

ESCLEROSE MÚLTIPLA | DR. LÍVIA SOUSA

Formas progressivas da EM no centro da investigação

PÁG. 22



Dr. Filipe Palavra



Eng.º Alexandre Guedes da Silva



Dr. José Vale

INVESTIGAÇÃO | HENRIQUE GIRÃO



EHD1, a proteína que pode comprometer a função cardíaca

PÁG. 36

ENTREVISTA | PROF.ª CONCEIÇÃO CALHAU

Relação entre microbiota e Covid-19 em investigação

ESPECIAL TIROIDE | PROF. JORGE LIMA

“Hipotireoidismo ocorre em 2 a 3% das gravidezes e diagnóstico é difícil”

PÁG. 16



Dr.ª Inês Sapinho



Dr. Helder Simões



Dr.ª Maria João Oliveira



PÁG. 32-33

PUB

Metade dos médicos que tiveram contacto com casos de Covid-19 nunca foram testados

PÁG. 7

ACEDA À INFORMAÇÃO EXCLUSIVA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INSCREVA-SE JÁ GRATUITAMENTE em www.saudeonline.pt

SAÚDE ONLINE



Desde a primeira dentada*

Fiasp®

Uma insulina prandial de resposta mais rápida**

* Administração subcutânea até 2 minutos antes do início da refeição!
 ** Comparado com NovoRapid®

Para pessoas adultas com diabetes, Fiasp® é:

- **Mais rápido**
2 vezes mais rápido a entrar na corrente sanguínea vs NovoRapid®^{1,4†}
- **Eficaz**
Reduções comprovadas de HbA_{1c} e GPP com taxas de hipoglicemia semelhantes, comparativamente a NovoRapid®^{1,2}
- **Flexível**
Horário flexível, quando necessário, com controlo^{1-3‡§} eficaz da HbA_{1c}

2X MAIS RÁPIDA A ENTRAR NA CORRENTE SANGUÍNEA^{1,2†}

Não hesite

Escolha uma insulina prandial flexível e de resposta mais rápida^{*1,2†}

GPP: glicemia pós-prandial; †Tempo até ao início de ação demonstrado em doentes com diabetes tipo 1; ‡ Fiasp® pode ser administrado até 2 minutos antes do início da refeição, com a opção de administrar até 20 minutos após o início da refeição; § vs NovoRapid® (ambos administrados à hora da refeição); baseado nos dados do ensaio clínico onset 1 em adultos com diabetes tipo 1.

Referências: 1. Resumo das Características do Medicamento Fiasp®. 2. Heise T et al. Clinical Pharmacokinetics. 2016; 3. Russell-Jones D et al. Diabetes Care. 2017. doi: 10.2337/dk16-1771. 3. Buse JB, Carkon AL, Komatsu M, et al. Diabetes Obes Metab. 2018; 20(12):2885-2893. 4. Heise T et al. Clin Pharmacokinetics (2017) 56:551-559

