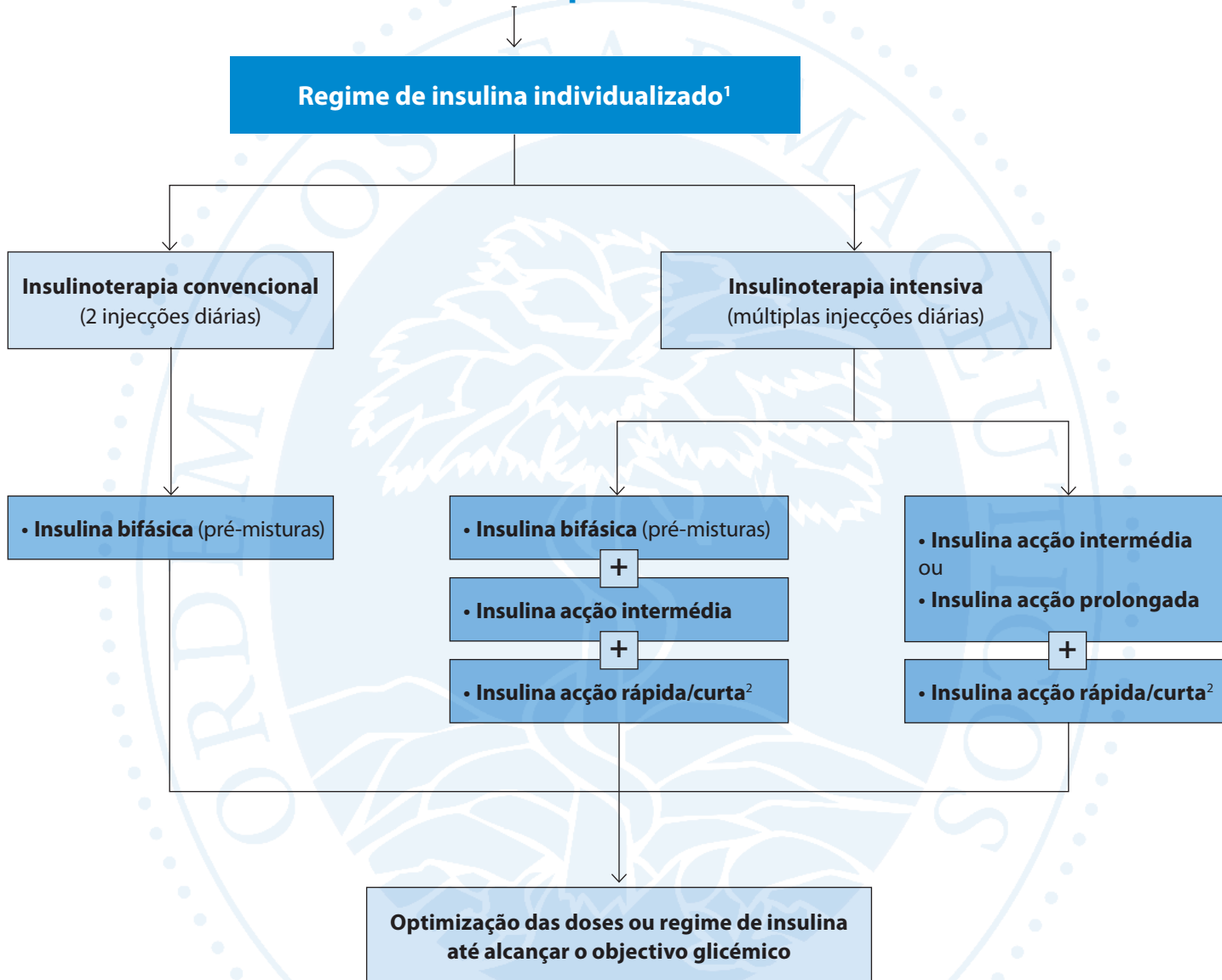
### Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. GOODWIN, G.M *et al.* **Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology.** *Journal of Psychopharmacology*. (2009), p. 1-43.
2. International Consensus Group. **International Consensus Group on the Evidence-Based Pharmacologic Treatment of Bipolar I and II Depression.** *J Clin Psychiatry*. Vol. 69 nº 10 (2008), p. 1632-1646.
3. National Collaborating Centre for Mental Health. **Bipolar disorder** – The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Quick Reference Guide. *Nice Clinical Guidelines 38*. 2006.
4. PALOMO, T.; JIMÉNEZ-ARRIERO, M.A. **Manual de Psiquiatria.** 2009, p. 311-323; 739-756.
5. Work group on bipolar disorder. **Treatment of Patients With Bipolar Disorder** Second Edition. *American Psychiatric Association*. 2002.



## Diabetes Tipo 1



**HbA1c:** Hemoglobina Glicosilada

1. De acordo com diversos factores, nomeadamente a idade, duração da diabetes, alimentação, exercício físico, rotina diária e os objectivos para o controlo metabólico

2. Preferir análogos de insulina se risco acrescido de hipoglicemia

## RECOMENDAÇÕES

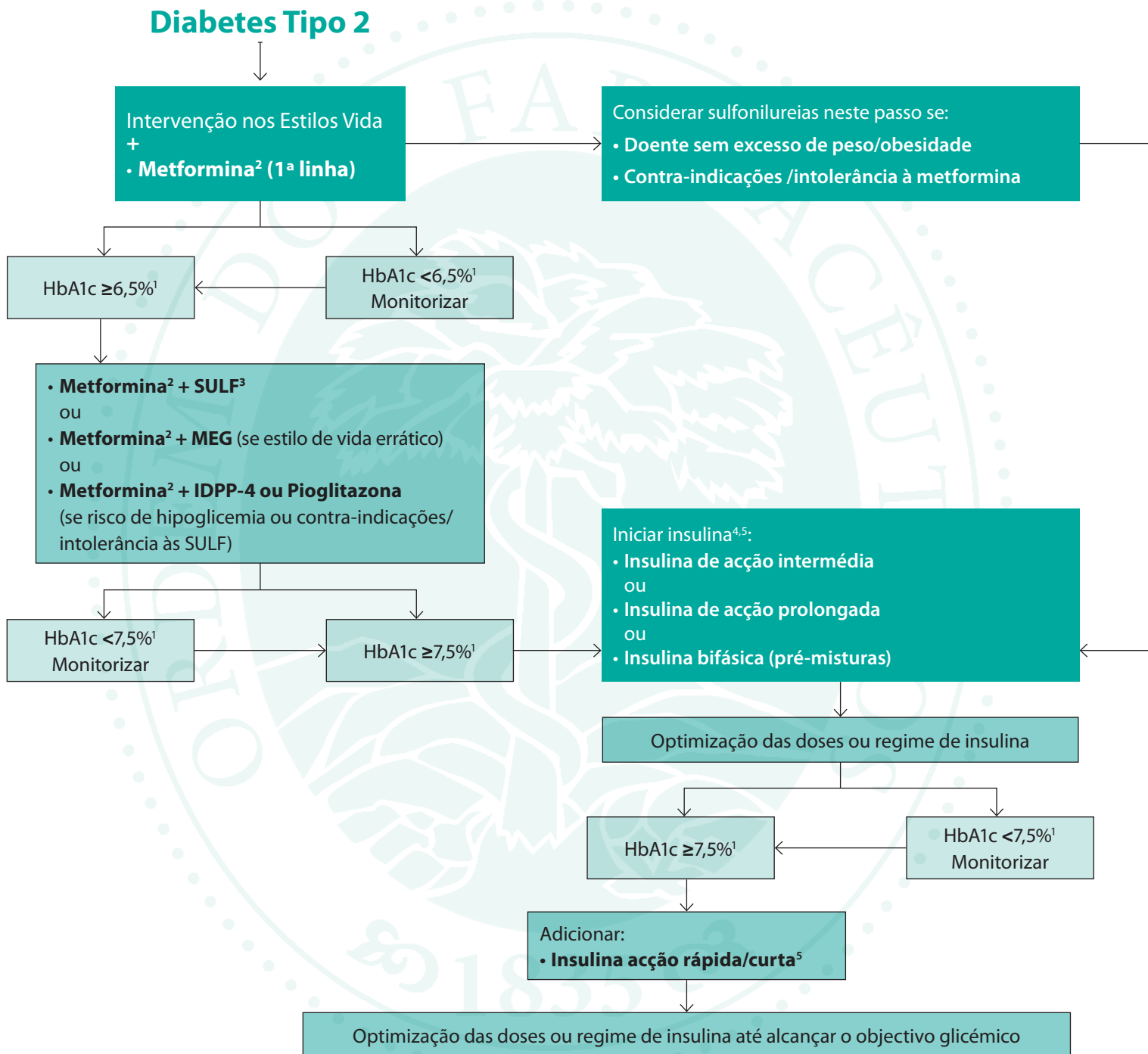
- A dose diária de insulina depende de diversos factores, nomeadamente da idade, peso, duração da diabetes, alimentação, exercício e doenças intercorrentes
- A autovigilância da glicemia deve ser frequente para optimização das doses e regime de insulina
- Definir para cada doente o objectivo glicémico a atingir, sabendo que a maioria deve ter HbA1c <6,5%
- Avaliar a HbA1c cada 3 meses ou com outra frequência de acordo com as necessidades individuais
- Todos os doentes devem saber reconhecer os sinais de hipoglicemia, como prevenir e tratar

### Bibliografia:

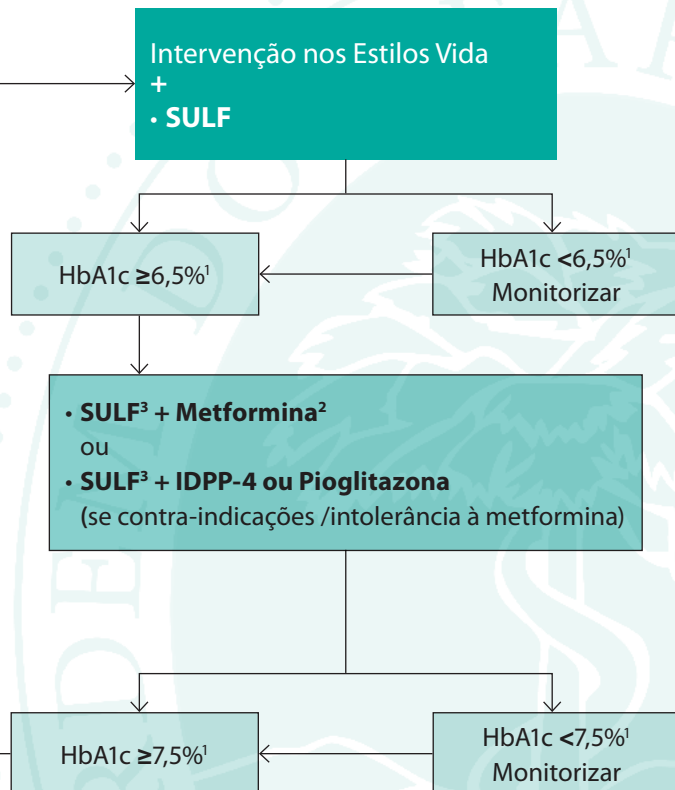
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2010**. *Diabetes Care*. Vol. 33, Suppl. 1 (2010); p. S11 - S61.
2. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. **Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada**. *Canadian Journal of Diabetes*. Vol. 32 Suppl. 1(2008), p. S46-S52.
3. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium. **Insulin treatment in children and adolescents with diabetes**. *Pediatric Diabetes*. 10 Suppl 12(2009) p. 82–99.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults**. Quick Reference Guide. NICE clinical guideline 15. *NICE*, 2004 (atualizado em 2010).

# Diabetes Tipo 2







**ADO:** Antidiabéticos Oraís

**IDPP-4:** Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4

**HbA1c:** Hemoglobina Glicosilada

**MEG:** Meglitinidas

**SULF:** Sulfonilureias

1. Ou de acordo com objectivo definido individualmente
2. A dose deve ser introduzida progressivamente por forma a reduzir as reacções adversas a nível gastrointestinal
3. Evitar a glibenclamida pelo risco acrescido de hipoglicemia grave
4. Considerar continuar metformina e SULF (e acarbose se em utilização). Outros ADO só devem ser mantidos se licenciados para utilização com insulina.  
Rever utilização de SULF se hipoglicemia ocorrer
5. Preferir análogos de insulina se risco acrescido de hipoglicemia

## RECOMENDAÇÕES

- Definir para cada doente o objectivo glicémico a atingir, sabendo que a maioria dos doentes deve ter valores de HbA1c <6,5%. Na definição do objectivo terapêutico individualizado, ter em consideração factores como a esperança de vida, o risco de hipoglicemia e a presença de doença cardiovascular e outras comorbilidades
- Avaliar a HbA1c cada 3 meses ou com outra frequência de acordo com as necessidades individuais
- A selecção da terapêutica deve ser individualizada tendo em conta a efectividade na redução da glicemia, efeitos extraglicémicos que possam reduzir as complicações tardias da diabetes, perfil de segurança, tolerabilidade, facilidade de administração e os custos
- Em cada um dos passos, optimização das doses ou adição de outro fármaco, com mecanismo de acção diferente, até alcançar o objectivo definido para a A1c
- A metformina é recomendada como primeira opção terapêutica na diabetes tipo 2, na ausência de contra-indicações, devendo a dose ser introduzida progressivamente por forma a reduzir as reacções adversas a nível gastrointestinal
- Deve privilegiar-se a associação de fármacos com diferentes mecanismos de acção para beneficiar do efeito sinérgico. Pode considerar-se a associação de 3 antidiabéticos orais contudo, deve privilegiar-se o início precoce de insulina em doentes com dificuldade em alcançar o objectivo definido
- Considerar a acarbose nos doentes que não podem fazer outros ADO ou que mantêm hiperglicemia pós-prandial após terapêutica com outros ADO

### Bibliografia:

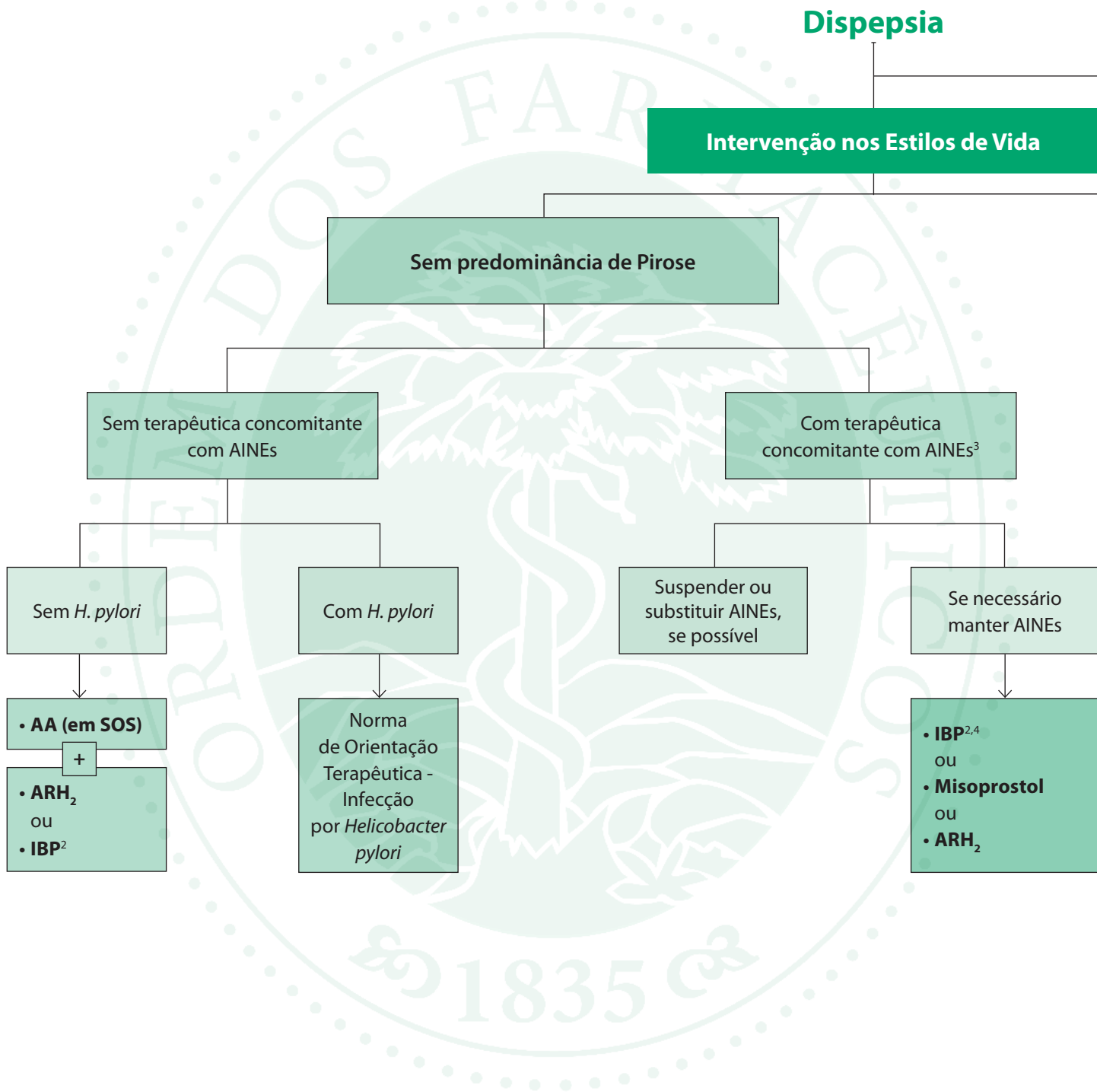
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

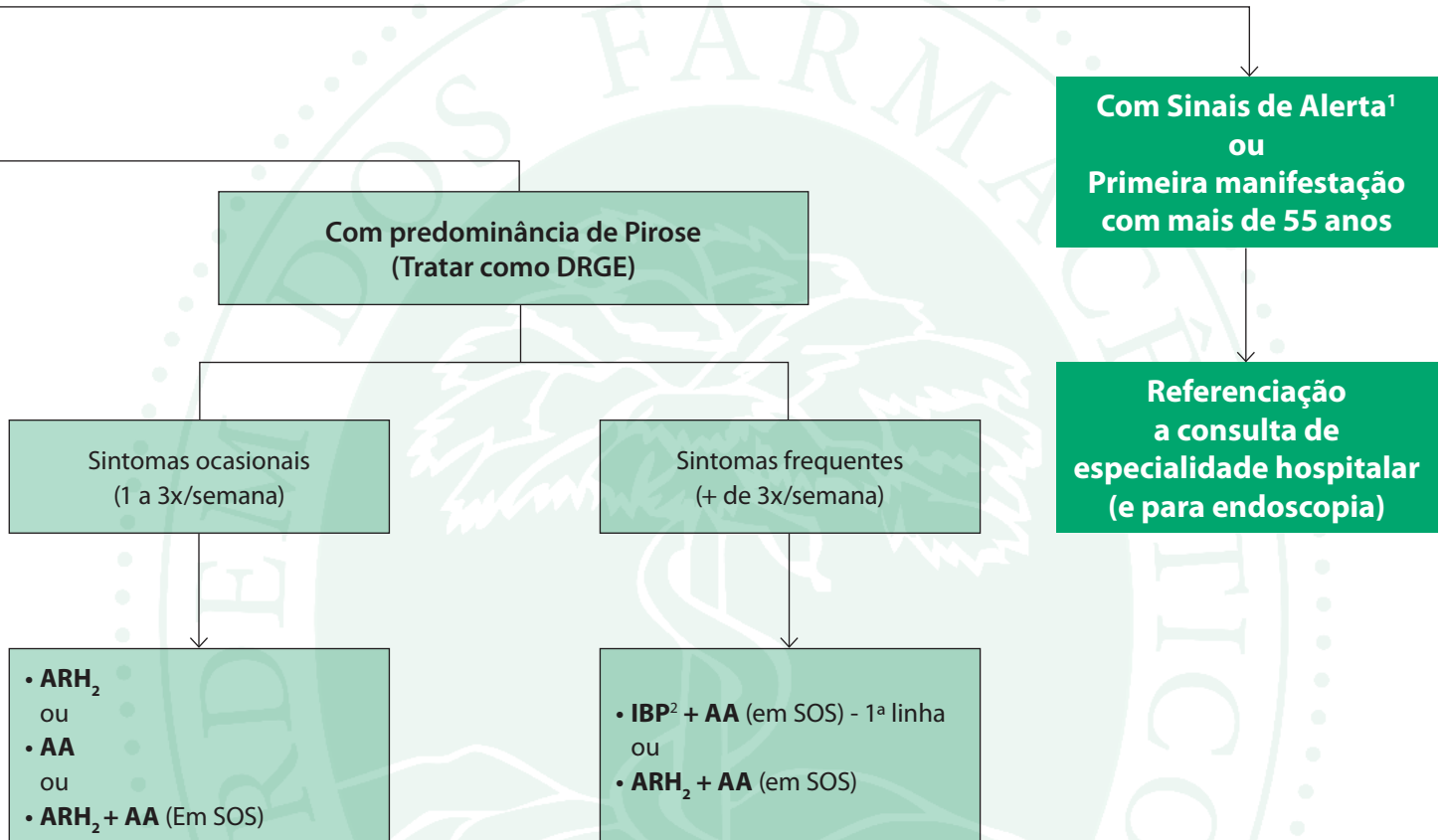
1. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2010**. *Diabetes Care*. Vol. 33, Suppl. 1 (2010); p. S11 - S61.
2. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. **Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada**. *Canadian Journal of Diabetes*. Vol. 32 Suppl. 1(2008), p. S53-S61.
3. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Terapêutica da Diabetes Mellitus Tipo 2: Metformina**. Norma da Direcção-Geral da Saúde 001/2011. Janeiro 2011.
4. NATHAN D. M. *et al.* **Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy**. A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* Vol. 32 nº1 (2009), p. 1-11.
5. National Collaborating Centre for Chronic Conditions. **Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)**. London: Royal College of Physicians. 2008. p. 53-124.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Type 2 Diabetes – The management of type 2 Diabetes**. NICE clinical guideline 87 (update of NICE clinical guideline 66). *NICE*, 2009. (atualizado em 2010)
7. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. **Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o tratamento da Hiperglicemia e Factores de Risco na Diabetes Tipo 2**. *Revista Portuguesa de Diabetes* Vol. 2 nº4 (2007), Suppl: 5-18.