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM - FIASP®

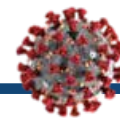
▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Peça-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **NOME DO MEDICAMENTO:** Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-cheia (FlexTouch®) Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em cartucho (PenFill®) Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em frasco para injetáveis **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 1 ml de solução contém 100 unidades de insulina aspártico* (equivalente a 3,5 mg). Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-cheia Uma caneta pré-cheia contém 300 unidades de insulina aspártico em 3 ml de solução. Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em cartucho Um cartucho contém 300 unidades de insulina aspártico em 3 ml de solução. Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em frasco para injetáveis Um frasco para injetáveis contém 1.000 unidades de insulina aspártico em 10 ml de solução. **FORMA FARMACÉUTICA:** Solução injetável. **INDICAÇÕES CLÍNICAS:** Indicações terapêuticas: Tratamento da diabetes mellitus em adultos, adolescentes e crianças com 1 ano de idade ou mais. **Posologia e Modo de administração:** Fiasp® é uma insulina para administração às refeições, por via subcutânea, nos 2 minutos antes do início da refeição, podendo opcionalmente ser administrada até 20 minutos depois do início da refeição. Na população pediátrica, recomenda-se que Fiasp® seja administrado antes da refeição (0-2 minutos), com flexibilidade para ser administrado até 20 minutos depois do início da refeição, em situações em que haja incerteza sobre a ingestão da refeição. Na população pediátrica, recomenda-se uma monitorização cuidadosa dos níveis de açúcar no sangue caso este medicamento seja administrado depois do início da refeição. Fiasp® deve ser utilizado em associação com insulina de ação intermédia ou de ação prolongada administrada pelo menos uma vez por dia. As necessidades individuais diárias totais de insulina nos adultos, adolescentes e crianças podem variar e são normalmente entre 0,5 e 1,0 unidade/kg/dia. A monitorização da glicemia e o ajuste das doses de insulina são recomendados para a obtenção de um ótimo controlo glicémico. Fiasp® pode ser utilizado em adolescentes e crianças com mais de 1 ano de idade. Não existe experiência clínica com a utilização de Fiasp® em crianças com idade inferior a 2 anos. A conversão a partir de outra insulina para administração às refeições pode ser feita unidade a unidade. É recomendada a monitorização cuidadosa da glicose durante a transferência de outras insulinas para administração às refeições e nas primeiras semanas após a mesma. Fiasp® pode ser utilizado para CSII em bombas adequadas para a perfusão de insulina. Se necessário, Fiasp® pode ser administrado por via intravenosa, o que deverá ser feito por profissionais de saúde. Se for necessária a administração por seringa, injeção intravenosa ou bomba de perfusão deve ser utilizado um frasco para injetáveis. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** A omissão de uma refeição ou a realização de exercício físico enérgico não planeado pode conduzir a uma hipoglicemia. Em comparação com outras insulinas para administração às refeições, e hipoglicemia poderá ocorrer mais cedo depois de uma injeção/perfusão, devido ao início precoce de ação de Fiasp®. Fiasp® tem um início de ação precoce em comparação com NovoRapid®, o que origina um aumento subsequente no efeito de diminuição da glicose. Isto tem de ser considerado aquando da prescrição de Fiasp®. Uma vez que Fiasp® deve ser administrado nos 2 minutos antes do início da refeição, podendo opcionalmente ser administrado até 20 minutos após o início da refeição, o tempo até ao início da ação deverá ser considerado quando prescrito a doentes com doenças ou tratamento concomitantes, em que se deve esperar uma absorção tardia dos alimentos. Os doentes que registam uma melhoria significativa no controlo da glicemia, por exemplo, pela terapêutica intensiva de insulina, podem sentir uma mudança nos sintomas habituais de aviso de hipoglicemia, pelo que têm de ser devidamente prevenidos. Os sintomas de aviso habituais poderão desaparecer em doentes com diabetes de longa duração. A administração de doses inadequadas ou a descontinuação do tratamento, especialmente em doentes que necessitem de insulina, pode conduzir a hiperglicemia e cetoacidose diabética. Foram comunicados casos de insuficiência cardíaca congestiva quando foram utilizadas tiazolidinedionas em associação com insulina, especialmente em doentes com fatores de risco de desenvolvimento de insuficiência cardíaca congestiva. Se esta associação for utilizada, os doentes devem ser vigiados relativamente a sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, aumento de peso e edema. As tiazolidinedionas devem ser descontinuadas caso ocorra qualquer deterioração dos sintomas cardíacos. Os doentes devem receber instruções no sentido de verificar sempre o rótulo do insulina antes de cada injeção, de modo a evitar trocas acidentais entre este medicamento e outras insulinas. As doenças concomitantes, especialmente infeções e estados febris, normalmente aumentam as necessidades de insulina do doente. A administração de insulina pode causar a formação de anticorpos. Em casos raros, a presença destes anticorpos pode requerer um ajuste da dose de insulina, de forma a corrigir a tendência para hiper ou hipoglicemia. Antes de efetuar viagens que impliquem mudanças de fuso horário, o doente deve consultar o médico. Interações medicamentosas e outras formas de interação: As seguintes substâncias podem reduzir as necessidades de insulina: Antidiabéticos orais, inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), bloqueadores beta, inibidores do enzima de conversão da angiotensina (IECA), salicilatos, esteróides anabolizantes, sulfonamidas e agonistas dos receptores GLP-1. Gravidez e aleitamento: Fiasp® pode ser utilizado durante a gravidez. Não há restrições para o tratamento com Fiasp® durante a amamentação. **Efeitos indesejáveis:** Muito frequentes (> 1/10): Hipoglicemia. Frequentes (> 1/10 to < 1/10): Reações alérgicas cutâneas; Reações no local de injeção/perfusão. Pouco frequentes (> 1/1.000 to < 1/100): Hipersensibilidade, Lipodistrofia. Desconhecidas: Reações anafiláticas. **Sobredosagem:** Episódios ligeiros de hipoglicemia podem ser tratados por administração oral de glicose ou outros produtos que contenham açúcar. Episódios graves de hipoglicemia, em que o doente não consegue tratar de si próprio, podem ser tratados com glucagon (0,5 a 1 mg) administrado por via intramuscular ou subcutânea, ou com glicose administrada por via intravenosa por um profissional de saúde. **Prazo de validade:** 30 meses. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsværd, Dinamarca. Representante local: Novo Nordisk, Lda., Rua Quinta da Quinta, 1 - 1ª, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos. **NÚMEROS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** N.º Registo U.E.: EU/1/16/1160/005/Código Nacional: 5704861 (Fiasp® FlexTouch®) EU/1/16/1160/007/Código Nacional: 5704879 (Fiasp® frascos para injetáveis) e EU/1/16/1160/10/Código Nacional: 5704903 (Fiasp® PenFill®). **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 09 de janeiro de 2017. **DATA DA ÚLTIMA RENOVACÃO:** NA DATA DA REVISÃO DO TEXTO: 09/2019. **Classificação quanto à dispensa ao público:** Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado pelo Escalão A - 100%. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da A.I.M.



© Novo Nordisk, Lda, Rua Quinta da Quinta Nº1 -1º, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos www.novonordisk.pt
 Contribuinte n.º 501485210 Capital Social € 250.000 C.R.C. Cascais 13.683 - Oeiras

© Novo Nordisk A/S, Novo Allé 1, 2880 Bagsværd, Dinamarca. PT19FSP00013





SUMÁRIO

ESCLEROSE MÚLTIPLA
DR^a. LÍVIA SOUSA

Formas progressivas da EM no centro da investigação



4 Opinião | António Alvim
Saúde-Pós Covid: A Solução

6 COVID-19 | Ordem dos Médicos avalia criação da especialidade de Urgência

7 COVID-19 | Metade dos médicos que tiveram contacto com casos de Covid-19 nunca foram testados

8 COVID-19 | Médicos de Saúde Pública contra falta de pagamento de horas extras

9 COVID-19 | Sem confinamento, vagas nos cuidados intensivos do SNS não tinham chegado

10 COVID-19 | Covid-19: Centro Hospitalar do Algarve distribuiu máscaras que não protegem

11 COVID-19 | Da tecnologia aos cuidados domiciliários: os desafios da medicina geral e familiar

12 COVID-19 | Projeto da FMUP quer otimizar ventilação não invasiva em doentes

13 COVID-19 | Covid-19: São João integra projeto de IA para validar diagnóstico a partir de TAC

16 Especial | Tiroide
“Hipotireoidismo ocorre em 2 a 3% das gravidezes e diagnóstico é difícil”

30 Investigação | Covid-19: Uso de anticoagulantes melhora sobrevida dos pacientes internados

32 Entrevista | Cinco hospitais associam-se à investigação que avalia relação entre microbiota e Covid-19

34 Entrevista | Hipoxemia silenciosa. Há doentes com baixos níveis de oxigénio mas sem sintomas

35 investigação | Equipa liderada por português testa nova vacina contra a malária com bons resultados