# Dispepsia



# Dispepsia





AA: Antiácidos

AINEs: Anti-inflamatórios Não-esteróides

ARH<sub>2</sub>: Antagonistas dos Receptores H<sub>2</sub>

DRGE: Doença do Refluxo Gastroesofágico

*H. Pylori*: *Helicobacter pylori*

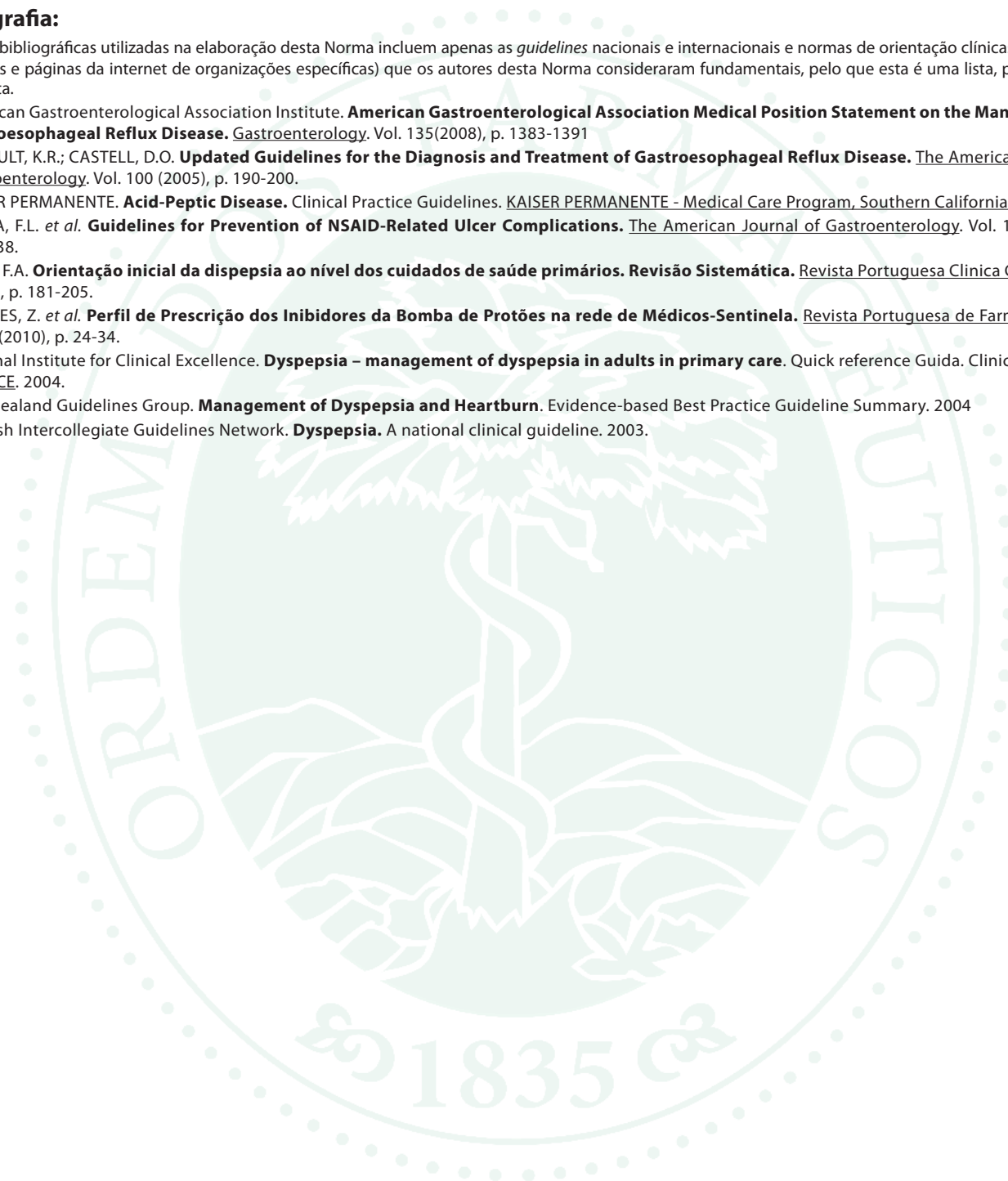
IBP: Inibidores da Bomba de Protões

1. Consideram-se Sinais de Alerta: hemorragia gastrointestinal, disfagia, perda de peso inexplicável, vômitos persistentes e massa abdominal palpável
2. Não associar a Clopidogrel. Ao iniciar IBP, descontinuar o uso de ARH<sub>2</sub>
3. Irradicar *H. pylori* se teste positivo
4. Considerar, nos casos não DRGE, uma redução gradual da toma de IBPs, após 4 a 8 semanas, até ao abandono ou substituição por ARH<sub>2</sub> ou AA nas doses mais baixas que controlem os sintomas

## Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. American Gastroenterological Association Institute. **American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease.** *Gastroenterology*. Vol. 135(2008), p. 1383-1391
2. DE VAULT, K.R.; CASTELL, D.O. **Updated Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease.** *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 100 (2005), p. 190-200.
3. KAISER PERMANENTE. **Acid-Peptic Disease.** Clinical Practice Guidelines. KAISER PERMANENTE - Medical Care Program, Southern California, 2008.
4. LANZA, F.L. *et al.* **Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications.** *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 104(2009), p. 728-738.
5. LOBO, F.A. **Orientação inicial da dispepsia ao nível dos cuidados de saúde primários. Revisão Sistemática.** *Revista Portuguesa Clínica Geral*. Vol. 24 (2008), p. 181-205.
6. MENDES, Z. *et al.* **Perfil de Prescrição dos Inibidores da Bomba de Protões na rede de Médicos-Sentinela.** *Revista Portuguesa de Farmacoterapia*. Vol. 2 (2010), p. 24-34.
7. National Institute for Clinical Excellence. **Dyspepsia – management of dyspepsia in adults in primary care.** Quick reference Guida. Clinical Guideline 17. NICE, 2004.
8. New Zealand Guidelines Group. **Management of Dyspepsia and Heartburn.** Evidence-based Best Practice Guideline Summary. 2004
9. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Dyspepsia.** A national clinical guideline. 2003.



## Dislipidemia



# Dislipidemia

## Dislipidemia

- Risco baixo [SCORE  $\leq 1\%$ ] e C-LDL  $\geq 190$  mg/dl
- Risco moderado [SCORE 1-5%] e C-LDL  $\geq 115$  mg/dl
- Risco elevado [SCORE 5-10% ou factores de risco individuais muito elevados, tais como dislipidemia familiar ou hipertensão grave] e C-LDL  $\geq 100$  mg/dl
- Risco muito elevado e C-LDL  $\geq 70$  mg/dl
  - SCORE  $\geq 10\%$
  - Doença cardiovascular conhecida (antecedente de EAM ou de revascularização ou de AVC isquémico ou doença arterial periférica, etc.)
  - Diabetes tipo 2 ou tipo 1 com lesão de órgão alvo
  - Doente com IRC moderada a grave (TFG  $< 60$  ml/min.)

Pesquisar e tratar causa secundária

### Intervenção nos Estilos de Vida

C-LDL  $\uparrow$

• **Estatinas**<sup>2,3,7,8</sup>

Optimização das doses ou substituição por outro fármaco da mesma classe<sup>1</sup>

Adicionar:

- **Ezetimiba**<sup>9</sup>
- ou
- **Resinas SAB**<sup>4</sup>
- ou
- **Ácido nicotínico**<sup>5,8</sup>
- ou
- **Ácido nicotínico + Laropirant**<sup>5,8</sup>

C-LDL  $\uparrow$  e TG 200 - 499 mg/dl

• **Estatinas**<sup>2,3,7,8</sup>

Optimização das doses ou substituição por outro fármaco da mesma classe<sup>1</sup>

Adicionar:

- **Ácido nicotínico**<sup>5,8</sup>
- ou
- **Ácido nicotínico + Laropirant**<sup>5,8</sup>
- ou
- **Fibratos**<sup>6,7,8,9</sup>

TG  $\geq 500$  mg/dl

• **Fibratos**<sup>5,7,8,9</sup>

Optimização das doses

Adicionar:

- **Ácido nicotínico**<sup>5,8</sup>
- ou
- **Ácido nicotínico + Laropirant**<sup>5,8</sup>
- ou
- **Ésteres etílicos de ácido ómega 3**



<b>AVC:</b> Acidente Vascular Cerebral	<b>C-HDL:</b> Colesterol HDL	<b>C-LDL:</b> Colesterol LDL	<b>CT:</b> Colesterol Total
<b>EAM:</b> Enfarte Agudo do Miocárdio	<b>Resinas SAB:</b> Resinas Sequestradoras de Ácidos Biliares	<b>TFG:</b> Taxa de Filtração Glomerular	<b>TG:</b> Triglicérides

- Embora os valores-alvo do C-LDL se atinjam em monoterapia, a elevada prevalência de indivíduos com elevado risco e indivíduos que não toleram altas doses de estatinas, implicam associações farmacológicas ou a substituição por fármacos da mesma classe terapêutica
- Em casos de contra-indicação ou intolerância às estatinas, deve optar-se por outra classe terapêutica (das indicadas nas possíveis associações)
- Não usar estatinas na doença hepática crónica ou aguda, gravidez ou amamentação
- Não usar resinas em TG >400 mg/dl e disbetalipoproteinémia
- Não usar ácido nicotínico na doença hepática crónica, gota, diabetes ou síndrome metabólico
- Não usar fibratos na doença renal ou hepática grave
- Não usar associação de estatinas com gemfibrozil
- Adicionar com precaução estatinas ao ácido nicotínico ou fibratos, por causa dos efeitos adversos musculares
- Não associar ezetimiba a fibratos

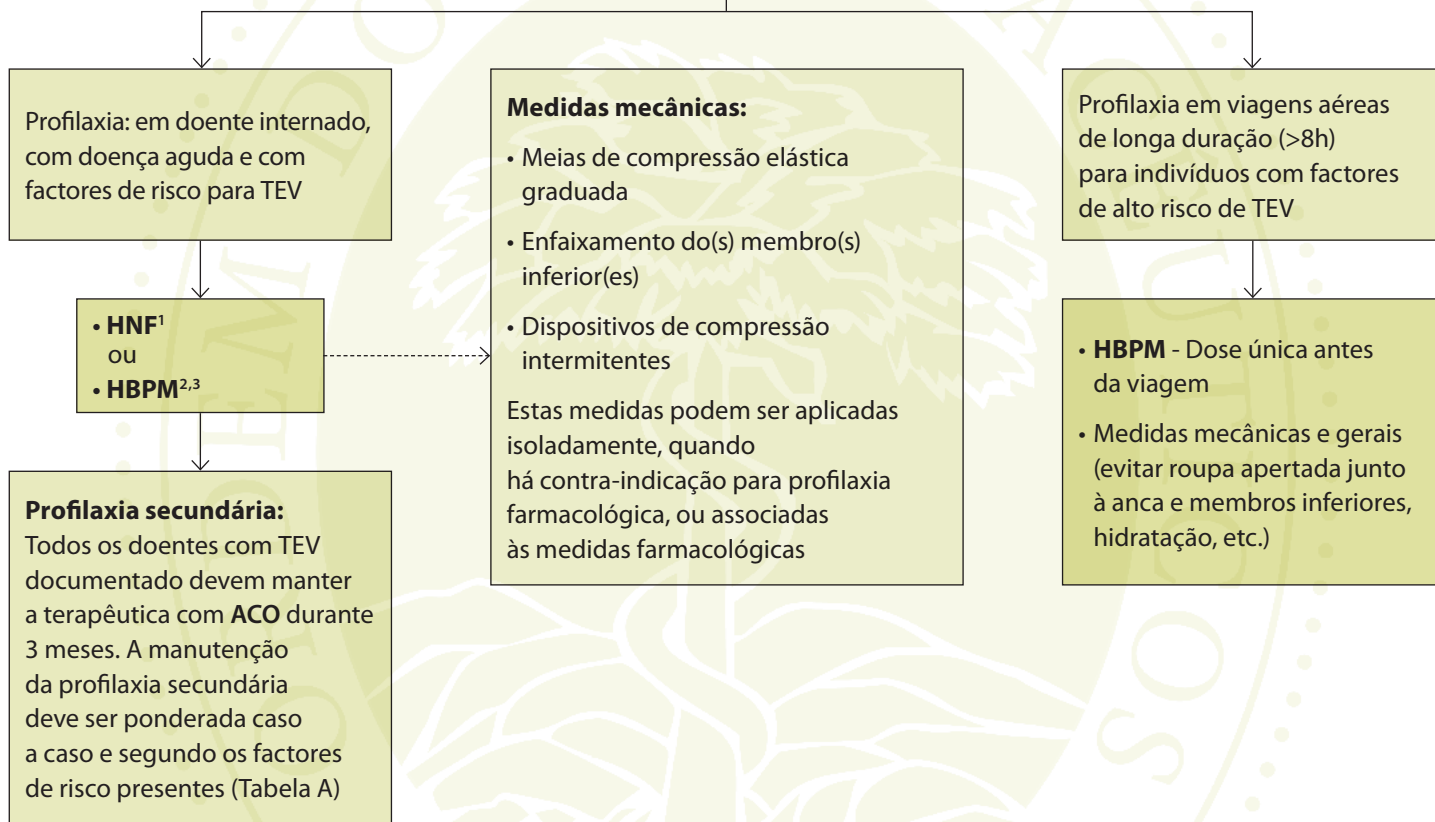
## Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração deste PT incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste PT consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

- American Heart Association. **Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report.** *Circulation: Journal of the American Heart Association.* December 17/24 (2002). p. 3143-3421.
- European Society of Cardiology. **European guidelines on cardiovascular disease prevention practice: executive summary.** Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.* Vol. 14 Suppl 2 (2007).
- GRUNDY, S. *et al.* **Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. NECP Report.** *Circulation.* 110 (2004), p. 227-239.
- HOCKLEY, T.; GEMMILL, M. **European Cholesterol Guidelines Report.** Policy Analysis Centre.
- NATHAN D. M. *et al.* **Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy.** A consensus statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* Vol. 32 nº1 (2009), p. 1-11.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. **Lipid Modification - Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease.** NICE Clinical Guideline 67. *NICE.* May 2008 (reissued March 2010).
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.** Lisboa 2006.
- Quarto Grupo de Trabalho conjunto das Sociedades Europeias para a prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica. **Recomendações Europeias para a Prevenção das Doenças Cardiovasculares.** *Fundação Portuguesa de Cardiologia.* 2007.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease - A national clinical guideline.** 2007.
- The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). **ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias.** *European Heart Journal* 32 (2011), p. 1769-1818.

## Tromboembolismo Venoso (TEV)

### Trombose Venosa Profunda (TVP)



**ACO:** Anticoagulantes Orais

**APTT:** Tempo Parcial de Tromboplastina

**HBPM:** Heparina Baixo Peso Molecular

**HNF:** Heparina não Fraccionada, uso hospitalar

**INR:** *International Normalized Ratio*

**Pentassacárido** - Uso Hospitalar

1. Este medicamento não se encontra disponível em farmácia comunitária

2. Duração 6 a 14 dias (média 10 dias). Parece haver benefício na manutenção da terapêutica durante 28 dias em indivíduos com mais de 75 anos, com mobilidade reduzida ou com neoplasia activa ou antecedentes de TEV, podendo a terapêutica ser efectuada em ambulatório

3. Nos indivíduos submetidos a cirurgia ortopédica é recomendado a manutenção da HBPM durante 35 dias, podendo a terapêutica ser continuada em ambulatório

4. Em ambiente hospitalar

5. Considerar ACO indefinidamente

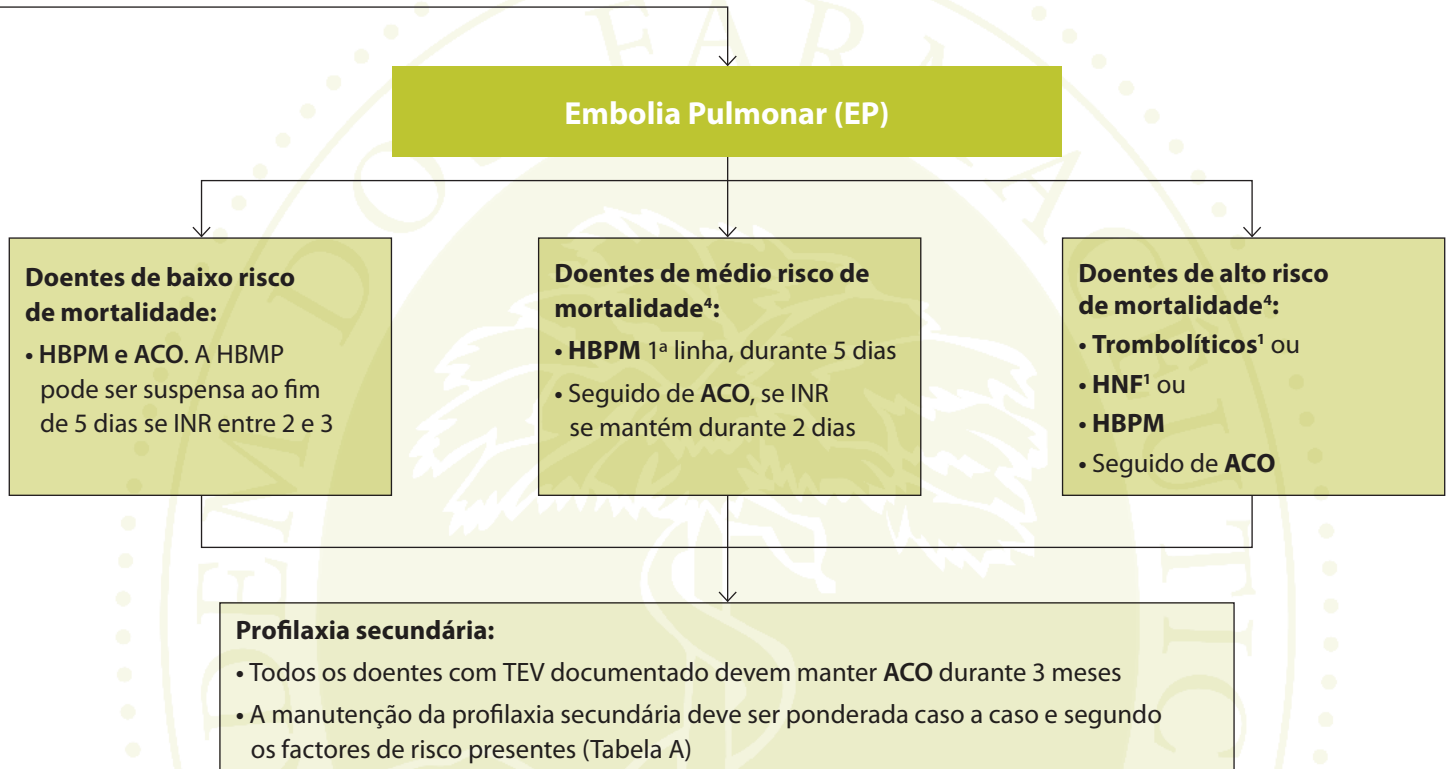


Tabela A

	Factores de risco	Duração
<b>Profilaxia secundária do TEV com ACO</b>	Factor de risco transitório resolvido	3 meses
	Primeiro episódio de TEV idiopático <sup>5</sup>	6 a 12 meses
	TEV e cancro	3 a 6 meses de HBPM ou ACO indefinidamente
	Primeiro episódio de TEV em doentes com SAF <sup>5</sup> (Síndrome anti-fosfolípido) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombofilia (&gt;2 factores)</li> <li>• Trombofilia (1 factor)</li> </ul>	12 meses 6 a 12 meses
	Dois ou mais episódios de TEV documentados	ACO indefinidamente

INR recomendado = 2,5 (2 a 3)

Ponderar o risco/benefício da terapêutica com ACO regularmente

Os doentes com Hipertensão Pulmonar persistente devem ser mantidos com ACO. Considerar após 3 meses referência a consulta da especialidade

## RECOMENDAÇÕES

- A selecção da terapêutica deve ser individualizada, tendo em consideração:
  - Idade
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - A resposta à terapêutica em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Comorbilidades associadas
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interações medicamentosas
- Os métodos mecânicos estão contra-indicados na patologia arterial periférica, neuropatia diabética e infecções dos membros inferiores.
- As heparinas estão contra-indicadas na hemorragia activa ou risco hemorrágico elevado (INR >1,5 e plaquetas <50 000/mL).
- O risco hemorrágico da HBPM é inferior ao da HNF.

### Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração deste PT incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste PT consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

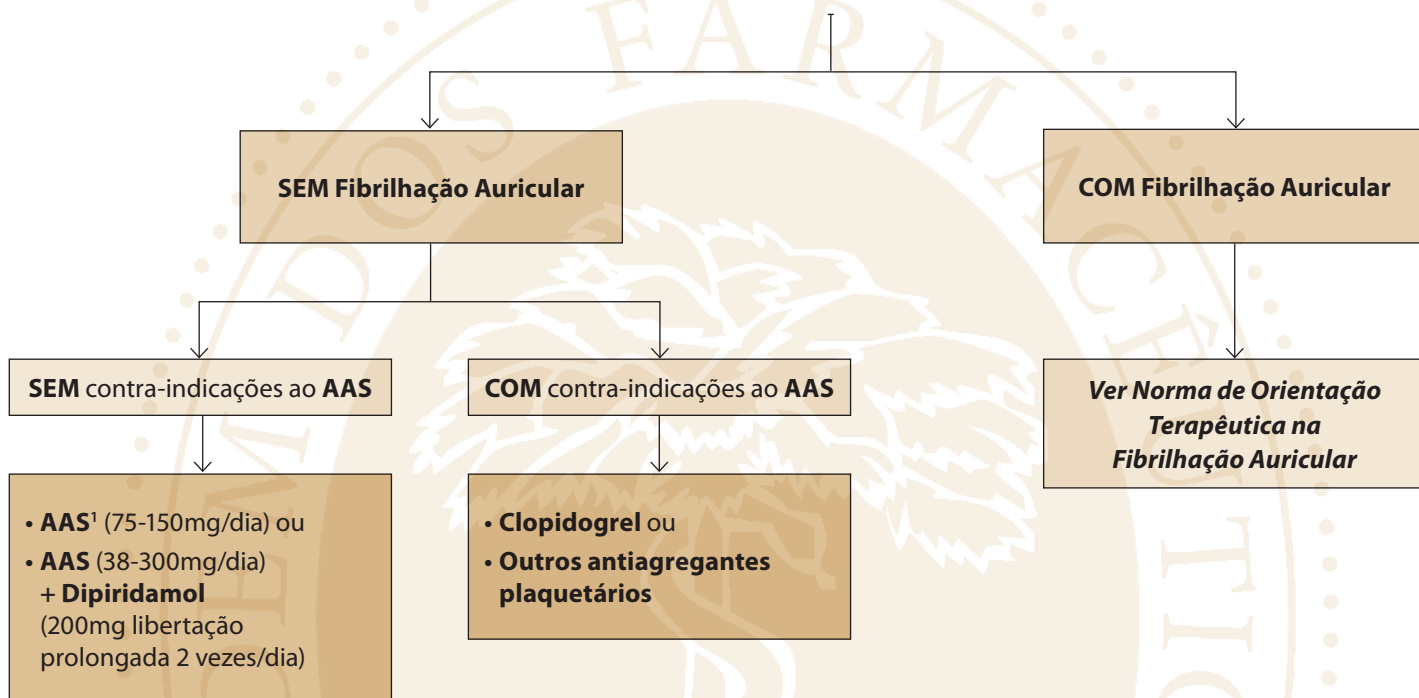
1. BAGLIN, T.P.; COUSINS, D.; KEELING, D.M.; PERRY, D.J.; WATSON, H.G. **Recommendations from the British Committee for Standards in Haematology and National Patient Safety Agency.** *British Journal of Haematology*. Vol. 136 (2006), p. 26–29.
2. GEERTS, W.H. *et al.* **Prevention of Venous Thromboembolism: American College of chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8<sup>th</sup> edition).** *Chest*. Vol. 133 (2008), p. 381S–453S.
3. Grupo de Trabalho do Núcleo de Estudos de Doença Vascular Pulmonar (NEDVP) da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI). **Normas para a prevenção, diagnóstico e tratamento do Tromboembolismo Venoso no doente médico.**
4. TORBICKI, A. *et al.* **Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism.** The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. Vol. 29 (2008), p. 2276–2315
5. VITERBO, J.F.; TAVARES, M.J. **Profilaxia e tratamento da tromboembolia pulmonar per-operatória.** *Acta Med Port*. Vol. 18 (2005), p. 209–220.

## Prevenção Secundária do AVC Isquémico



# Prevenção Secundária do AVC Isquémico

## AVC Isquémico



**AAS:** Ácido Acetilsalicílico

**ACO:** Anticoagulante Oral

**AIT:** Acidente Isquémico Transitório

**AVC:** Acidente Vascular Cerebral

1. A aspirina reduz a recorrência do evento independentemente da dose (50 a 1300mg/d), apesar de doses elevadas (>150mg/d) aumentarem os efeitos adversos

## RECOMENDAÇÕES

- A selecção da terapêutica deve ser individualizada, tendo em consideração:
  - Idade
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - A resposta à terapêutica em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Comorbilidades associadas
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interações medicamentosas
- Todos os doentes com história de AVC requerem terapêutica antitrombótica.
- A combinação de Aspirina com Clopidogrel não é recomendada em doentes com AVC Isquémico recente, excepto na angina instável ou *stenting* recente. O tratamento deve ter a duração de 9 meses após o evento (AVC).
- Os doentes que tiveram AVC sob terapêutica antiagregante devem ser reavaliados relativamente aos factores de risco e fisiopatologia.

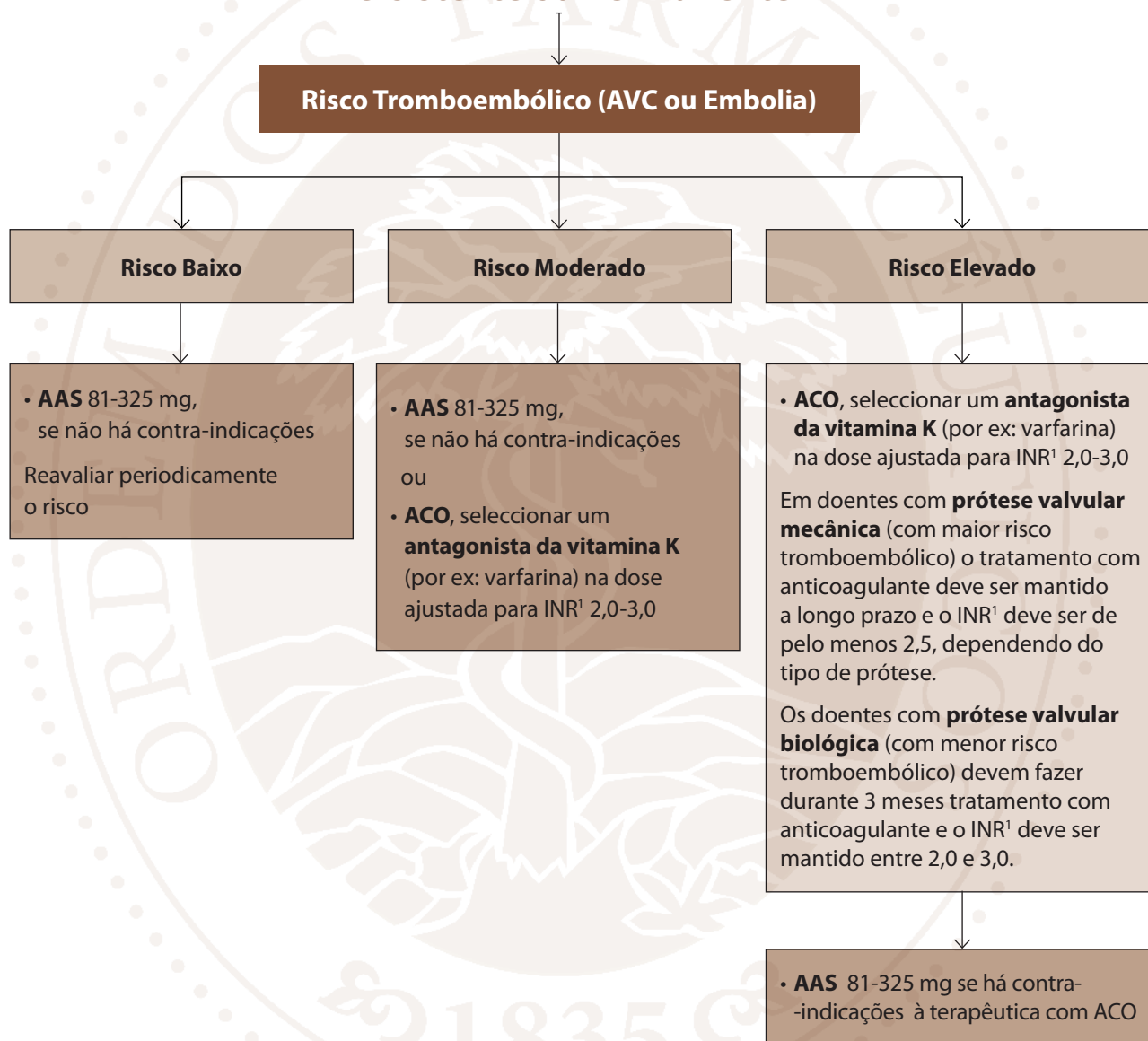
### Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. **Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus**. Ministerio de Sanidad y consumo. 2006.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Antithrombotic Therapy**. A National Clinical Guideline. SIGN Publication number 36. 1999.
3. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. **Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008**. 2008.
4. Canadian Stroke Network and Heart and Stroke Foundation of Canada. **Prevention of stroke. Antiplatelet therapy**. In: **Canadian best practice recommendations for stroke care**. National Guideline Clearinghouse – 7095. 2006 (revised 2008).

# Fibrilhação Auricular vs Risco Tromboembólico

## Fibrilhação Auricular (FA) não valvular Persistente ou Permanente





# Fibrilhação Auricular vs Risco Tromboembólico

Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Elevado
Idade <65 anos, sem história de embolismo ou outros factores de risco moderado ou elevado	Idade ≥65 anos e sem factores de risco elevado	História prévia de AVC, AIT ou embolia
	Idade <75 anos, com diabetes, doença vascular ou HTA e não incluídos na categoria de elevado risco	Idade ≥75 anos, com diabetes ou doença vascular ou HTA
		Evidência clínica de doença valvular, insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda
		Estenose Mitral

## RECOMENDAÇÕES

- A selecção da terapêutica deve ser individualizada, tendo em consideração:
  - Idade
  - Reacções adversas e segurança/tolerância individuais
  - A resposta à terapêutica em situações anteriores
  - Eficácia e efectividade relativas
  - Comorbilidades associadas
  - Semi-vida dos fármacos
  - Interacções medicamentosas
- Nos procedimentos cirúrgicos que requerem a interrupção da terapêutica anticoagulante oral por mais de uma semana, em doentes de elevado risco, pode ser administrada heparina não fraccionada (HNF) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM) em injeção subcutânea.
- Em doentes com Fibrilhação Auricular que tenham sofrido AVC isquémico ou embolismo sistémico durante o tratamento com anticoagulação de baixa intensidade (INR 2 a 3) deve ser aumentada a intensidade da anticoagulação para um INR alvo máximo de 3,0 a 3,5.
- Para prevenir o AVC em doentes com Fibrilhação Auricular não valvular é preciso manter o tratamento durante um ano.

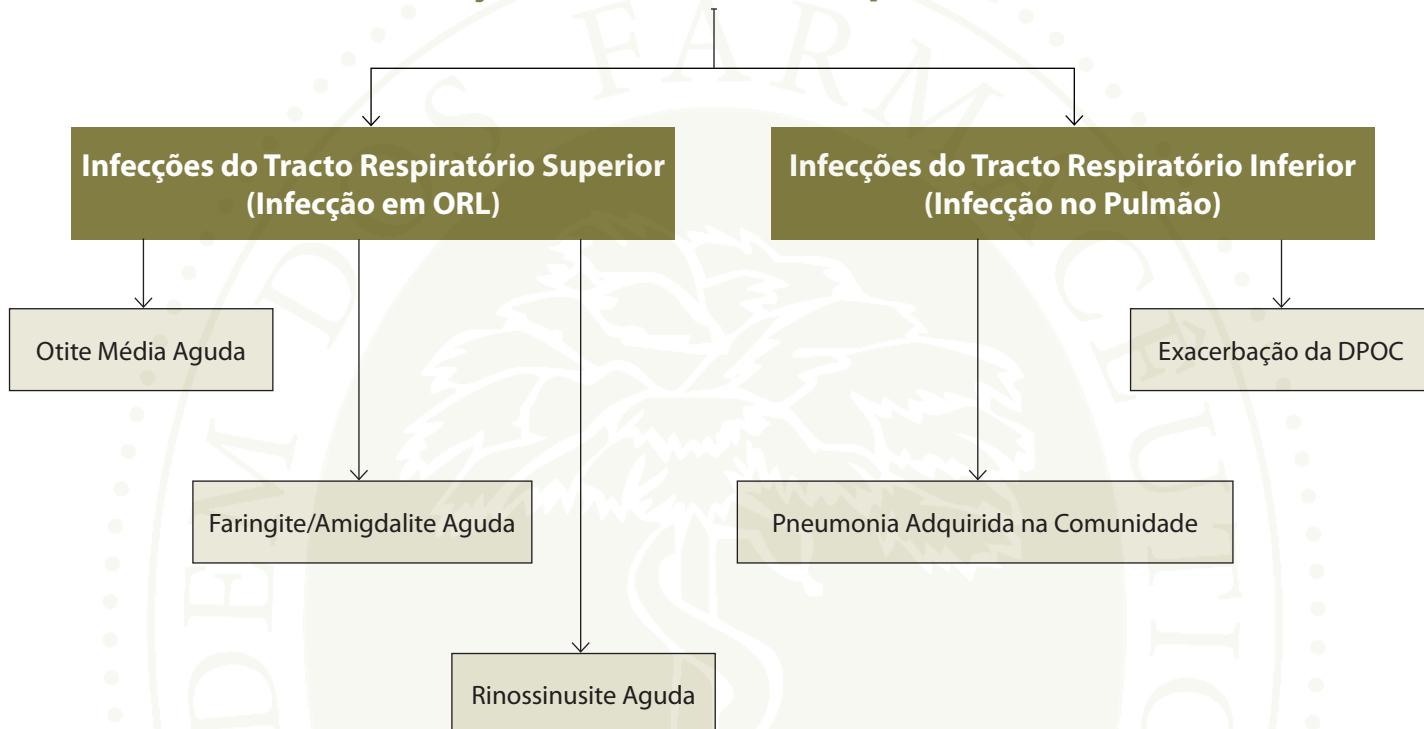
## Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares. **Terapêutica Antitrombótica da Fibrilhação Auricular**. 2009.
2. National Collaborating Centre for Mental Health. **Atrial fibrillation**. The management of atrial fibrillation. Quick Reference Guide. Nice Clinical Guideline 36. 2006.
3. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. **Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008**. 2008.