36 investigação | EHD1, a proteína que pode comprometer a função cardíaca

37 investigação | Mortalidade por insuficiência cardíaca diminui com nova terapia de inibidores SGLT2

FICHA TÉCNICA | Publicação online de informação geral e médica

SAÚDE ONLINE

Endereço internet
www.saudeonline.pt

E-mail
geral@saudeonline.pt

Diretor Geral
Luís Araújo
laraujo@saudeonline.pt

Diretor Comercial
Ricardo Anaia
aanaia@saudeonline.pt

Diretor de informação
Tiago Caeiro
tcaeiro@saudeonline.pt

Jornalistas
Adelaide Oliveira
Rita Vassal

Colaboradores
Alexandra Ribeiro

Artigos de Opinião
Ana Catarina Pinheiro
Acácio Gouveia
Luis Gouveia Andrade

Edição e Redação – Sede
Saúde Online - Comunicação, MMLA, Lda.
Rua Vieira da Silva 45° 1350-342 Lisboa
E-mail: redacao@saudeonline.pt

Design e Produção - Alexandra Leitão

Proprietária
Joana Correia de Freitas Santos Coração
de Figueiredo Araújo
Rua António Quadros 1° 1A 1600-875 Lisboa
jcoracao@saudeonline.pt

Isenção de registo na ERC, nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 12º do decreto regulamentar nº8/99, de 9 de junho

Periodicidade
Informação permanente

Ano de fundação: 2016

Saúde Pós-Covid: A Solução



António Alvim
Médico de Família

O SNS, antes do COVID se anunciar, já estava “falido” com tempos de espera para consultas e cirurgias muitos meses para além do tempo de espera que próprio estado definiu como tempo máximo clinicamente aceitável. Suborçamentado e subfinanciado, o SNS tinha deixado de cumprir o preceito constitucional de Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação. A aproveitar-se disto estavam os grupos privados que estavam a duplicar os seus hospitais e a sua oferta. Com a Covid não só toda a situação se agravou, com a paragem de todo o SNS não Covid, como não tem hipótese de socorro no OE, quando este vai ter um dramático rombo de 15 mil milhões de Euros Assim o Sistema de Saúde vai se partir em dois Sistemas estanques. Um, para quem pode, totalmente privado, assente em Seguros de Saúde, Rede Hospitalar Privada e numa rede própria de Cuidados de Saúde Primários Privada, (em constituição e “roubando” ao SNS a nova geração de Médicos de Família). E o outro, um SNS descapitalizado, sem capacidade de investimento e de renovação de equipamentos, desfalcado de médicos e com incentivos negativos para os que ficam, com cada vez mais atrasos nas consultas e cirurgias. Segue uma proposta de solução para uma verdadeira Reforma da

Saúde de forma a ser possível manter um SNS partilha por todos, assente em sete vetores:

I Acesso universal

Considera-se o Acesso de todos os Cidadãos a Serviços de Qualidade em tempo útil e de forma a que não se ponham considerações de ordem económica financeira ao cidadão, como o fundamento das políticas sociais, designadamente na Saúde, que importa garantir.

Este conceito engloba a qualidade e empenhamento dos agentes, a existência de estruturas físicas de qualidade, a existência de vias de comunicação, a existência de democraticidade e equidade no acesso, a existência de uma solução de financiamento adequada e solidária.

Assim, e de acordo com a Constituição, o acesso aos Cuidados de Saúde deve continuar a ser gratuito sem prejuízo de eventuais taxas moderadoras

II Financiamento Adequado e Solidário- Instituto de Seguro Social de Saúde

Sem se mudar o financiamento da Saúde não será possível qualquer Reforma da Saúde porque o Ministro da Saúde será trucidado antes que algo aconteça. A solução que se propõe passa pela criação de um Financiador Independente- O Seguro Social de Saúde. Será ele quem pagará aos prestadores de cuidados de saúde os serviços que prestam. Será um seguro mutualista de cobertura universal e sem exclusões. O seu dinheiro virá das contribuições, iguais, de todos os Portugueses. O Estado, que deixará assim de ter que suportar financeiramente as instituições do SNS, passará a usar o orçamento do Ministério da Saúde para participar, substituindo-se, nos pagamentos das Famílias para o Seguro Social de Saúde em função inversa das capacidades económicas destas, sendo que esta contribuição irá dos 100% , numa grande maioria de casos, aos 0%.

Desta forma se promove a justiça e a solidariedade social

preconizada na Constituição e se consegue mais dinheiro para a saúde (o necessário,) de uma forma pacífica, e, no acesso, gratuito, torna iguais todos os cidadãos perante o prestador

O Instituto de Seguro Social de Saúde será a sede do Seguro Social de Saúde e terá uma Concelho Geral com representação tripartida do Estado, Cidadãos e Prestadores.

III Rede Social

Resolvida a questão do financiamento então será possível o passo seguinte. A entrega, gradual, das Unidades de Saúde do SNS à gestão privada. Por venda, concessão ou qualquer outra modalidade que se revele adequada. Cada unidade terá uma solução própria, sendo de estimular que sejam as próprias unidades a apresentarem e a escolherem soluções, que poderão passar até por cooperativas ou empresas de profissionais, solução perfeitamente adequada por exemplo para as Unidades de Saúde Familiares e que até já está prevista na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários de Correia de Campos (USFs de Modelo C). Apesar de passarem para a Gestão Privada todas estas unidades do SNS ficam obrigadas a trabalharem exclusivamente para os utentes do Seguro Social de Saúde e constituirão assim a Rede Social-SNS. Esta rede poderá ser alargada a todos os prestadores privados ou sociais que, nos mesmos moldes, com ela se queiram convencionar/contratualizar.