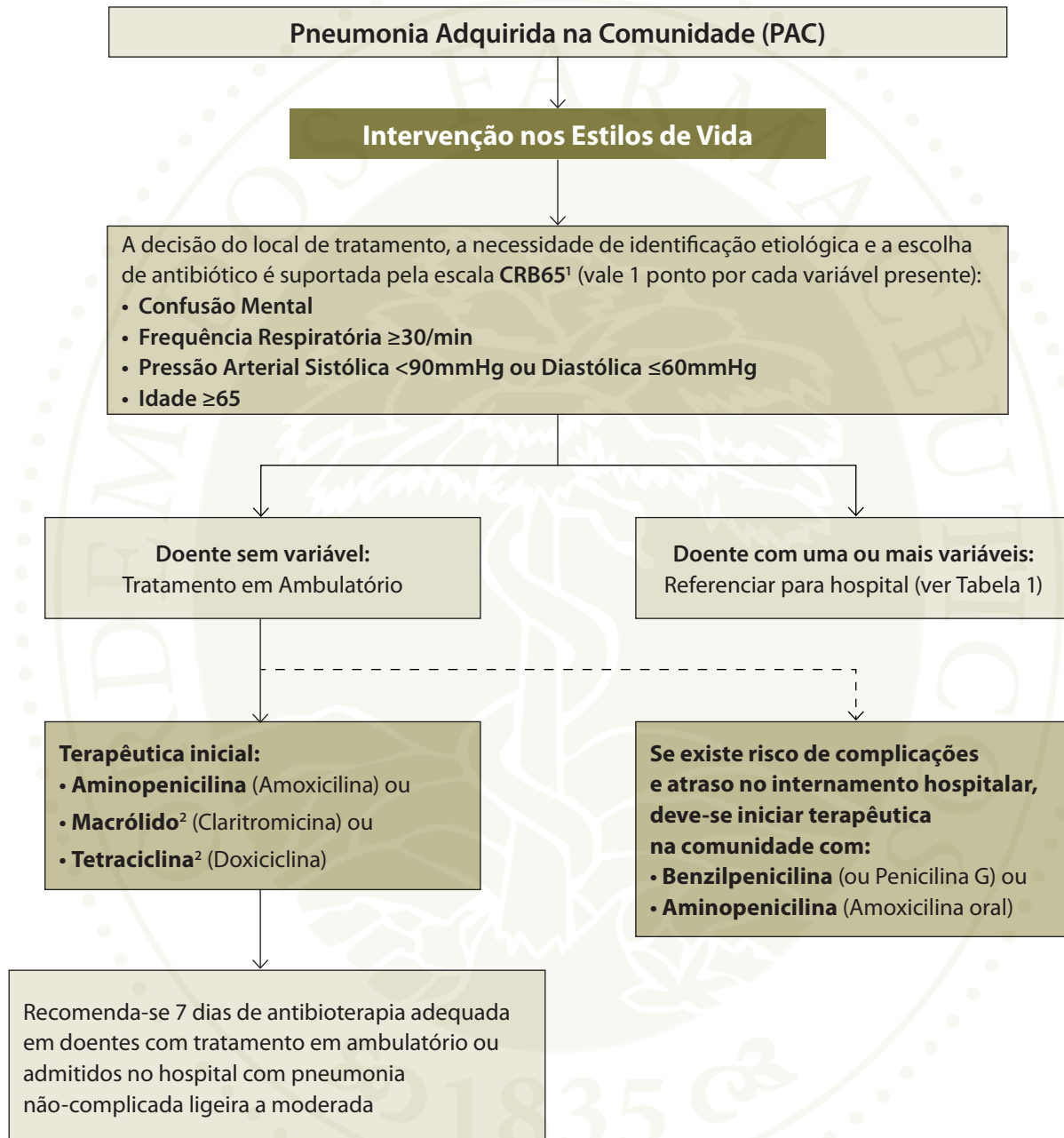
# Infecções Bacterianas Respiratórias

## Infecções Bacterianas Respiratórias



As recomendações terapêuticas na área das doenças infecciosas possuem carácter dinâmico, uma vez que se baseiam sempre em realidades microbiológicas locais e se adaptam a variações epidemiológicas e alterações da flora microbiana

# Infecções Bacterianas Respiratórias



1. CRB65 – Confusion; Respiratory rate; Blood pressure; Age  $\geq 65$  years

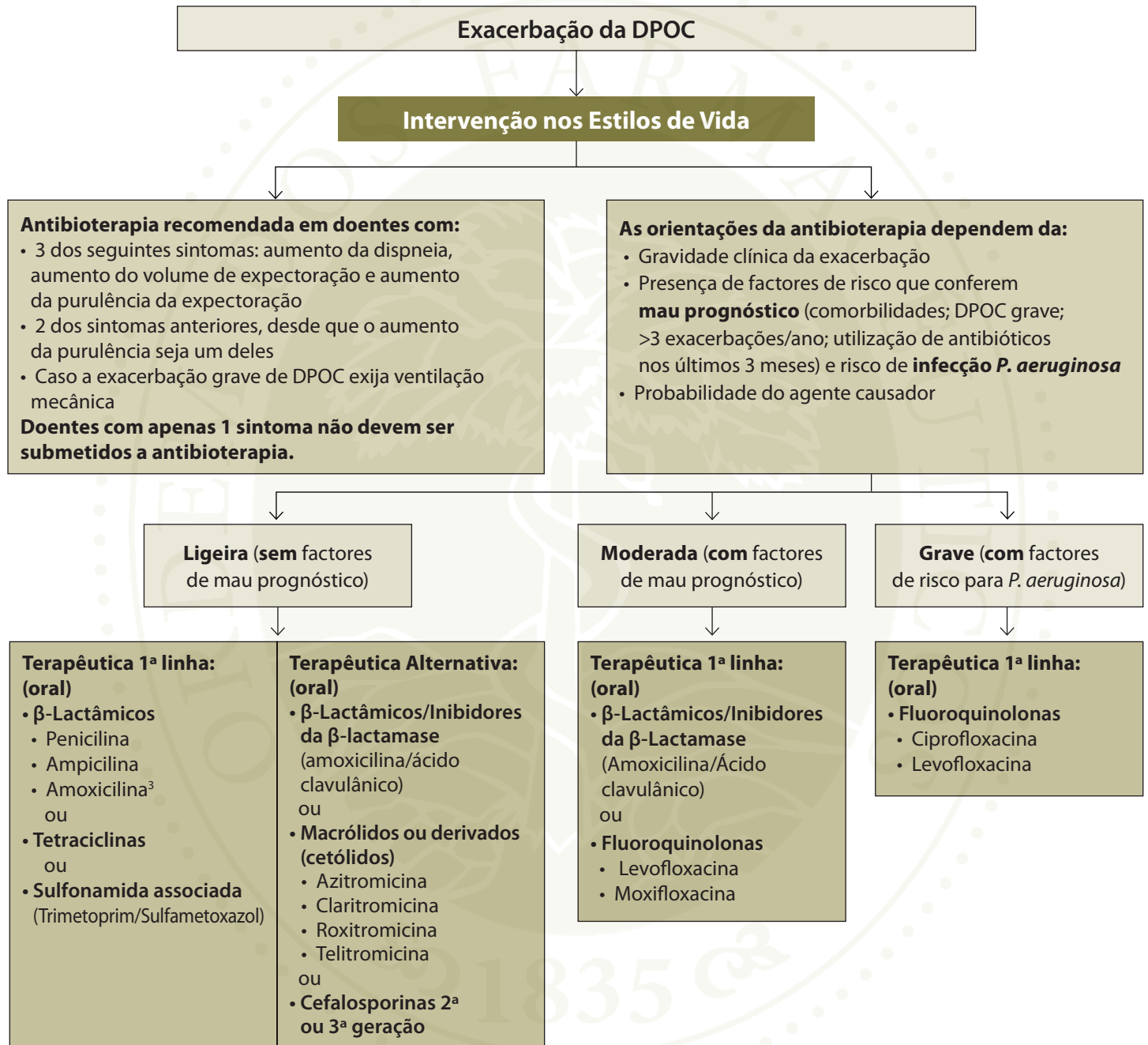
2. Terapêutica alternativa, para doentes com hipersensibilidade às penicilinas

# Infecções Bacterianas Respiratórias

Tabela 1: Recomendações do tratamento de pneumonia bacteriana e pneumonia por aspiração

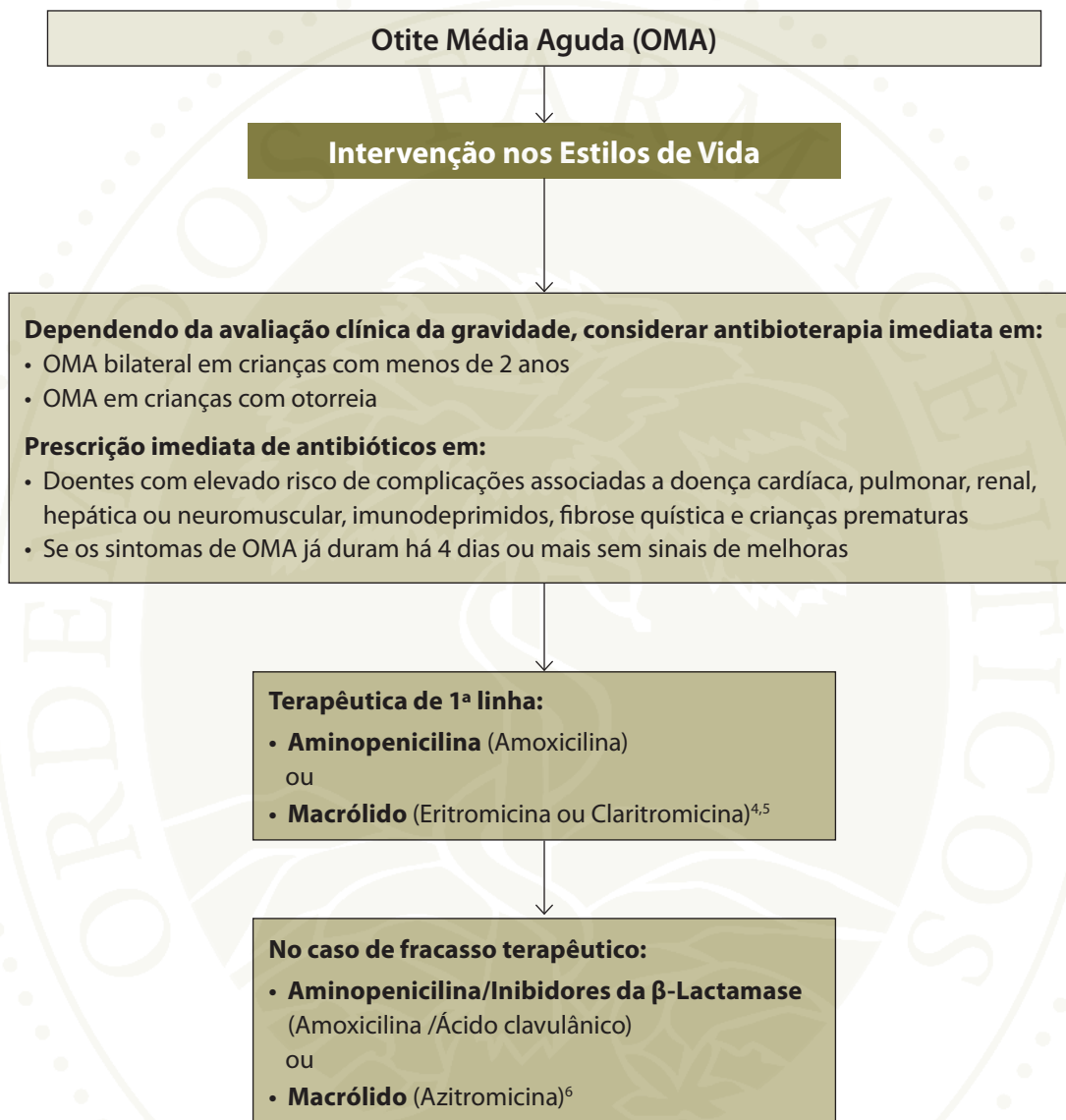
Agente causal	1ª linha	Alternativa
<b><i>S. pneumoniae</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aminopenicilina (Amoxicilina oral)</li> <li>ou</li> <li>Benzilpenicilina IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrólido (Clarithromicina oral)</li> <li>ou</li> <li>Cefalosporina 2ª geração (Cefuroxima IV)</li> <li>ou</li> <li>Cefalosporina 3ª geração (Cefotaxima ou Ceftriaxona IV)</li> </ul>
<b><i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrólido (Clarithromicina oral/ IV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tetraciclina (Doxiciclina)</li> <li>ou</li> <li>Fluoroquinolona oral/ IV</li> </ul>
<b><i>C. psittaci</i> <i>C. burnetti</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tetraciclina (Doxiciclina oral)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrólido (Clarithromicina oral/IV)</li> </ul>
<b><i>Legionella spp</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fluoroquinolona oral/ IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Macrólido (Clarithromicina oral/IV, ou se necessário Azitromicina, nos países onde este antibiótico é usado para o tratamento de Pneumonia)</li> </ul>
<b><i>H. influenzae</i></b>	<p><u>Não produtor de <math>\beta</math>-lactamases:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aminopenicilina (Amoxicilina oral/ IV)</li> </ul> <p><u>Produtor de <math>\beta</math>-lactamases:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aminopenicilina/Inibidores da <math>\beta</math>-lactamase (Amoxicilina/Ác. clavulânico oral/ IV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporina 2ª geração (Cefuroxima IV)</li> <li>ou</li> <li>Cefalosporina 3ª geração (Cefotaxima ou Ceftriaxona IV)</li> <li>ou</li> <li>Fluoroquinolona oral/ IV</li> </ul>
<b>Bacilo entérico Gram -</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporina 2ª geração (Cefuroxima IV)</li> <li>ou</li> <li>Cefalosporina 3ª geração (Cefotaxima ou Ceftriaxona IV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fluoroquinolona IV</li> <li>ou</li> <li>Carbapenemo (Imipenem ou Meropenem IV)</li> </ul>
<b><i>P. aeruginosa</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporina 3ª geração (Ceftazidima IV) + Aminoglicosídeo (Gentamicina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fluoroquinolona (Ciprofloxacina IV) ou Ureidopenicilina (Piperacilina IV)+ Aminoglicosídeo (Gentamicina)</li> </ul>
<b><i>S. aureus</i></b>	<p><u><i>Staphylococcus aureus</i> Não Meticilino-Resistente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Isoxazolilpenicilina (Flucloxacilina IV) com ou sem Rifampicina oral/ IV</li> </ul>	<p><u><i>Staphylococcus aureus</i> Meticilino Resistente:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vancomicina IV ou Oxazolidinona (Linezolida IV) ou Teicoplanina com ou sem Rifampicina oral/IV</li> </ul>
<b>Pneumonia por aspiração</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aminopenicilina/Inibidores da <math>\beta</math>-lactamase (Amoxicilina/Ác. clavulânico IV)</li> </ul>	Recomendada de acordo com a microbiologia local

# Infecções Bacterianas Respiratórias



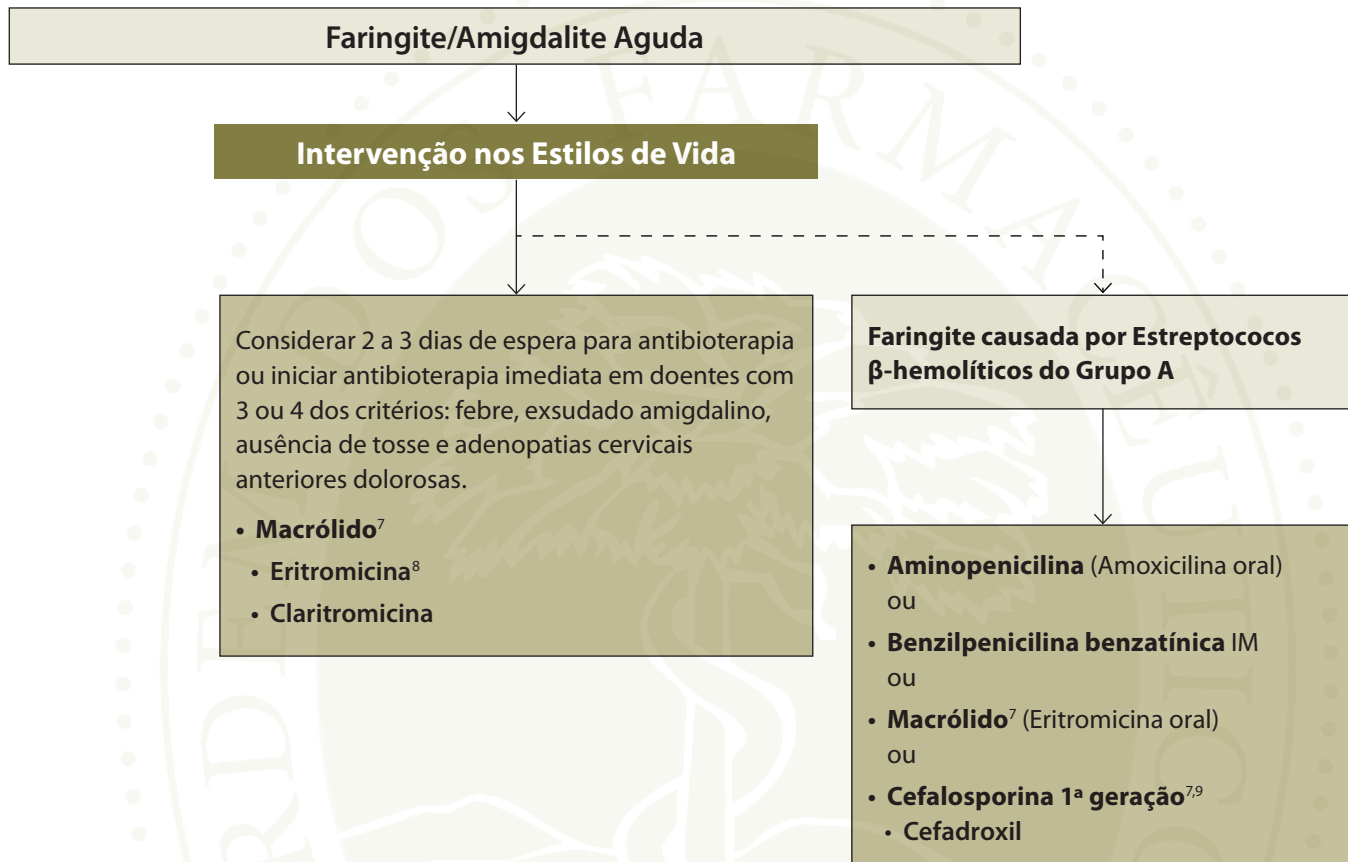
3. Antibióticos não apropriados em áreas com aumento de prevalência de *H. influenzae* e *M. Catarrhalis* e/ou *E. pneumoniae* produtores de lactamase beta resistente à penicilina

# Infecções Bacterianas Respiratórias



## RECOMENDAÇÕES

- Avaliar, na fase de cuidados primários, a gravidade da infecção. No caso de OMA **os antibióticos podem não ser a solução imediata adequada (no caso da OMA, a maioria dos casos resolvem-se em 24 horas sem antibiótico)** porque melhoram pouco os sintomas e podem causar efeitos adversos.



4. Terapêutica alternativa, para doentes com hipersensibilidade às penicilinas

5. A eritromicina possui mais efeitos adversos e menor *compliance* porque requer mais tomas/dia

6. A Azitromicina não é de primeira linha porque possui tempo de semi-vida longo e aumenta o risco de desenvolvimento de resistências

7. Terapêutica alternativa, para doentes com hipersensibilidade às penicilinas

8. A Eritromicina possui mais efeitos adversos e menor *compliance* porque requer mais tomas/dia

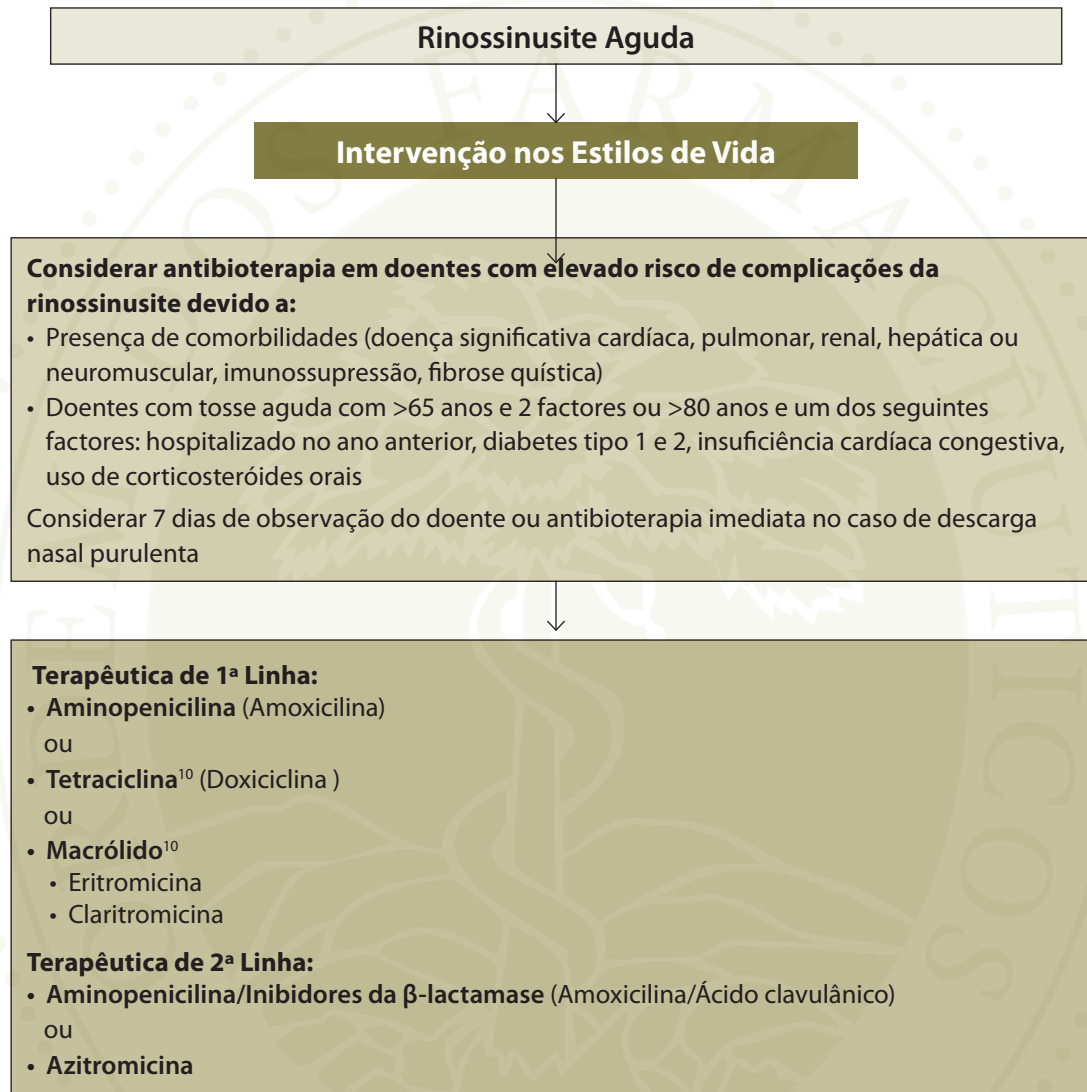
9. Estes fármacos não devem ser usados no caso de hipersensibilidade a  $\beta$ -lactâmicos

# Infecções Bacterianas Respiratórias

## RECOMENDAÇÕES

- Avaliar, na fase de cuidados primários, a gravidade da infecção. No caso de faringite/amigdalite aguda, os antibióticos podem não ser a solução imediata adequada (na faringite/amigdalite aguda, a maioria dos casos de pessoas imunocompetentes resolvem-se em 7 dias, com ou sem antibiótico) porque melhoram pouco os sintomas e podem causar efeitos adversos.
- Antibióticos não devem ser utilizados, por rotina, na faringite/amigdalite aguda.
- Antibióticos não devem ser prescritos para:
  - Alívio sintomático da secura na dor de garganta
  - Prevenção de complicações supurativas
  - Tratamento de dor de garganta não-estreptocócica recorrente
  - Prevenção do desenvolvimento de febre reumática e glomerulonefrite aguda
- As infecções recorrentes são normalmente devido a:
  - Antibioterapia inapropriada
  - Dose ou duração terapêutica inadequada
  - Não adesão à terapêutica
  - Reinfecção
  - Resistências locais
- A profilaxia com antibióticos na faringite/amigdalite recorrente não é recomendada.