O Estado, progressivamente remeter-se-á à parte técnica (Direção Geral da Saúde), Regulação e Fiscalização (Entidade Reguladora da Saúde), para além da sua participação ativa no Conselho Geral do Instituto Seguro Social de Saúde.

IV Tabela Social Concertada

Os serviços prestados pelas Unidades que integram a Rede Social aos utentes do Seguro Social de Saúde serão pagos conforme uma Tabela Social. Esta tabela resulta da proposta

aprovada pelo Concelho Geral tripartido (Estado, Representantes dos Utentes, Representantes dos Prestadores) do ISSS que será assim sede de concertação esclarecida.

V Contratualização esclarecida

A contratualização e a tabela social deverão garantir o acesso atempado de todos e promover a eficiência e ganhos em saúde. A atual contratualização das Unidades de Saúde Familiar (USFs) é um exemplo a seguir. No Hospitais PPP também se estava a evoluir neste campo. A contratualização esclarecida é um vetor fundamental.

VI A Liberdade de Escolha

A Liberdade de Escolha leva os prestadores a viverem num ambiente de “competição por clientes” e por isso estarem de facto, centrados na satisfação dos interesses e necessidades dos “clientes”

Fundamental é que “o dinheiro siga os utentes” de forma a que cada instituição ganhe com o aumento da procura e se possa adaptar a esta.

O sistema convencionado de análises clínicas e exames radiológicos e outros, que apesar de pago por uma tabela muito baixa é o sector que melhor funciona na Saúde, com rapidez, qualidade e satisfação dos utentes que só pagam a taxa moderadora (de que grande parte está, aliás, dispensada), é o exemplo a seguir.

VII Auto regulação

O Sistema deverá dispor de mecanismos de vigilância automática e grande capacidade de autorregulação concertada a nível do seu Conselho Geral tripartido, acima referido, mexendo quer nas tabelas quer nos prémios/taxas, para cima ou para baixo, de forma a que não se assista, nunca, a deficit ou a problemas de tesouraria, devendo o saldo de execução ser perto do zero.

Por outro lado, a referenciação deve ser assente nos Médicos de Família.

Esta Reforma exige coragem, vontade política e decisão; mas ela é necessária, já!

50

O QUE
QUEREMOS FAZER
PARA OS PRÓXIMOS
50 ANOS?
TUDO.

50

Fazer nascer, crescer, acreditar.
Porque são as pequenas coisas
que fazemos que vão continuar
a fazer toda a diferença.
E o nosso compromisso
é para a vida.

50

50

#renovarocompromisso

50



MSD

INVENTING FOR LIFE
50 ANOS
PARA A VIDA

Ordem dos Médicos avalia criação da especialidade de Urgência

A Ordem vai “promover um debate interno” para avaliar a criação da especialidade de Medicina de Urgência e Emergência. Questão é complexa.

“A criação de uma especialidade é complexa. Temos de ouvir todas as especialidades, começando pela Medicina Interna porque é a especialidade ‘mãe’. Mas vamos ouvir outras também”, disse Miguel Guimarães.

A 26 de maio foi noticiado que cerca de duas dezenas de médicos criaram a Sociedade Portuguesa de Medicina de Urgência e Emergência (SPMUE).

“Em Portugal não existe a especialidade de Medicina de Urgência e Emergência, o que existe é uma proposta que já foi entregue no ano passado à OM para que seja criada e que nasceu no seio do Colégio de Emergência Médica da Ordem”, disse à Lusa o médico Vítor Almeida.

Apenas 5 países da Europa não têm esta especialidade

Na Europa apenas cinco países, nos quais se encontra Portugal, não têm esta especialidade. Miguel Guimarães recordou que a proposta “caiu no início da pandemia [da covid-19] e ficou parada”, mas garantiu que a discussão está agora a ser reativada.

“A nível da Europa a especialidade existe em vários países. Mas isto também está dependente do que existe em Portugal que tem três tipos de urgência”, disse Miguel Guimarães.

Os três tipos de urgência são a urgência básica, as médico-cirúrgicas e as polivalentes. Atualmente em Portugal as equipas de urgência dos hospitais têm a participação de especialistas de várias áreas. São consideradas especialidades base do serviço de urgência a Medicina Interna e a Cirurgia Geral.



Miguel Guimarães

De acordo com o Miguel Guimarães esta ideia já foi lançada no passado quando era bastonário José Manuel Silva, o qual, descreveu o atual líder da OM, “contactou várias especialidades que têm uma relação mais forte com o serviço de urgência e depois acabou por se concluir nessa altura que a criação da especialidade podia ter efeitos positivos e efeitos negativos na reorganização dos próprios serviços de urgência”.

Serviços de urgência teriam de ser reorganizados

“Porque se amanhã tivermos a especialidade de Medicina de Urgência, os serviços de urgência têm de ser reorganizados. Tem de se pensar na carreira dos médicos. Lembro que neste momento os médicos a partir dos 50 anos estão dispensados de fazer urgência

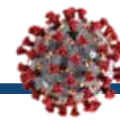
o debate interno, segue-se um debate no Conselho Nacional da OM e uma votação pela Assembleia de Representantes, o órgão máximo da Ordem, bem como uma proposta Assembleia da República.

O papel das autoridades de saúde nacionais também foi destacado pelo bastonário da OM, uma vez que “é preciso perceber até onde o Estado está interessado em mudar a organização atual do serviço de urgência” e “em apostar em programas de formação novos”.

Miguel Guimarães acrescentou outros fatores, nomeadamente a discussão sobre o “perfil do médico” que se candidatará a esta especialidade e “quais os critérios de admissão, uma vez que atualmente a urgência é feita por médicos altamente qualificados, o que significa que se vier a existir a especialidade, tem de haver uma admissão por consenso”.