10. Terapêutica alternativa, para doentes com hipersensibilidade às penicilinas

## RECOMENDAÇÕES

- Avaliar, na fase de cuidados primários, a gravidade da infecção. No caso de rinossinusite aguda, os **antibióticos podem não ser a solução imediata adequada (na rinossinusite, a maioria dos casos resolvem-se em 14 dias, sem antibiótico)** porque melhoram pouco os sintomas e podem causar efeitos adversos.

# Infecções Bacterianas Respiratórias

## Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

### PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE:

1. British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. **Guidelines for the management of community acquired in adults: update 2009.** *Thorax IJRM* Vol. 64 Suppl III (2009), p. iii1-iii55
2. Health Protection Agency. **Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation.** 2010. <http://www.hpa.org.uk/>
3. PNCI – **Inquérito Nacional de Prevalência de infeção.** Relatório. 2009. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Nov. 2010)

### EXACERBAÇÃO DA DPOC:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.** 2001 (updated: 2009)
2. Health Protection Agency. **Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation.** 2010. <http://www.hpa.org.uk/>
3. PNCI – **Inquérito Nacional de Prevalência de infeção.** Relatório. 2009. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Nov. 2010)
4. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. **Orientação técnica sobre exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crónica.** *Circular Informativa* Nº 34/DSCS/DPCD (19/11/08)

### OTITE MÉDIA AGUDA:

1. Centre for clinical practice at NICE. **Respiratory tract infections – antibiotic prescribing.** Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. *NICE Clinical Guidelines* 69. 2008. <http://www.nice.org.uk> (11 Nov. 2010) pág. 12
2. CKS. Safe practical clinical answers-fast. **Otitis media – acute.** [www.cks.nhs.uk](http://www.cks.nhs.uk)
3. Health Protection Agency. **Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation.** 2010. <http://www.hpa.org.uk/>
4. PNCI – **Inquérito Nacional de Prevalência de infeção.** Relatório. 2009. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Nov. 2010)

### FARINGITE/AMIGDALITE AGUDA:

1. BISNO, A.L.; GERBER, M.A.; GWALTNEY, J.M.; KAPLAN, E.L.; SCHWARTZ, R.H. **Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis.** *Clinical Infectious Disease*, Vol. 35 (2002), p. 113 – 125.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Management of sore throat and indications for tonsillectomy** A national clinical guideline. *National Institute for Health and Clinical Excellence*. Nº 117. 2010. <http://www.sign.ac.uk/>
3. Centre for clinical practice at NICE. **Respiratory tract infections – antibiotic prescribing.** Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. *NICE Clinical Guidelines* 69. 2008. <http://www.nice.org.uk> (11 Nov. 2010) pág. 12
4. Clinical Knowledge Summaries, National Institute for Health and Clinical Excellence - **Sore Throat Acute.** <http://www.cks.nhs.uk> (Nov. 2010)
5. Health Protection Agency. **Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation.** 2010. <http://www.hpa.org.uk/>
6. PNCI – **Inquérito Nacional de Prevalência de infeção.** Relatório. 2009. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Nov. 2010)

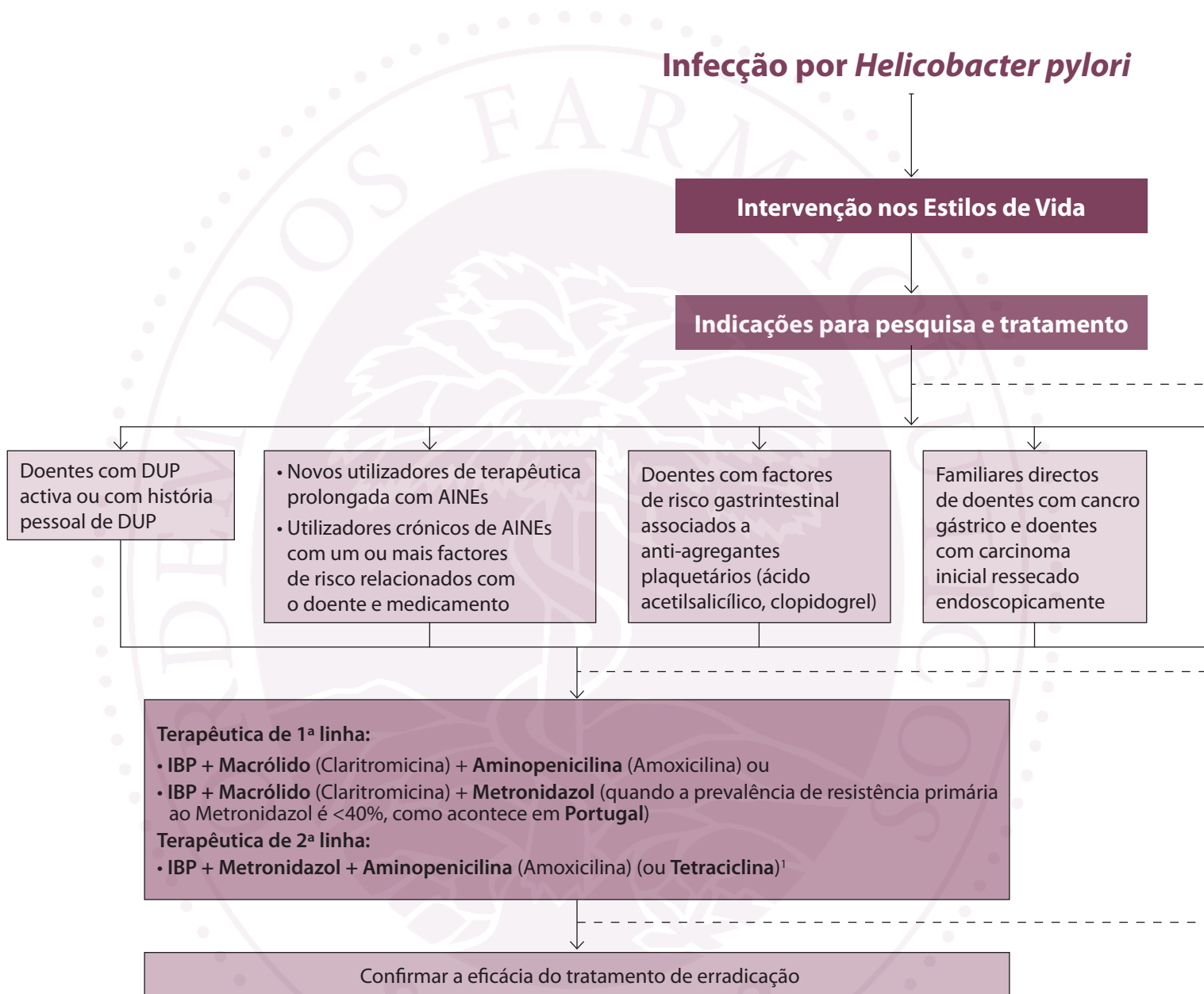
### RIOSSINUSITE AGUDA:

1. Health Protection Agency. **Management of infection guidance for primary care for consultation and local adaptation.** 2010. <http://www.hpa.org.uk/>
2. PNCI – **Inquérito Nacional de Prevalência de infeção.** Relatório. 2009. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (Nov. 2010)
3. Clinical Knowledge Summaries, National Institute for Health and Clinical Excellence - **Sinusite Acute.** <http://www.cks.nhs.uk> (Nov. 2010)
4. Centre for clinical practice at NICE. **Respiratory tract infections – antibiotic prescribing.** Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. *NICE Clinical Guidelines* 69. 2008. <http://www.nice.org.uk> (11 Nov. 2010) pág. 12

## **Infecção por *Helicobacter pylori***



# Infecção por *Helicobacter pylori*



**AINEs:** Anti-Inflamatórios Não Esteróides

**DRGE:** Doença do Refluxo Gastroesofágico

**DUP:** Doença Ulcerosa Péptica

**HP:** *Helicobacter Pylori*

**IBP:** Inibidor da Bomba de Protões

**MALT:** Tecido Linfóide Associado à Mucosa

**UG:** Úlcera Gastroduodenal

1. Associação recomendada para países que não têm os sais de bismuto disponíveis - Portugal

# Infecção por *Helicobacter pylori*

- Não fazer teste se não há intenção de tratar
- Tratar todos os casos que são Hp-positivos

1ª Linha de tratamento dos linfomas MALT de baixo grau (estadio I); Os casos de alto grau podem igualmente beneficiar do tratamento

Doentes com dispepsia não investigada (sem sinais de alarme e de idade <45 anos) e com dispepsia funcional (avaliar erradicação caso a caso)

Avaliar erradicação caso a caso em doentes com DRGE submetidos a tratamento de manutenção com IBP

Em caso de insucesso do tratamento de 2ª linha, o doente deve ser referenciado à **Gastroenterologia**

**A erradicação é confirmada após:**

- 4 semanas para o teste respiratório com ureia -C<sup>13</sup>
- 6 – 12 semanas para o teste de pesquisa de antígeno fecal

## Bibliografia:

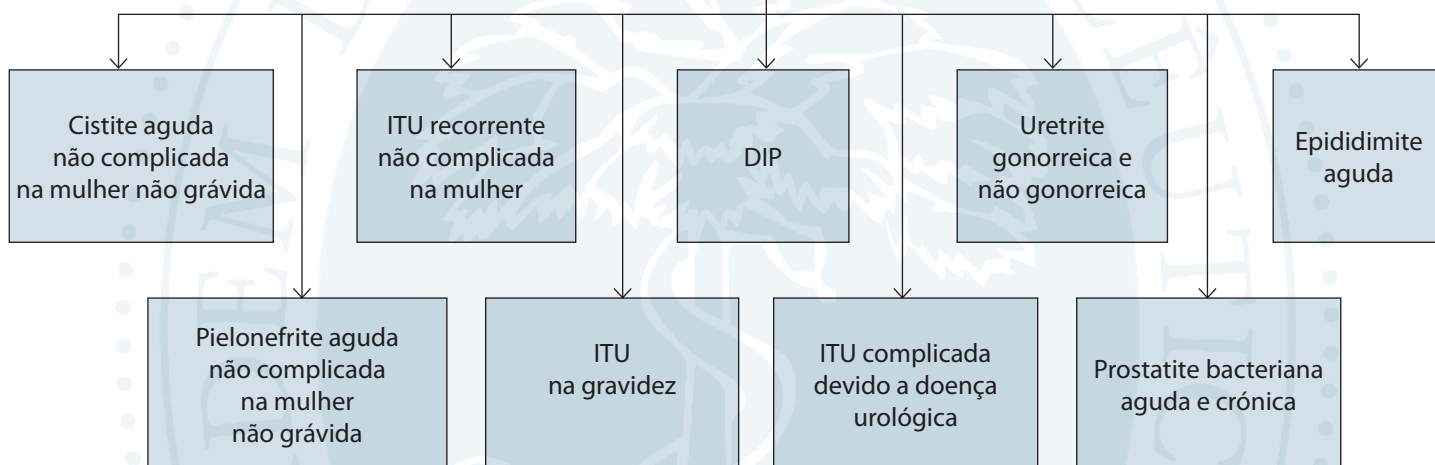
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta Norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. MALFERTHEINER, *et al.* **Current concepts in management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus report.** Gut. Vol. 56 (2007), p. 772-781.
2. Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. *Helicobacter pylori*. Normas de orientação clínica. JPG nº 5, vol 15 (2008).
3. World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines. *Helicobacter pylori* nos países em desenvolvimento. World Gastroenterology Organisation (2010).

# Infecções Bacterianas Geniturinárias

## Infecções Bacterianas Geniturinárias (Adulto)

### Intervenção dos Estilos de Vida



# Infecções Bacterianas Geniturinárias

## Cistite Aguda Não Complicada na Mulher Não Grávida

### Terapêutica de 1ª linha:

- Fosfomicina trometamol
- ou
- Anti-séptico urinário (Nitrofurantoína)

### Terapêutica de 2ª linha:

- Fluoroquinolona (Ciprofloxacina, Norfloxacina, Levofloxacina)<sup>1</sup>
- ou
- Sulfonamida associada (Cotrimoxazol)<sup>2</sup>
- ou
- Amidinopenicilina (Pivmecilinam)

### Terapêutica de 3ª linha:

- Aminopenicilina/Inibidor das β-Lactamases (Amoxicilina/Ácido Clavulânico)
- ou
- Cefalosporina 3ª geração (Cefixima)

Estas recomendações têm uma ordem de prioridade em função da **sensibilidade dos agentes patológicos mais implicados, eficácia, custo e duração de tratamento e comodidade posológica.**

Tratamento da Cistite aguda na mulher em pós-menopausa: terapêutica semelhante à utilizada na mulher em pré-menopausa, no entanto, a terapêutica de curta duração (como a Fosfomicina) não está tão bem estabelecida como na pré-menopausa.

## Pielonefrite Aguda Não Complicada na Mulher Não Grávida

### Terapêutica de 1ª linha:

- Fluoroquinolona (Ciprofloxacina, Levofloxacina)<sup>1</sup>

### Alternativa:

- Cefalosporina 3ª geração (Ceftibuteno)

### Se os testes de sensibilidade demonstram que o microrganismo é sensível:

- Sulfonamida associada (Cotrimoxazol)<sup>2</sup>
- ou
- Aminopenicilina/Inibidor das β-Lactamases (Amoxicilina/Ácido Clavulânico)<sup>3,4</sup>

Tratamento da Pielonefrite Aguda na mulher em pós-menopausa: semelhante à terapêutica utilizada na mulher em pré-menopausa.

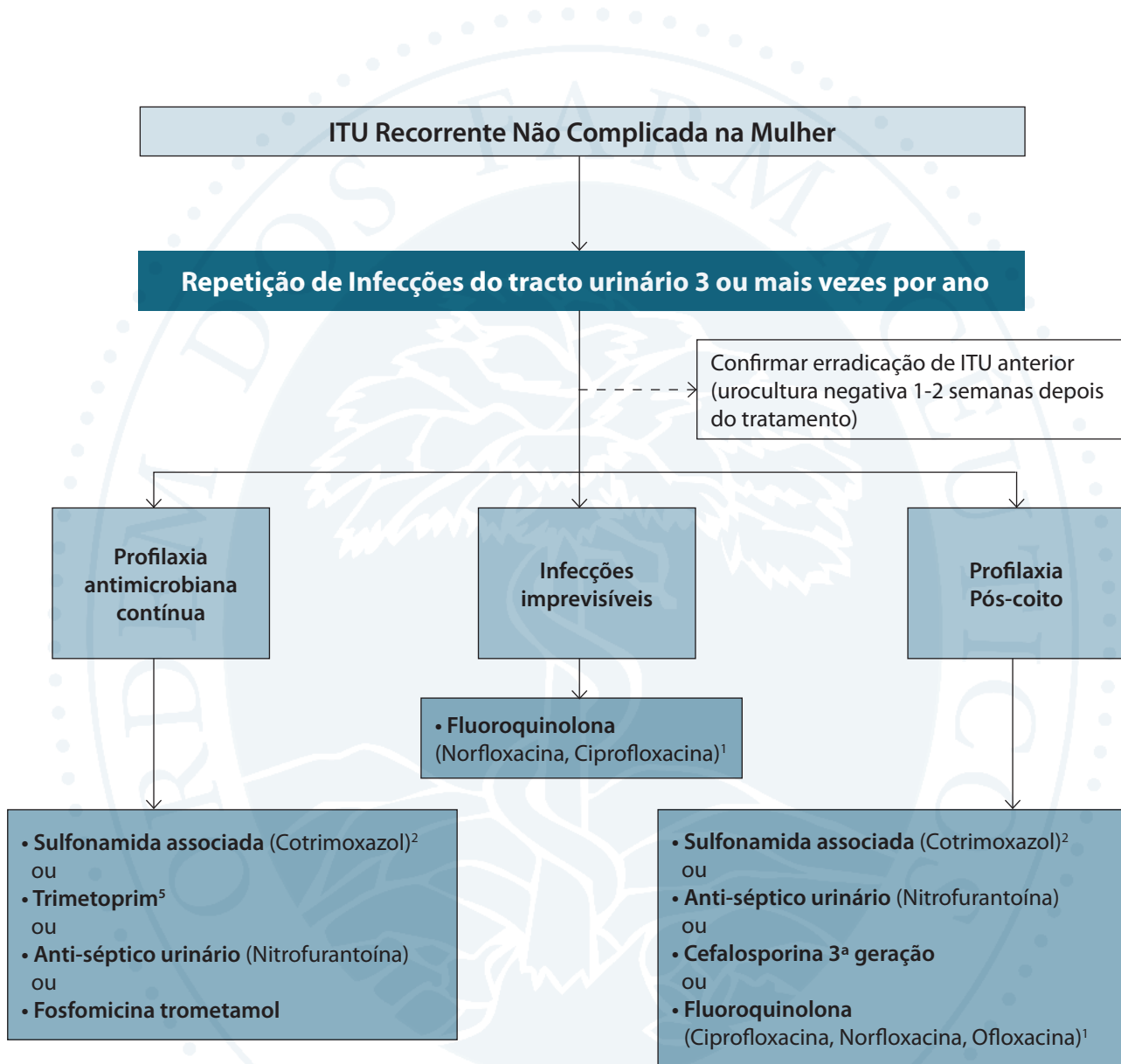
**DIP:** Doença Inflamatória Pélvica

**ITS:** Infecção Transmitida Sexualmente

**ITU:** Infecção do Tracto Urinário

1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite
2. O Cotrimoxazol é considerado em zonas com resistência para a *E. coli* < 20%. Para valores superiores, como em Portugal, não é adequado como terapêutica empírica
3. Não recomendado como terapêutica empírica de 1ª escolha da pielonefrite aguda
4. Recomendado quando os testes de sensibilidade demonstram que se trata de um microrganismo Gram+ sensível; Não estudado como monoterapia na pielonefrite aguda não complicada

# Infecções Bacterianas Geniturinárias



**DIP:** Doença Inflamatória Pélvica    **ITS:** Infecção Transmitida Sexualmente    **ITU:** Infecção do Tracto Urinário