Este tema já tinha sido levantado no início de maio quando um especialista com experiência em cenários de catástrofe que trabalha no Hospital de São João, no Porto, unidade onde a 02 de março foi detetado o primeiro caso em Portugal do novo coronavírus, defendeu que a pandemia estava a reacender o debate sobre a necessidade desta especialidade.

“Acreditamos que devia existir uma especialidade no nosso país que ainda não existe. Em termos europeus esta especialidade está perfeitamente definida e contempla também a resposta em catástrofes”, disse à Lusa Nelson Pereira, médico de medicina interna, que em 2000 trabalhou em Moçambique, em 2003 no Irão e em 2016 na República Centro-Africana, entre outros cenários de catástrofe. **SO/LUSA**



Metade dos médicos que tiveram contacto com casos de Covid-19 nunca foram testados

“Não podemos correr o risco de não proteger a vida de quem cuida da vida dos doentes”, reforça o bastonário da Ordem dos Médicos, entidade que coordenou o inquérito.

Quase metade dos médicos que tiveram contacto com doentes suspeitos de terem covid-19 ou com sintomas compatíveis com a doença nunca foram testados, indicam os resultados de um inquérito feito pela Ordem dos Médicos.

Os dados indicam que, dos médicos que foram submetidos a testes, 19% tiveram de esperar sete ou mais dias pela sua realização e um em cada cinco (21%) esperaram entre três a seis dias. Em 59% dos casos os testes foram feitos em menos de três dias.

No total, 47% dos médicos que tiveram contacto com um caso de covid-19 – suspeitos de infeção pelo novo coronavírus ou doentes com sintomatologia compatível com a doença – nunca foram submetidos a qualquer teste.

Em comunicado, a Ordem dos Médicos (OM) justifica a realização do inquérito com a “escassez ou inconsistência de dados partilhados pelas autoridades de saúde” e explica que a recolha de dados decorreu entre os dias 08 e 14 de abril e contou com a resposta de 6.613 médicos.

“Os resultados que encontramos com este trabalho exploratório vão ao encontro de uma das preocupações que temos vindo a manifestar. Muitos médicos não foram devidamente testados e isso sempre foi uma recomendação basilar da Ordem dos Médicos para garantimos a saúde e segurança dos nossos profissionais de saúde e doentes”, afirma o bastonário, Miguel Guimarães, citado no comunicado.

Orientação da DGS “é muito restritiva”

O bastonário diz ainda que, numa altura em que está a ser alargada progressivamente a atividade assistencial, tanto ao nível de consultas, como de cirurgias e de exames, “é essencial que se testem todos os casos suspeitos de forma célere, mas

também regularmente os profissionais de saúde”.

A ordem diz que a própria orientação da Direção-Geral da Saúde referente aos profissionais de saúde com exposição ao vírus SARS-CoV-2, que provoca a covid-19, “é muito restritiva em termos de testagem, estipulando que mesmo nos casos com alto risco de exposição só sejam encaminhados para exames laboratoriais os profissionais que desenvolvam sintomas”.

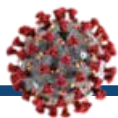
Na altura em que decorreu o inquérito, perto de 3% dos médicos que responderam estavam ou já tinham estado infetados. Os dados indicam ainda que cerca de 6% estavam impedidos de trabalhar por diagnóstico positivo ou quarentena de qualquer tipologia (a aguardar teste, sem realização de teste ou sem sintomatologia, mas com contacto de risco).

As conclusões indicam que a anestesiologia, a medicina geral e familiar, a medicina interna e a pediatria foram as especialidades mais afetadas, representando 51% do total. Já os médicos internos representaram 8,2% do total.

“De início registámos vários problemas, sendo que nem todos foram corrigidos. Verificou-se uma grande escassez de equipamentos de proteção individual, sobretudo adequados à função de cada profissional, e também divulgação de informação clara sobre que materiais utilizar e quando”, recorda Miguel Guimarães, sublinhando: “Isso traduziu-se, naturalmente, num número de infeções entre médicos superior ao que poderíamos ter tido”.

“Não podemos correr o risco de não proteger a vida de quem cuida da vida dos doentes”, reforça o bastonário.

Os números de casos positivos da COVID-19 entre os médicos seguem a tendência do país: 58,5% dos inquiridos que notificam estar com covid-19 são da região Norte, seguindo-se a região Sul, com 21,8% e a região Centro, com 19,7%. **SO/LUSA**



Dr. Ricardo Mexia

Médicos de Saúde Pública contra falta de pagamento de horas extras

O presidente da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública acusa algumas ARS de falta de pagamento das horas extraordinárias.

“**H**á uma recusa de várias administrações regionais de saúde em pagar as horas trabalhadas pelos profissionais, designadamente os de saúde pública, e isso é absolutamente inaceitável”, afirmou Ricardo Mexia no ‘webinar’ sobre “O impacto da covid-19 nos cuidados de saúde pública”.

Para o médico, “os aplausos e as palmadinhas nas costas são importantes, mas é bom que os profissionais de saúde vejam o reconhecimento do seu trabalho esforçado e que muitas vezes foi desempenhado em condições muito adversas”.

Na sua intervenção inicial na ‘webconferência’, organizada pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

e pela Ordem dos Médicos, Ricardo Mexia reiterou a importância de existirem “ferramentas mais eficazes de comunicação” que permitam aos profissionais “tomarem decisões mais céleres”, no quadro de vigilância epidemiológica da covid-19.

“Nas respostas dadas à pandemia, houve aspetos que ficaram aquém do que seria desejável, fruto de algumas insuficiências, nomeadamente o sistema de informação que é, provavelmente, uma das maiores lacunas que temos e que está à vista todos os dias na recolha e divulgação da informação, designadamente a nível central”, observou.

Segundo o especialista, é importante a implementação de um sistema que integrasse as diversas

fontes e fizesse a análise da informação para que a tomada de decisões fosse mais ágil, associada a uma “maior transparência nos dados” recolhidos, relacionados com os casos de covid-19.

Quanto ao reinício da atividade assistencial em saúde, e para recuperar o número de exames complementares de diagnóstico e cirurgias que não se realizaram no Sistema Nacional de Saúde (SNS), Ricardo Mexia afirmou que o plano é da responsabilidade da tutela, que “terá de ponderar que recursos vai colocar em campo perante o atual e futuro impacto da pandemia na área da saúde”.

“É difícil desmultiplicar parcos recursos humanos para conseguir agora dar essa oferta

paralela, porque tendencialmente os profissionais que lidam com doentes com patologias respiratórias, potencialmente com covid-19, devem deixar de atender e tratar doentes das outras áreas nas urgências dos hospitais”, declarou.

Para Ricardo Mexia, não há qualquer dúvida que vai haver outra pandemia, é “só uma questão de tempo” e é necessário delinear estratégias robustas.

“A resposta fora a covid-19 ficou prejudicada. Vai haver uma próxima pandemia e era bom que aprendêssemos com os erros e melhorássemos e ampliássemos as boas práticas. Só através dessa análise podemos estar mais bem preparados”, sustentou.

SO/LUSA

Novartis Portugal
Pharmaceuticals

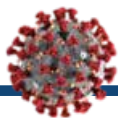


Reimaginamos a Medicina

Usamos a ciência inovadora e tecnologias digitais para endereçar alguns dos problemas de saúde mais desafiadores da sociedade. Investigamos e desenvolvemos tratamentos inovadores e procuramos novas formas de os fazer chegar a tantas pessoas quanto possível. Tudo para melhorar e prolongar a vida das pessoas.

 **NOVARTIS**

www.novartis.pt



Sem confinamento, vagas nos cuidados intensivos do SNS não tinham chegado

As 528 camas de cuidados intensivos de que o SNS dispunha em março poderiam não ter sido suficientes para atender a todas as necessidades, diz um estudo.

“**S**em o ‘lockdown’ [confinamento] decretado pelo Governo em meados de março de 2020, as unidades de cuidados intensivos dos hospitais do SNS [Serviço Nacional de Saúde] teriam tido que atender, entre 01 e 15 de abril, uma avalanche de 748 doentes graves com covid-19, três vezes mais do que os 229 que precisaram desse tipo de cuidados”, lê-se na análise divulgada pela ENSP, da Universidade Nova de Lisboa.

Para os investigadores da ENSP, “nesse cenário, as 528 camas de cuidados intensivos de que o SNS dispunha na altura poderiam não ter sido suficientes para atender a todas as necessidades, como aconteceu em Itália e em Espanha”.

E realçam: “A ação antecipada deu tempo para o SNS adquirir equipamentos de proteção, aumentar a capacidade de testar e lidar com o aumento da procura hospitalar e de cuidados intensivos causada pela pandemia”.

Portugal atuou cedo ao decretar o ‘lockdown’

Os especialistas referem que “Portugal atuou cedo ao decretar o ‘lockdown’ quando ainda só tinha registado 62 casos e nenhum óbito”, e que “os portugueses aderiram de forma efetiva às medidas de confinamento decretadas pelas autoridades, reduzindo a sua mobilidade em cerca de 80%”.

De acordo com o estudo, as medidas de confinamento contribuíram para que, nos primeiros quinze dias de abril, Portugal tivesse registado menos 5.568 casos (-25%) de covid-19, menos 146 mortes (-25%), e menos 519



Valores esperados para o número de casos foram “estimados com um modelo ARIMA”

(-69%) internamentos em unidades de cuidados intensivos do que seria de esperar se não tivesse sido decretado o confinamento.

“Este estudo compara o número de novos casos e óbitos, e o número de camas ocupadas em internamento geral e em unidades de cuidados intensivos por covid-19, observados entre 01 e 15 de abril, com os valores esperados para esse período se não tivessem sido tomadas as medidas de confinamento e os portugueses não as tivessem cumprido”, assinalam os autores, que usaram os dados publicados pela Direção-Geral da Saúde.

Os valores esperados para o número de novos óbitos, internados em internamento geral e em cuidados intensivos em cada dia foram estimados com base em

modelos de alisamento exponencial aplicados ao período até 31 de março, revelam.

Já os valores esperados para o número de casos foram “estimados com um modelo ARIMA aplicado ao mesmo período”, sublinha a ENSP, acrescentando que “estes modelos foram os que melhor se ajustaram às respetivas curvas até 31 de março de 2020”. Esta análise sobre o cenário que teria ocorrido em termos de mortes, internados e ocupação de camas nos cuidados intensivos, se não tivesse havido confinamento, foi elaborada na sequência do Barómetro Covid-19, divulgado pela ENSP no início deste mês, sobre o ‘timing’, adesão e impacto das medidas de confinamento em Portugal, especificou a entidade. **SO/LUSA**

Covid-19: Centro Hospitalar do Algarve distribuiu máscaras que não protegem

Máscaras tinham sido doadas e distribuídas pelos profissionais de saúde mas não garantiam proteção contra o novo coronavírus.

Ana Paula Gonçalves, Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário do Algarve reconheceu a existência de um lote de 1.500 máscaras sem “as características adequadas ao exercício da atividade hospitalar”, algumas das quais distribuídas pelos profissionais de saúde, por não ter sido detetado que se tratavam de máscaras inadequadas.

A denúncia partiu de um médico do CHUA, que, numa rede social, alertou ter recebido máscaras não cirúrgicas, provenientes da China, cuja embalagem refere que não são para uso médico, mas sim apropriadas para o controlo de pragas, limpeza, cozinha, cuidados de animais e outros propósitos higiénicos.