1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite  
 2. O Cotrimoxazol é considerado em zonas com resistência para a *E. coli* < 20%. Para valores superiores, como em Portugal, não é adequado como terapêutica empírica  
 5. Substância activa não comercializada actualmente



## ITU na Gravidez

### Terapêutica na Bacteriúria Assintomática e Cistite

- Anti-séptico urinário (Nitrofurantoína)  
ou
- Aminopenicilina (Amoxicilina)  
ou
- Aminopenicilina/Inibidor das  $\beta$ -Lactamases (Amoxicilina/Ácido Clavulânico)  
ou
- Cefalosporina 3<sup>a</sup> geração  
ou
- Fosfomicina  
ou
- Sulfonamida associada (Cotrimoxazol)<sup>2</sup>

### Terapêutica na Pielonefrite

- Cefalosporina 3<sup>a</sup> geração (Ceftriaxona)  
ou
- Monobactâmico (Aztreonam)  
ou
- Penicilina com Inibidor das  $\beta$ -lactamases (Piperacilina/Tazobactam)

Tratamento alternativo da Pielonefrite na Grávida (Hospital):  
Carbapenemo e Inibidor enzimático (Imipenem/Cilastatina)

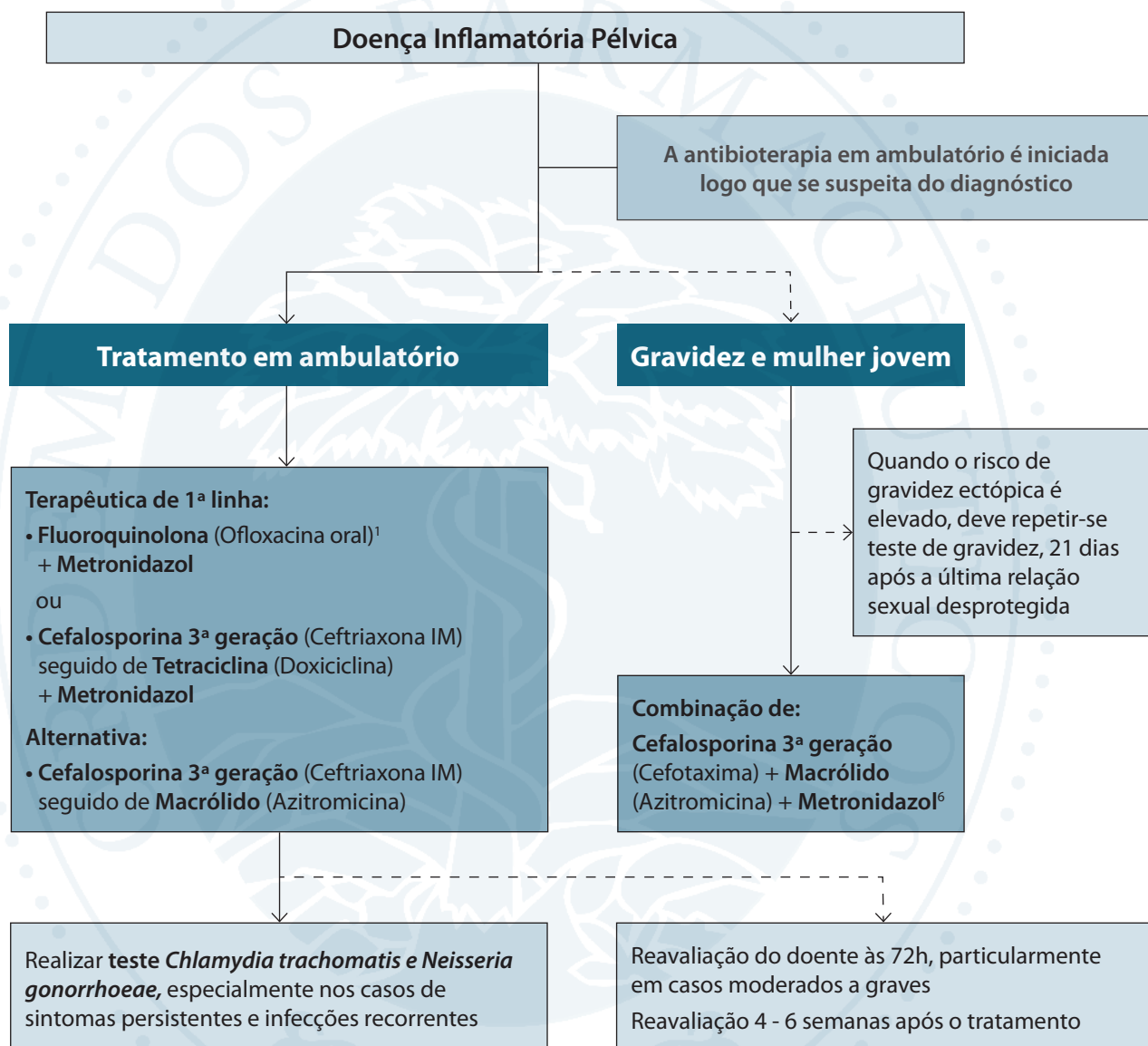
### ITU Recorrente não Complicada

- Cefalosporina 2<sup>a</sup> geração (Cefaclor)  
ou
- Cefalosporina 3<sup>a</sup> geração

**DIP:** Doença Inflamatória Pélvica    **ITS:** Infecção Transmitida Sexualmente    **ITU:** Infecção do Tracto Urinário

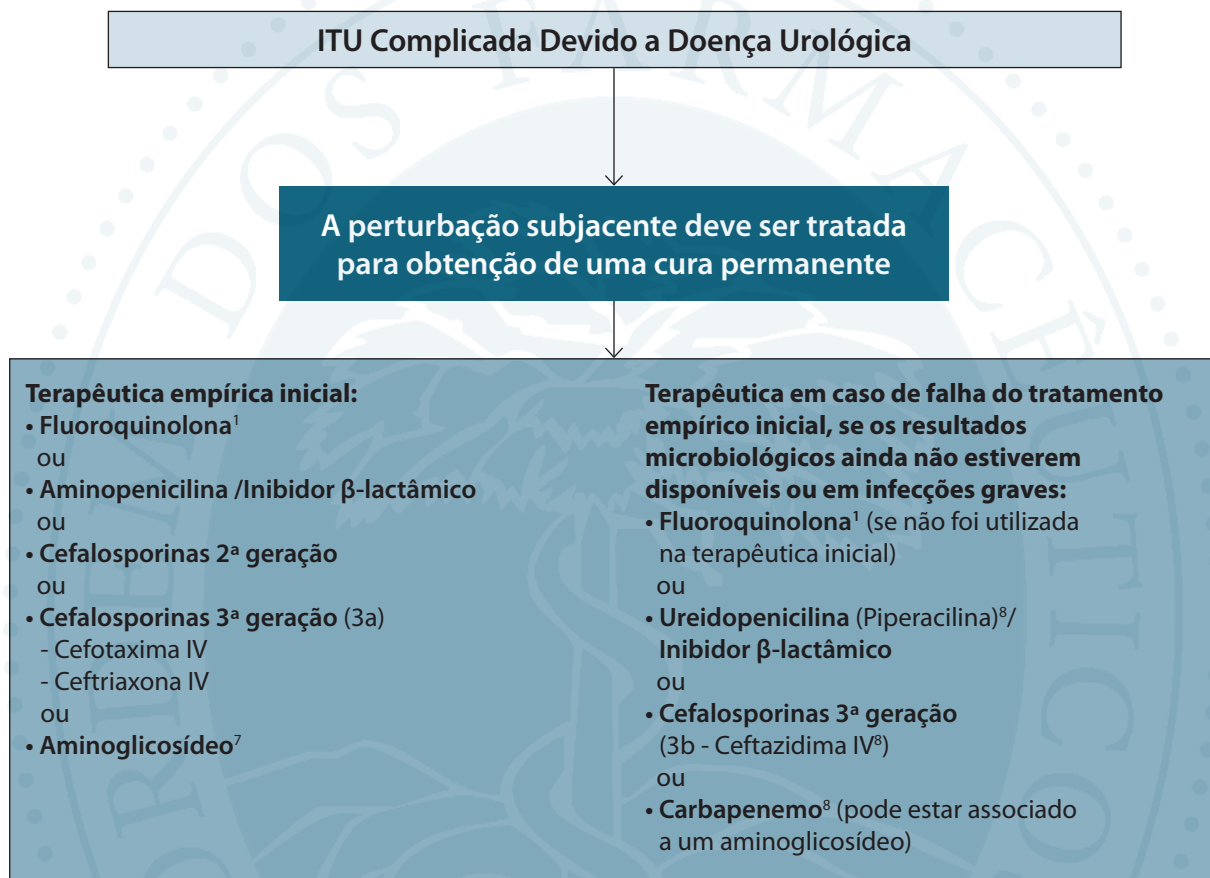
2. O Cotrimoxazol é considerado em zonas com resistência para a *E. coli* < 20%. Para valores superiores, como em Portugal, não é adequado como terapêutica empírica

# Infecções Bacterianas Geniturinárias



1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite

6. Risco duvidoso na grávida, no entanto não está confirmada a ocorrência de reacções adversas no caso de combinação



1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite

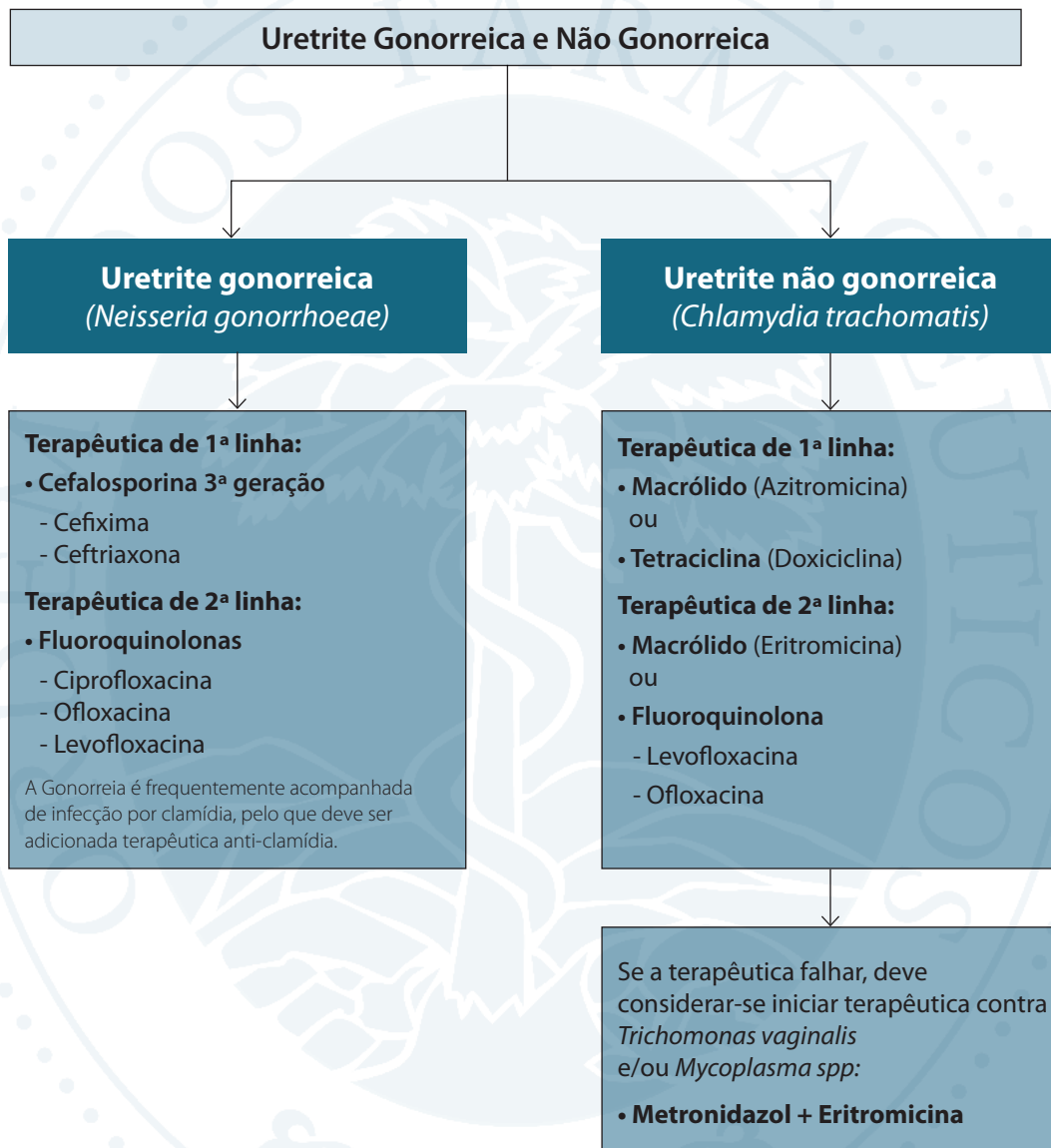
7. Alternativa, em caso de terapêutica injectável

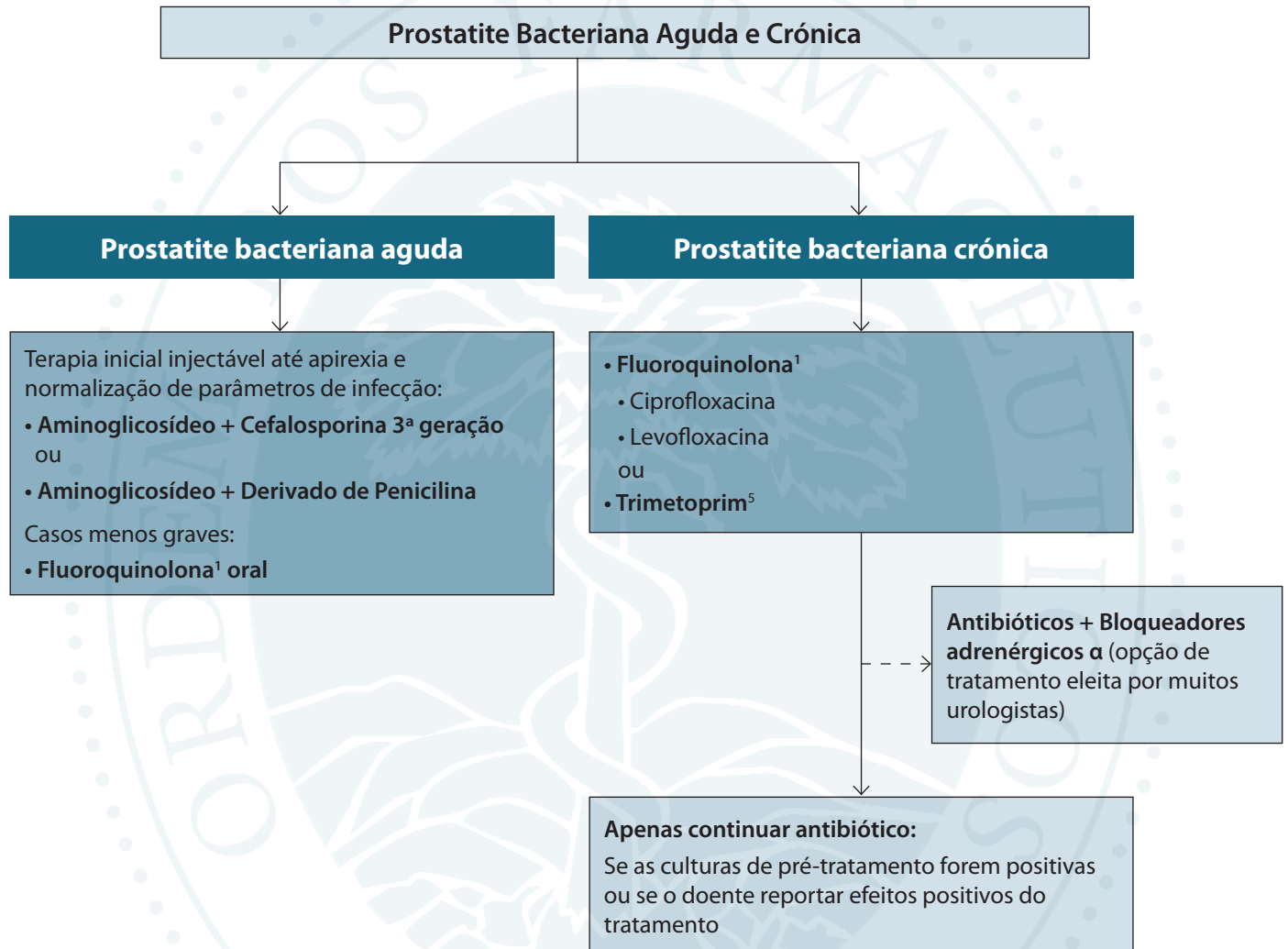
8. Este medicamento não se encontra disponível em Farmácia Comunitária

## RECOMENDAÇÕES

- Aminopenicilinas (amoxicilina, ampicilina) - não são suficientemente activas contra *E. coli*
- Cotrimoxazol - no caso de ser conhecida a sensibilidade do microrganismo
- Terapêutica Hospitalar – em casos graves, pode-se combinar Aminoglicosídeos + Inibidor  $\beta$ -lactâmico ou Aminoglicosídeos + Fluoroquinolonas

# Infecções Bacterianas Geniturinárias





1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite

5. Substância activa não comercializada actualmente

## Infecções Bacterianas Geniturinárias

### Epididimite Aguda

#### Terapêutica de 1ª linha:

- Fluoroquinolona<sup>1</sup>
- Ofloxacina
- Levofloxacina

Se foi detectado *C. trachomatis*, o tratamento pode ser continuado com:

- Tetraciclina (Doxiciclina)  
ou
- Macrólido (Azitromicina)

1. As taxas de resistências da *E. coli* às quinolonas são muito elevadas em Portugal. As quinolonas não são terapêutica empírica recomendada na pielonefrite e cistite

#### Bibliografia:

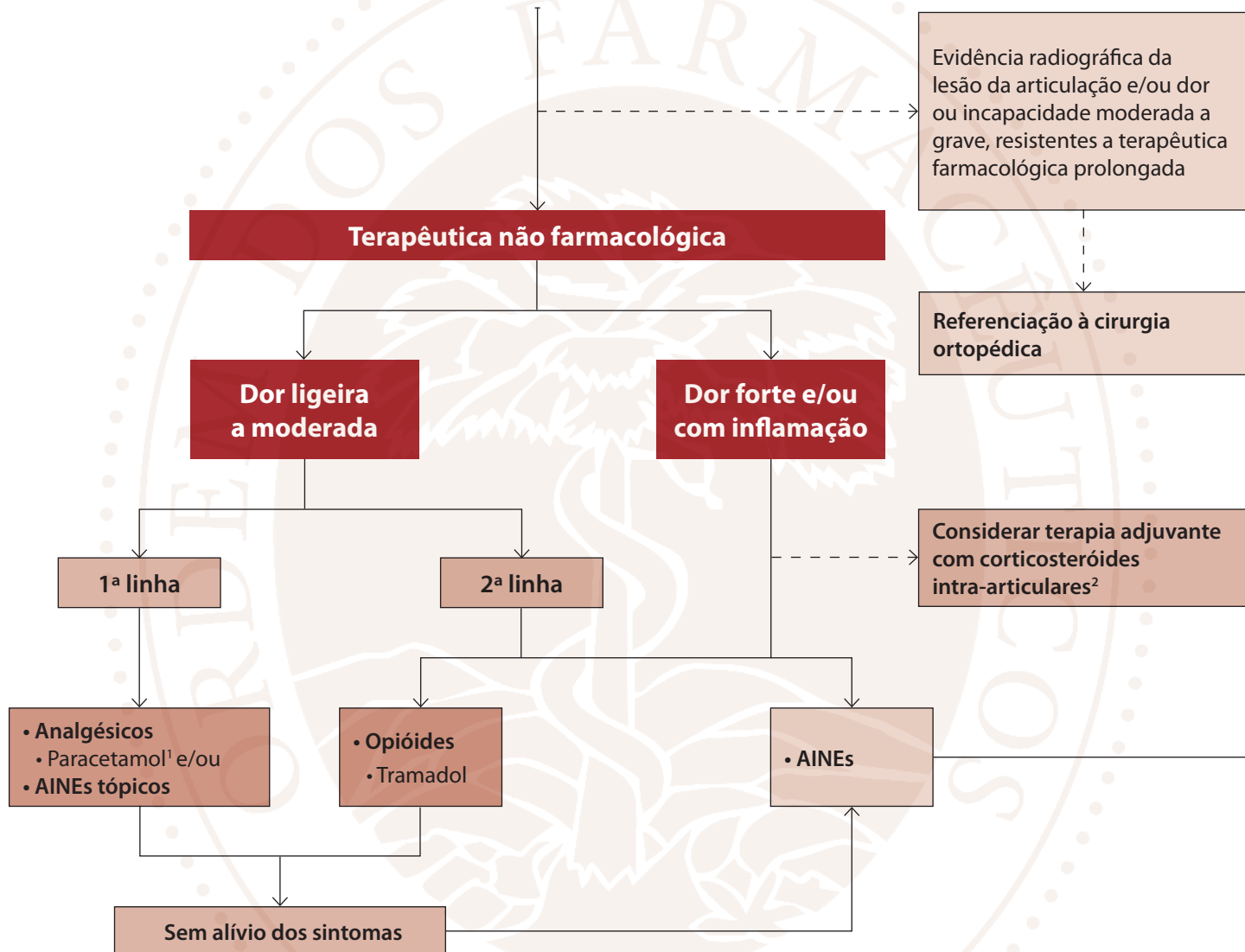
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração deste PT incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste PT consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. GRABE, M. *et al.* **Guidelines on Urological Infections.** European Association of Urology. 2010.
2. **Orientações sobre Infecções Urológicas.** 2009 (texto baseado nas orientações mais abrangentes da Associação Europeia de Urologia e disponível no site da Associação Portuguesa de Urologia).
3. ROLO, F.; PARADA, B.; MOREIRA, P. **Guia de Prática Clínica. Cistite não complicada na mulher.** Guia Multidisciplinar reconhecido pela Associação Portuguesa de Urologia. Associação Portuguesa de Urologia.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Management of Acute Pelvic Inflammatory disease.** RCOG Green-Top Guideline nº 32. 2008.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. **Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)** Stockholm. European Centre for Disease Prevention and Control. 2010.

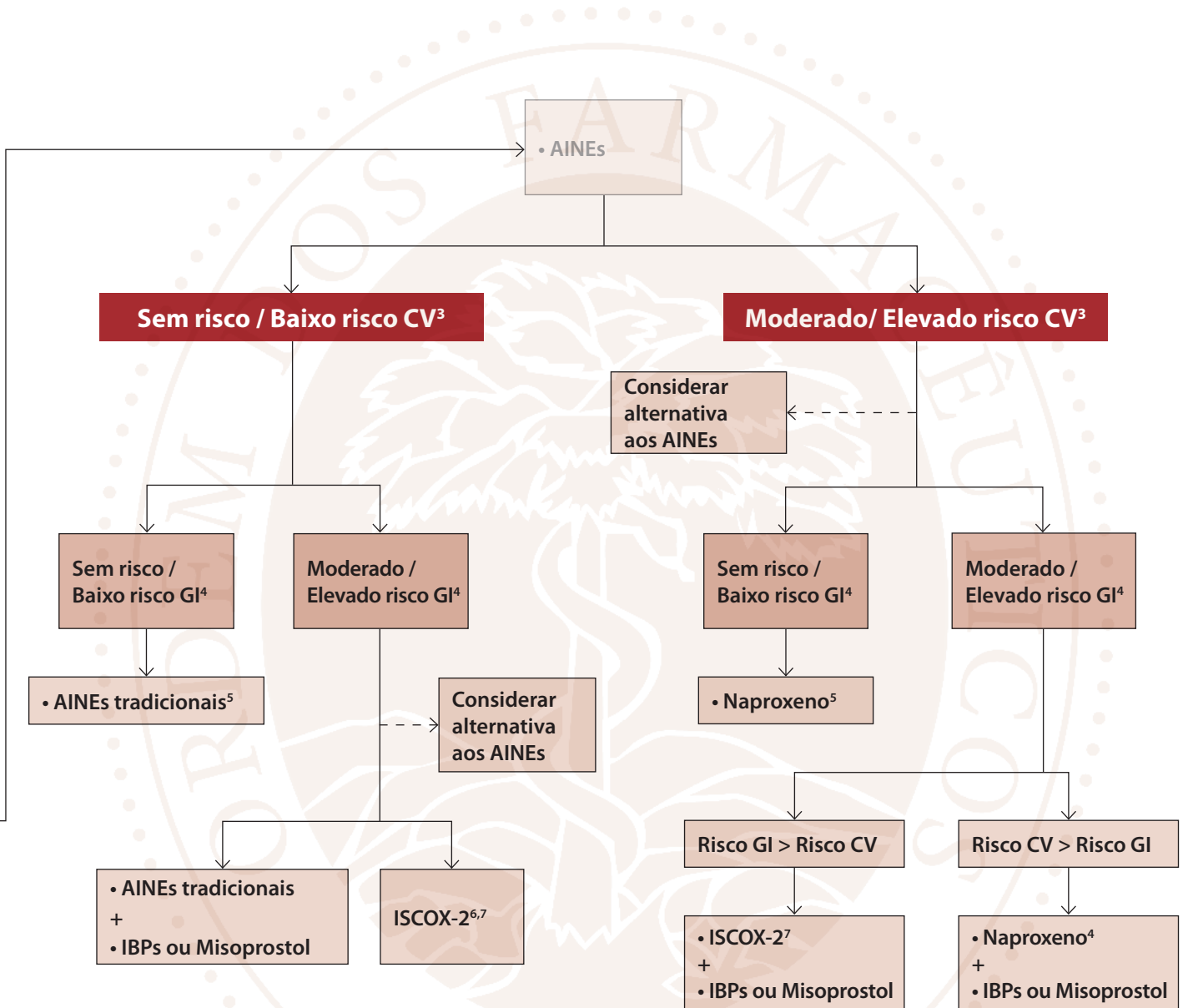
# Dor na Osteoartrose



## Dor na Osteoartrose







## Dor na Osteoartrose

1. Contra-indicado em doença hepática e alcoolismo crónico
2. Indicados se sinais de inflamação local
3. Factores considerados de alto risco cardiovascular:
  - Antecedentes de acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório ou síndrome coronária aguda
  - Angina estável
  - Antecedentes de revascularização arterial
  - Doença arterial periférica
4. Factores que contribuem para elevado risco de reacções adversas gastrointestinais (risco moderado: 1 a 2 factores; risco elevado: mais de 2 factores ou úlcera ou terapêutica com corticosteróides ou anticoagulantes):
  - Idade igual ou superior a 65 anos
  - História de úlcera, hemorragia ou perfuração gastrointestinal
  - Uso concomitante de fármacos que aumentem o risco de reacções adversas gastrointestinais (varfarina, outros anticoagulantes, aspirina em dose baixa ou corticosteróides orais)
  - Necessidade do uso prolongado e/ou em doses máximas de AINEs
  - Diabetes, doenças renal ou hepática graves, doença cardiovascular
5. Adicionar IBPs ou misoprostol se doente a tomar aspirina diariamente
6. Adicionar IBPs ou misoprostol se história de hemorragia GI
7. Contra-indicados em doentes com doença cardiocerebrovascular (usar com precaução em doentes com doença cardiovascular ou renal grave ou não controlada e monitorizar a pressão arterial e função renal)

## RECOMENDAÇÕES

- Usar apenas um AINE de cada vez, na dose mais baixa compatível com os sintomas e durante o mínimo de tempo possível. Pode ser necessário o uso sequencial de vários AINEs até encontrar o mais adequado para cada doente, num determinado momento, quer em eficácia terapêutica quer em tolerabilidade. Devem ser iniciados no nível de dor/inflamação mais adequado a cada doente e as doses devem ser optimizadas tendo em conta a monitorização contínua da resposta.
- Factores a considerar na selecção da terapêutica:
  - Possível interferência dos AINEs com a aspirina para prevenção cardiovascular
  - Efeito directo dos AINEs na retenção de líquidos e pressão arterial
  - Risco cardiovascular associado
  - Diferenças nos efeitos gastrointestinais entre os diferentes AINEs
  - Possibilidade de terapia concomitante com fármacos gastro-protectores
  - Preferências do doente
- A irradicação do *Helicobacter pylori* poderá constituir uma mais-valia se efectuada no início do tratamento com AINEs, contribuindo para a prevenção das complicações GI.
- Se existem sintomas gastrointestinais de novo após a toma de anti-inflamatórios deve ser considerada a prescrição de sução ácida.

Classes		Substância activa
TRADICIONAIS	• Derivados do Ácido Antranílico	• Ácido mefenâmico • Ácido niflúmico • Etofenamato
	• Derivados do Ácido Acético e substâncias derivadas	• Aceclofenac • Bendazac • Diclofenac
	• Derivados do Ácido Propiónico	• Cetoprofeno • Dexcetoprofeno • Dexibuprofeno • Fenbufeno • Flurbiprofeno • Ibuprofeno • Naproxeno
	• Derivados Pirazolónicos	• Metamizol
	• Derivados do Indol e do Indeno	• Acemetacina • Etodolac • Indometacina • Proglumetacina
	• Derivados do Ácido Salicílico	• Ácido acetilsalicílico • Acetilsalicilato de lisina
INIBIDORES SELECTIVOS DA COX-2	• Inibidores Selectivos da COX-2	• Celecoxib • Etoricoxib
OUTROS	• Oxicans	• Lornoxicam • Meloxicam • Piroxicam • Tenoxicam
	• Compostos não Acídicos	• Nabumetona

### Bibliografia:

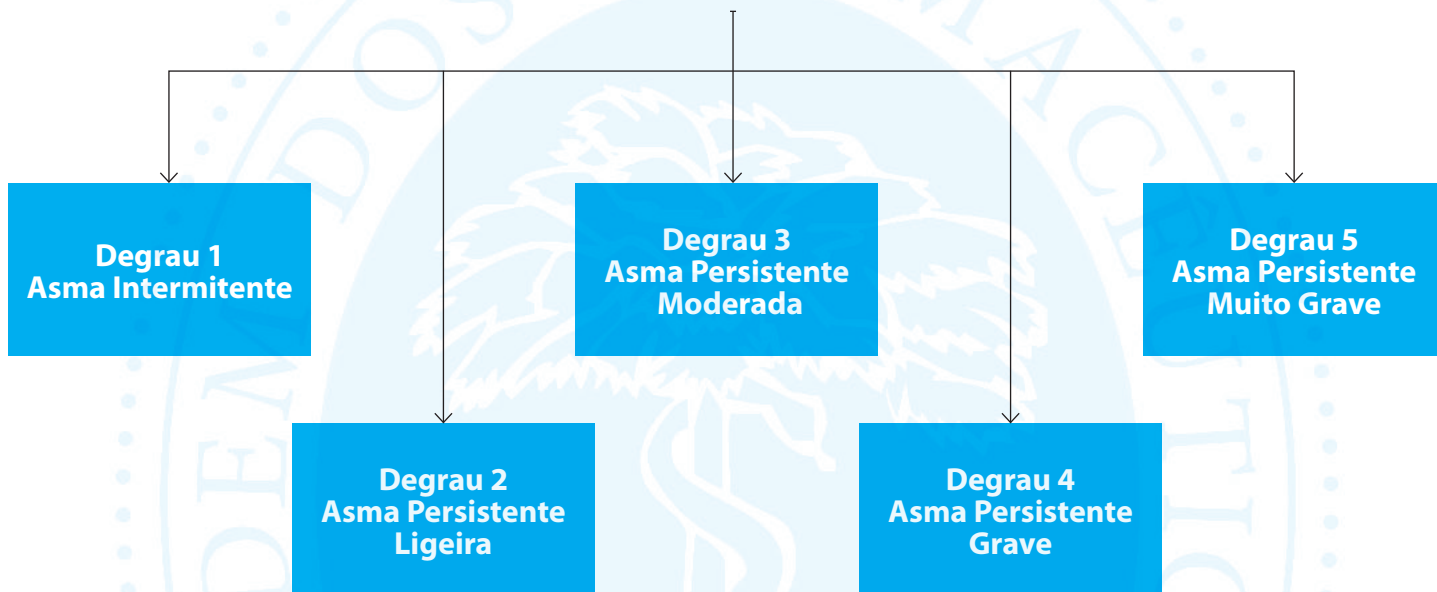
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração deste PT incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste PT consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

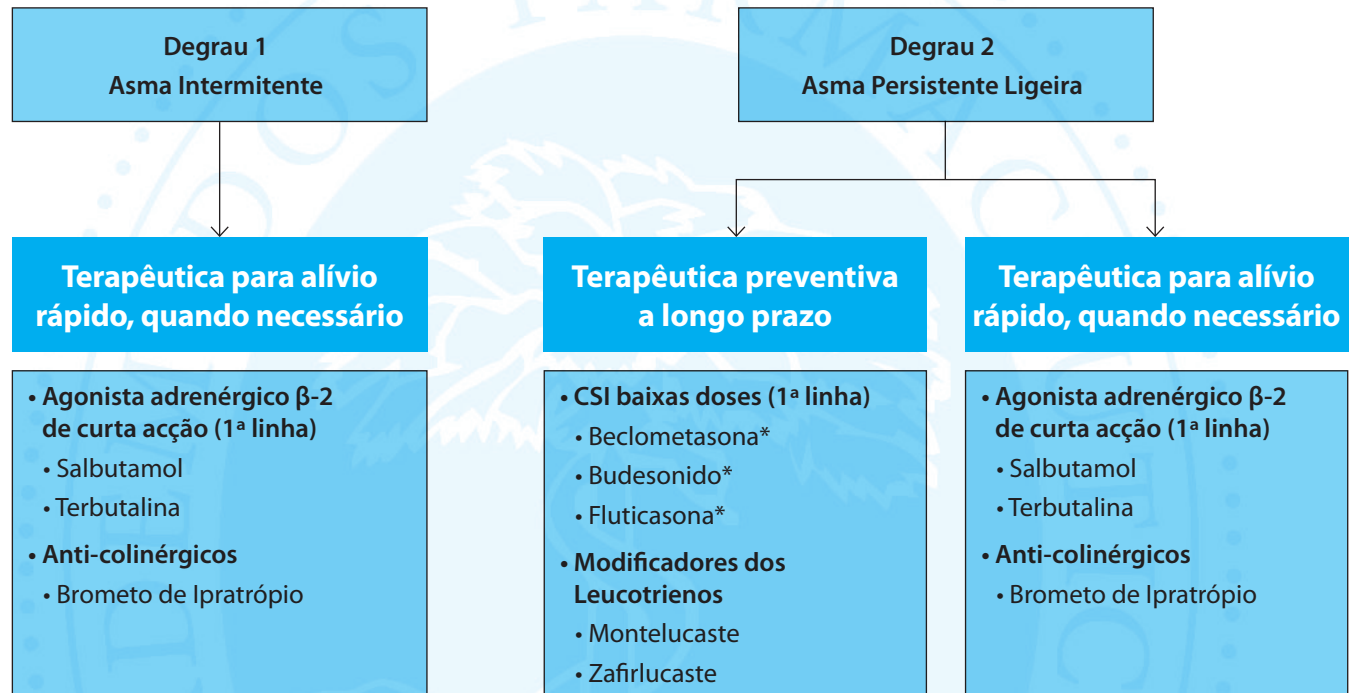
1. Alere. **Osteoarthritis** – Summary of Medical Guidelines. 2011.
2. American Heart Association. **Use of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs: An Update for Clinicians: A Scientific Statement From the American Heart Association**. *Circulation: Journal of the American Heart Association*. Vol. 115 (2007), p. 1634-1642.
3. AREIA, M.; MARTINS, C.; DIAS PEREIRA, A.; BANHUDO, A.; COUTINHO, G. **Prevenção das complicações associadas à toxicidade gastrointestinal dos anti-inflamatórios não esteróides**. *Recomendações de Actividades Preventivas da APMCG*.
4. LANZA, F.L.; CHAN, F.K.L.; QUIGLEY, E.M.M. and Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. **Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications**. *Am J Gastroenterology*. Vol. 104 (2009); p. 728-738.
5. Michigan Quality Improvement Consortium – Professional Association. **Medical management of adults with osteoarthritis**. *National Guideline Clearinghouse* – 7529. 2003 (revised: 2009).
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. **Osteoarthritis** – The care and management of osteoarthritis in adults. NICE clinical guideline 59. *NICE*, 2008.
7. ROSTOM, A.; MOAYYEDI, P.; HUNT, R. **Canadian consensus guidelines on long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and the need for gastroprotection: benefits versus risks**. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. Vol. 29 (2009), p. 481–496.
8. SCHLANSKY, B.; HWANG, J.H. **Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastropathy**. *J Gastroenterology*. Vol. 44, Suppl XIX (2009); p. 44-52.

# Asma

## Asma

Crianças >5 anos, Adolescentes e Adultos





**Degrau 1**  
**Asma Intermitente**

**Terapêutica para alívio rápido, quando necessário**

- **Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de curta acção (1ª linha)**
  - Salbutamol
  - Terbutalina
- **Anti-colinérgicos**
  - Brometo de Ipratrópio

**Degrau 2**  
**Asma Persistente Ligeira**

**Terapêutica preventiva a longo prazo**

- **CSI baixas doses (1ª linha)**
  - Beclometasona\*
  - Budesonido\*
  - Fluticasona\*
- **Modificadores dos Leucotrienos**
  - Montelucaste
  - Zafirlucaste

**Terapêutica para alívio rápido, quando necessário**

- **Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de curta acção (1ª linha)**
  - Salbutamol
  - Terbutalina
- **Anti-colinérgicos**
  - Brometo de Ipratrópio

CSI	Doses baixas diárias (mcg)	
	Adulto	Criança
*Beclometasona	200-500	100-200
*Budesonido	200-400	100-200
*Fluticasona	100-250	100-200

## Degrau 3 Asma Persistente Moderada

### Terapêutica Preventiva a longo prazo

- **CSI em doses baixas + Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de longa acção<sup>1</sup> (1ª linha)**
  - Beclometasona + Formoterol
  - Beclometasona + Salmeterol
  - Budesonido + Formoterol
  - Budesonido + Salmeterol
  - Fluticasona + Formoterol
  - Fluticasona + Salmeterol
- **CSI em doses média/alta**
  - Beclometasona\*, Budesonido\*, Fluticasona\*
- **CSI em doses baixas + Modificadores dos Leucotrienos**
  - Beclometasona + Montelukaste
  - Beclometasona + Zafirlucaste
  - Budesonido + Montelukaste
  - Budesonido + Zafirlucaste
  - Fluticasona + Montelukaste
  - Fluticasona + Zafirlucaste
- **CSI em doses baixas + Teofilina de libertação lenta**
  - Beclometasona + Teofilina
  - Budesonido + Teofilina
  - Fluticasona + Teofilina

### Terapêutica para alívio rápido, quando necessário

#### Agonista adrenérgico $\beta$ -2 de curta acção<sup>1</sup> (1ª linha)

- Salbutamol
- Terbutalina

#### Anti-colinérgicos

- Brometo de Ipratrópio

CSI	Doses médias diárias (mcg)		Doses altas diárias (mcg)	
	Adulto	Criança	Adulto	Criança
*Beclometasona	>500-1000	>200-400	>1000-2000	>400
*Budesonido	>400-800	>200-400	>800-1600	>400
*Fluticasona	>250- 500	>200-500	>500-1000	>500