“Lamento que o profissional não nos tenha comunicado a nós e tenha decidido comunicar às redes sociais”, referiu Ana Paula Gonçalves, frisando que, se a situação tivesse sido “reportada diretamente” à administração, pelos canais internos, as máscaras teriam sido “retiradas mais cedo”. Questionada sobre a proveniência das máscaras, aquela responsável disse preferir não revelar quem fez o donativo, sublinhando que a administração do CHUA não pôs em causa “a qualidade e a bondade do donativo”.

Ana Paula Gonçalves disse ainda que a administração nunca teve a intenção de “enganar” os profissionais ao fornecer máscaras inadequadas, caso contrário tinha-as “colocado noutra embalagem” que não a original, garantindo que o erro foi logo corrigido. “Nós recebemos aqui, quer por donativos ou por aquisição, centenas de milhares de máscaras. Em 300 ou 400 mil podem misturar-se essas, sem que os responsáveis pela distribuição se tenham apercebido”, justificou.

As máscaras vão agora ser usadas para outros fins e distribuídas pelos profissionais que fazem a limpeza de casas de banho ou lavagem de jardins, concluiu. **SO/LUSA**

Quatro mil cirurgias oncológicas terão ficado por fazer devido à pandemia

Estimativa é avançada por João Dinis, diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, que faz ainda um apelo aos doentes oncológicos com cirurgias marcadas.

O número de cirurgias que os hospitais e IPO colocaram em listas de espera, devido à pandemia da Covid-19, é de cerca de 4.000, uma estimativa feita pelo diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.

“No primeiro semestre de 2019 foram feitas 26.500 cirurgias oncológicas a nível nacional. Se pararmos parado mês e meio, podíamos dizer que temos à volta de 6.500, no entanto não pararam todos os

hospitais, os IPO recuperaram mais cedo, por isso o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas acredita que a repercussão sobre as cirurgias foi à volta de 4 mil.”

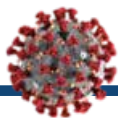
José Dinis garante que os IPO estão a trabalhar a 110 por cento para resolver as listas de espera para cirurgia, e faz um apelo aos doentes oncológicos.

“Houve vários casos (de doentes) que estavam à espera de cirurgia em finais de fevereiro, e que a

cirurgia foi adiada, que foram contactados para comparecerem nos hospitais para serem tratados, e os doentes recusaram.”, diz José Dinis à Antena 1.

O diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas diz que este tipo de situação é “grave” e que os médicos apelam aos doentes para que estes “não neguem a cirurgia, porque o não fazer a cirurgia é muito pior que o risco de apanhar Covid-19.” **SO**

IPO estão a trabalhar a 110 por cento para resolver as listas de espera para cirurgia



SAÚDE ONLINE.TV

Da tecnologia aos cuidados domiciliários: os desafios da medicina geral e familiar

“Ser médico de família hoje significa conhecer a pessoa na sua totalidade, com todas as suas implicações, significa conhecer o contexto de vida do doente, o seu percurso”, explica Rui Nogueira, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF).

Num período de pandemia, e tal como acontecia antes, os médicos de família estiveram na linha da frente de apoio aos doentes. “A atuação rua a rua, bairro a bairro neste período de pandemia foi fundamental. Desde dia 23 de março, os médicos de família seguiram mais de 90% dos doentes infetados com Covid-19”, reforça Rui Nogueira. Neste ano de 2020, tão singular face a uma crise de saúde pública sem paralelo, que forçou os serviços e os profissionais de saúde a modificarem a sua forma de trabalhar e de interagir com a população, a Organização Mundial de Colégios, Academias e Associações de Médicos de Família (WONCA), representada em Portugal pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) escolheram como lema para a celebração «Family doctors on the front line – Médicos de família na linha da frente», em alusão ao importante papel que estes profissionais estão a desempenhar, à escala global, no combate à pandemia de COVID-19.

“Com isto, estamos a desenvolver um património valiosíssimo, que é a relação médico-doente. Muitas vezes, os doentes têm os nossos emails, os nossos números de telemóvel. Há uma grande relação de proximidade”, diz o presidente da APMGF.

O futuro passa por aprofundar ainda mais essa relação? “Sim, porque temos uma população cada vez mais idosa e com



Dr. Rui Nogueira

doenças crónicas que é preciso acompanhar, mantendo a vigilância próxima e contínua”

Rui Nogueira admite que o ritmo a que trabalham os médicos de MGF se intensificou. “Hoje recebemos mais telefonemas, trocamos mais emails, vemos mais exames complementares de diagnóstico do que antes”.

Desafios

– “Organizar as nossas unidades de proximidade de forma rápida e

útil para os doentes. Aqui inclui-se a necessidade de termos, cada vez mais, de ir à casa do doente”

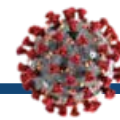
– “Outro desafio é a necessidade de formação médica contínua. Temos de continuar a desenvolver as nossas aptidões, muitas vezes através de plataformas online que agora estamos a explorar mais e que os jovens médicos acolhem com facilidade”

– “Prolongar os anos de vida com saúde dos doentes. Os doentes vivem mais mas temos de dar

vida a esses anos. Este é um desafio para todos” **TC/SO**

Veja a mensagem-vídeo que o Dr. Rui Nogueira dirigiu aos médicos de Medicina Geral e Familiar





Projeto da FMUP quer otimizar ventilação não invasiva em doentes

Investigadores da Faculdade de Medicina do Porto (FMUP) estão a implementar um protocolo que visa tornar ventilação mais segura e eficiente.

O projeto, segundo explicam em comunicado, é reduzir os casos de insucesso do tratamento e o recurso à ventilação invasiva.