#### Agonista adrenérgico $\beta$ -2 de longa acção

Formoterol<sup>2</sup>

Salmeterol

**CSI:** Corticosteróides Inalados

1. Isolados ou em associações

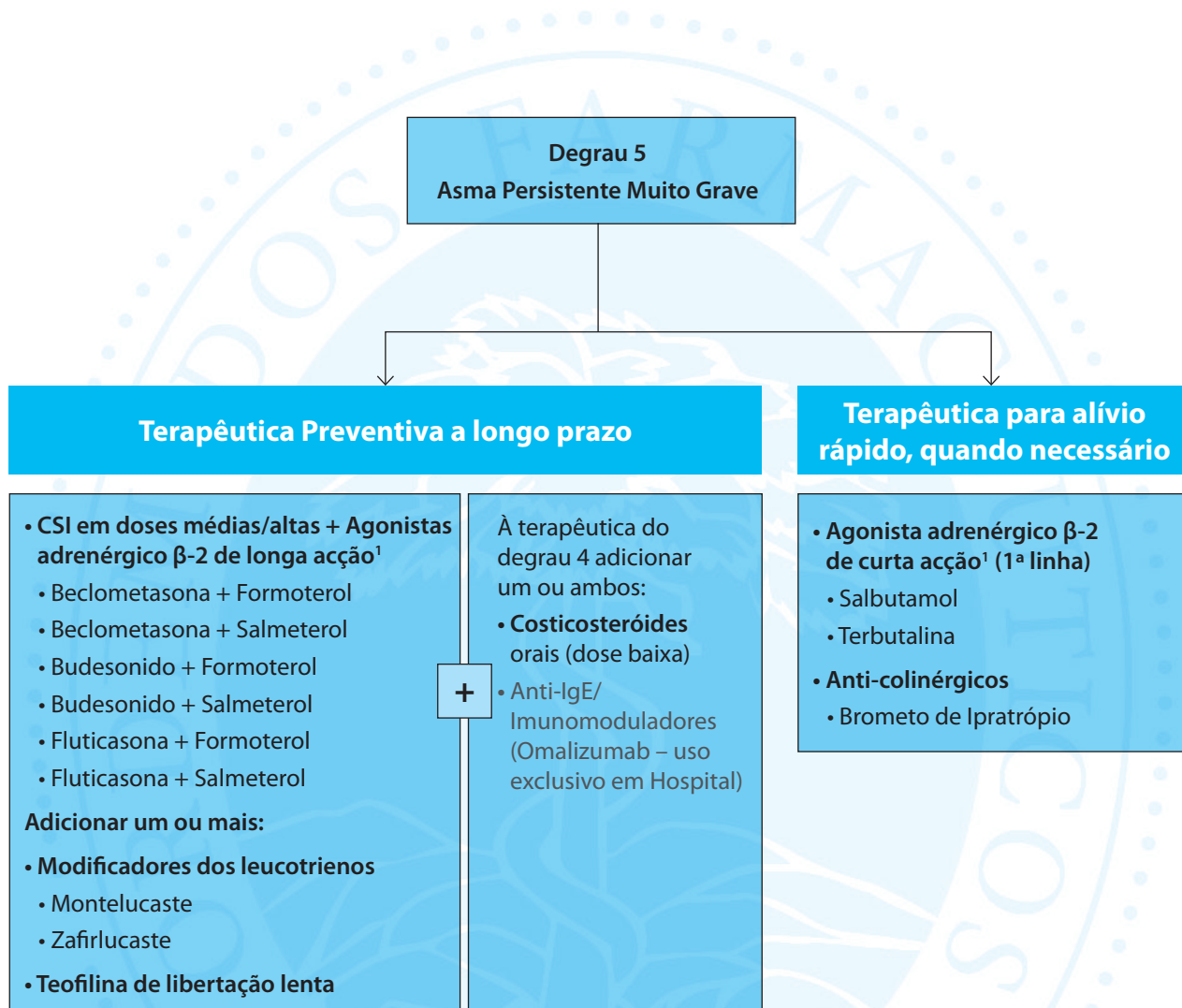
2. Pode ser utilizado para alívio rápido, mas com o doente a fazer CSI



---

**CSI:** Corticosteróides Inalados

1. Isolados ou em associações



CSI: Corticosteróides Inalados

1. Isolados ou em associações



## RECOMENDAÇÕES

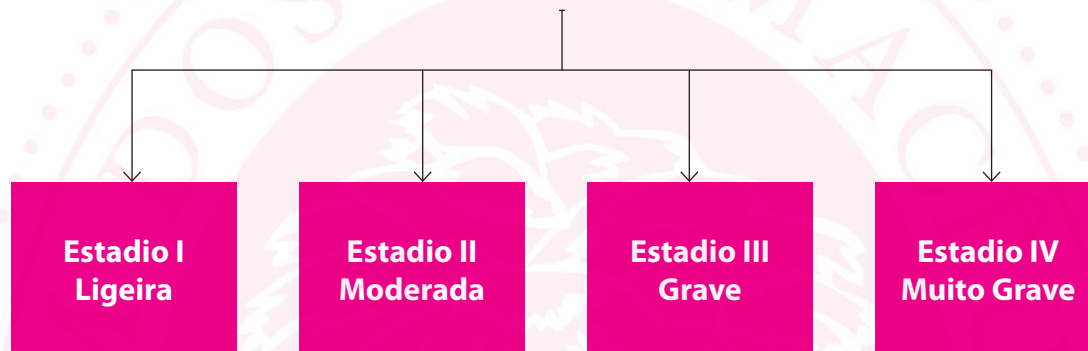
- Todos os “degraus” integram a educação do doente e o controlo do meio ambiente.
- Se a asma não está controlada com a terapêutica prescrita deve considerar-se uma subida de “degrau”, até se atingir o controlo. No entanto, antes deverá ser revista a adesão à terapêutica, a técnica de inalação e controlo de factores ambientais.
- Quando o controlo é atingido e mantido com sucesso, pelo menos, durante 2-3 meses, o tratamento pode ser reduzido.
- A terapêutica regular com agonistas adrenérgicos  $\beta$ -2 de longa acção, em monoterapia, não é aconselhada excepto se acompanhada pelo uso regular de glucocorticóides inalados.

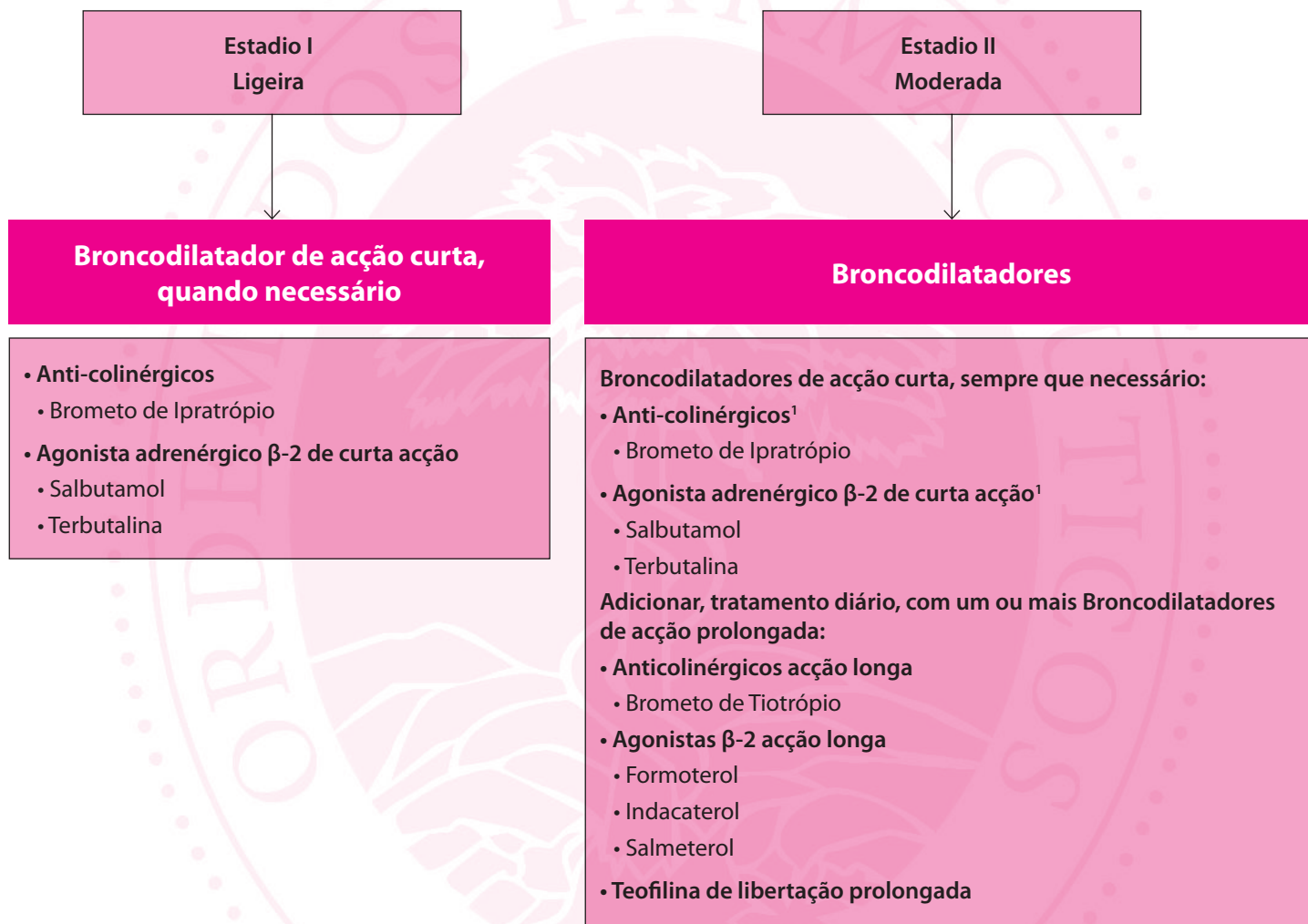
### Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. Global Initiative for Asthma. **Global strategy for asthma management and prevention**: Update 2009.
2. PORTUGAL. Comissão de Coordenação do Programa Nacional de Controlo da Asma. Manual de Boas Práticas na Asma - **Programa Nacional de Controlo da Asma**. Direcção-Geral da Saúde. Novembro 2007.

## **Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**





1. Isolados ou em associações

Estadio III  
Grave

**Broncodilatadores**

**Broncodilatadores de acção curta, sempre que necessário:**

- **Anti-colinérgicos<sup>1</sup>**
  - Brometo de Ipratrópio
- **Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de curta acção<sup>1</sup>**
  - Salbutamol
  - Terbutalina

**Adicionar, tratamento diário, com um ou mais Broncodilatadores de acção prolongada:**

- **Anticolinérgicos acção longa**
  - Brometo de Tiotrópio
- **Agonistas  $\beta$ -2 acção longa**
  - Formoterol
  - Indacaterol
  - Salmeterol
- **Teofilina de libertação prolongada**

**Exacerbações frequentes  
e/ou FEV<sub>1</sub> <50% do previsto**

- **CSI isolados**  
ou
- **CSI em associação com Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de acção longa**
  - CSI + Formoterol
  - CSI + Indacaterol
  - CSI + Salmeterol

**CSI:** Corticosteróides Inalados

**FEV<sub>1</sub>:** Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

1. Isolados ou em associações

**Estadio IV  
Muito Grave<sup>2</sup>****Broncodilatadores****Broncodilatadores de acção curta, sempre que necessário:**

- Anti-colinérgicos<sup>1</sup>
  - Brometo de Ipratrópio
- Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de curta acção<sup>1</sup>
  - Salbutamol
  - Terbutalina

**Adicionar, tratamento diário, com um ou mais Broncodilatadores de acção prolongada:**

- Anticolinérgicos acção longa
  - Brometo de Tiotrópio
- Agonistas  $\beta$ -2 acção longa
  - Formoterol
  - Indacaterol
  - Salmeterol
- Teofilina de libertação prolongada

**Exacerbações frequentes  
e/ou FEV<sub>1</sub> <50% do previsto**

- CSI isolados  
ou
- CSI em associação com Agonista adrenérgico  $\beta$ -2 de acção longa
  - CSI + Formoterol
  - CSI + Indacaterol
  - CSI + Salmeterol

CSI: Corticosteróides Inalados

FEV<sub>1</sub>: Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo

1. Isolados ou em associações

2. No "estadio IV" deverá ser adicionada a oxigenoterapia de longa duração

## RECOMENDAÇÕES

- Todos os “Estádios” integram a cessação tabágica e a vacinação antigripal.
- A partir do “Estádio II”, inclusivé, deve ser integrada Reabilitação Respiratória.
- No “Estádio IV” deve ser introduzida a oxigenoterapia de longa duração (OLD) quando existe insuficiência respiratória (hipoxémia) crónica.
- O tratamento tende a ser cumulativo com mais medicamentos e outros tratamentos necessários, à medida que a doença progride.
- A selecção da terapêutica deve ser individualizada tendo em conta a efectividade, o perfil de segurança e outras características do fármaco e, ainda, a presença de complicações ou comorbilidades.
- A vacina antipneumocócica é recomendada a partir dos 65 anos ou em doentes com  $FEV_1 < 40\%$  do valor previsto.

### Bibliografia:

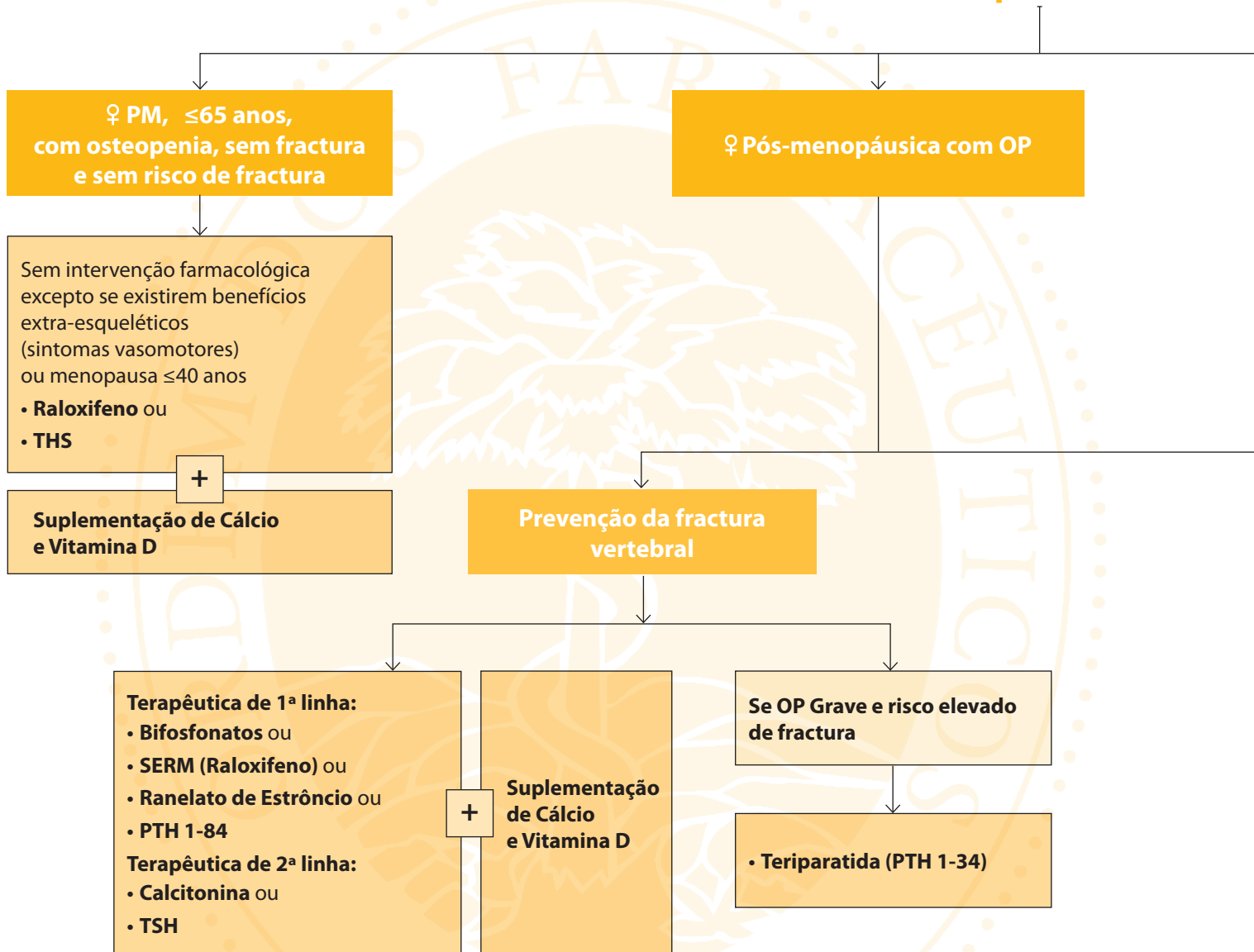
As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração desta Norma incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores desta norma consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta.

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease**. Updated: 2009.
2. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Orientação Técnica sobre Diagnóstico e Controlo da Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva (DPOC)**. Direcção-Geral da Saúde. Circular Informativa nº 9 (27/02/2007).



# Osteoporose

## Osteoporose (OP)



Cálcio – 1000 a 1200 mg/dia  
Vitamina D – 700-800 UI/dia

PM: Pós-menopausa

PTH: Hormona Paratiroideia

SERM: Modulador Selectivo dos Receptores de Estrogénio

THS: Terapêutica Hormonal de Substituição



♂ com OP

**Terapêutica de 1ª linha:**

- **Bifosfonatos**  
Considerar **Suplementação de Cálcio e Vitamina D** ou
- **Teriparatida (PTH 1-34)** ou
- **Reposição androgênica de hipogonadismo**  
(sem evidência de reduzir o risco fracturário)

**Prevenção da fractura vertebral e não vertebral**

**Terapêutica de 1ª linha:**

- **Bifosfonatos**
  - Alendronato
  - Ibandronato
  - Risedronato
  - Ác. Zoledrónico
- ou
- **Ranelato de Estrôncio**

+

**Suplementação de Cálcio e Vitamina D**

**Se OP Grave e risco elevado de fractura**

- **Teriparatida (PTH 1-34)**

**Nos períodos agudos pós-fractura, com dor óssea**

- **Calcitonina**

+

**Suplementação de Cálcio e Vitamina D**

## RECOMENDAÇÕES

- A selecção da terapêutica deve ser individualizada, tendo em conta a efectividade, o perfil de segurança e outras características do fármaco e, ainda, a presença de complicações ou comorbilidades.
- A suplementação de cálcio está recomendada quando há risco *major* de OP, osteopenia ( $-2,5 < T\text{-score} < -1$ ) e em doentes osteoporóticos com  $T\text{-score} < -2,5$  ou, pelo menos, uma fractura de fragilidade.
- As pessoas com mais de 65 anos têm indicação para suplementação com Cálcio e Vitamina D.
- A suplementação de Vitamina D deve ser evitada em doentes imobilizados devido ao risco de litíase renal.
- Nos doentes cardíacos e nos doentes com insuficiência renal, a suplementação de Cálcio e Vitamina D deve ser usada com precaução.

### Bibliografia:

As fontes bibliográficas utilizadas na elaboração deste PT incluem apenas as *guidelines* nacionais e internacionais e normas de orientação clínicas (publicadas em artigos e páginas da internet de organizações específicas) que os autores deste PT consideraram fundamentais, pelo que esta é uma lista, por definição, incompleta

1. **Declaração Portuguesa da Vitamina D.** Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 2009.
2. National Osteoporosis Guideline Group (NOGG). **Guideline for the diagnosis and management of osteoporosis** in postmenopausal women and men from the age of 50 years in the UK. 2008.
3. PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Orientação técnica sobre suplemento de Cálcio e Vitamina D em pessoas idosas.** Direcção-Geral da Saúde. Circular Informativa. Nº: 13/DSCS/DPCD/DSQC (01/04/08).
4. SWITZERLAND. International Osteoporosis Foundation (IOF). <http://www.iofbonehealth.org/health-professionals/national-regional-guidelines.html>.
5. TAVARES V. *et al.* **Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose.** Sociedade Portuguesa de Reumatologia e Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas. Acta Reum Port. Vol. 32(2007), p. 49-59.
6. The Royal Australian College of General Practitioners. Approved by National Health and Medical Research Council (Australian Government). **Clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis in postmenopausal women and older men** February 2010. [The Royal Australian College of General Practitioners](#). 2010.