O projeto “Accurate tidal volume monitoring to optimize safe non-invasive ventilation settings in patients with SARS-CoV-2”, coordenado por Miguel Gonçalves, foi contemplado

com um financiamento de 30 mil euros pela iniciativa RESEARCH 4 COVID19, da responsabilidade da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).

De acordo com o professor e investigador da Unidade de Investigação Cardiovascular (UNIC) da FMUP, o que se pretende é criar “um protocolo de

ajuste individualizado da ventilação não invasiva em doentes admitidos em cuidados intensivos com síndrome respiratória aguda grave devido ao novo coronavírus”.

“Este novo protocolo irá permitir uma deteção precoce de problemas na ventilação não invasiva e uma resposta atempada,

nomeadamente a implementação de parâmetros protetores e o ajustamento da sedação contínua”, afirma Miguel Gonçalves.

Objetivo é reduzir necessidade de intubação e ventilação invasiva

Espera-se que, desta forma, “seja possível reduzir a necessidade de intubação e de suporte de ventilação mecânica invasiva”, bem como “minimizar as complicações que lhe estão associadas e consequentemente otimizar os recursos utilizados no serviço de Medicina Intensiva”.

Também José Artur Paiva, professor da FMUP e diretor do serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar Universitário de São João, considera que a estratégia proposta neste estudo é “um contributo para a medicina de precisão em suporte ventilatório”.

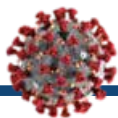
“Nos doentes covid-19 com insuficiência respiratória hipoxémica, o esforço inspiratório intenso pode agravar a lesão pulmonar. A ventilação não invasiva é habitualmente considerada deletéria nestes doentes, sobretudo se realizada prolongadamente”, explica o especialista.

No entanto, considera que “é possível que uma melhor monitorização clínica durante a ventilação permita maiores taxas de sucesso e uma melhor seleção de doentes”.

Este projeto é promovido pela Unidade de Investigação Cardiovascular (UNIC) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, tendo como parceiros institucionais o Serviço de Medicina Intensiva (onde os doentes serão estudados) e o Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, sendo os respetivos diretores de serviço, membros integrantes da equipa de investigação.

Além de Miguel Gonçalves, fazem parte da equipa de investigadores Alysson Roncally Carvalho, Roberto Roncon-Albuquerque Jr., Venceslau Hespanhol, Adelino Leite Moreira e José Artur Paiva.

SO/LUSA



Covid-19: São João integra projeto de IA para validar diagnóstico a partir de TAC

Hospital é o único português a integrar o processo de “validação” do sistema de inteligência artificial europeu para “um diagnóstico mais fiável” de covid-19.

O diretor do serviço de Radiologia do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), António Madureira, explica que naquela unidade “está a ser instalado um servidor” de Inteligência Artificial (IA), desenvolvido a nível europeu e agora em fase de validação mundial em vários hospitais.

“É como se fosse um segundo par de olhos a ver as imagens”, frisou, notando que assim se aumenta o “grau de certeza no diagnóstico”. O sistema, que deve começar a funcionar no CHUSJ “na próxima semana”, vai permitir alertar os médicos para “determinados critérios” ou “pormenores das imagens”, permitindo “maior fiabilidade no diagnóstico” e prognóstico da infeção por coronavírus, mas a decisão final é sempre dos profissionais, alertou o diretor do serviço.

“Não vamos alterar nada. Não vamos fazer mais TAC. Continuaremos a fazê-las apenas a doentes com indicação para tal”, observou António Madureira.

Validação deve demorar um ano

De acordo com o responsável, “o programa chama a atenção para determinados aspetos que o médico valida ou não”.

Está previsto que a “validação” do sistema de IA dure cerca de um ano, período durante o qual a Comissão Europeia suporta as licenças de utilização, acrescentou.

Em comunicado, o CHUSJ revela ser o “único hospital português a integrar o projeto”, escolhido por acompanhar “mais doentes com covid-19 e ser pioneiro, em Portugal, no recurso à



TAC torácica para rastreio de casos suspeitos de infeção pelo novo coronavírus em contexto de Serviço de Urgência”.

No fim de março, o CHUSJ instalou um novo equipamento de TAC de 32 cortes junto à área de doentes graves do serviço de urgência, para permitir uma “informação imagiológica bastante

exigente para os casos complexos”, disse na ocasião à Lusa o diretor do Serviço de Radiologia. O responsável referiu ainda que o TAC, tratando-se de uma resposta “inovadora” a doentes covid-19, ia “possibilitar um diagnóstico, uma estratificação do risco e uma intervenção mais precoce e efetiva”.

A TAC Torácica “devido à sua maior sensibilidade, pode sugerir o diagnóstico e avaliar de modo mais fidedigno a extensão da doença”, explica António Madureira, diretor do Serviço de Radiologia do CHUSJ.

“Permite deste modo uma melhor estratificação do risco dos pacientes e fornece informação imagiológica mais completa nos casos complexos dos doentes em estudo”, observa.

O CHUSJ esclarece que a intenção é que o sistema de inteligência artificial seja capaz de “verificar rapidamente”, nas TAC, “se existem sinais sugestivos de infeção por covid-19”, bem como “fornecer informação prognóstica da evolução dos sintomas”.

O sistema de Inteligência Artificial foi aprovado pelo British Standards Institute” e, durante cerca de um ano, “a Comissão Europeia (CE) suportará todos os custos pela prestação do serviço” aos hospitais participantes, refere o CHUSJ.

“Se este exercício for bem-sucedido, a CE considera oferecer suporte a muitos outros hospitais com a mesma solução ou soluções semelhantes por meio de futuros instrumentos de financiamento”, acrescenta o CHUSJ. **SO/LUSA**



Dr. António Madureira



Ordem dos Médicos pede explicações sobre demissão no Garcia de Orta

Ordem diz-se preocupada com a demissão do diretor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital e pediu explicações à administração.

Numa carta dirigida ao diretor clínico do Garcia de Orta, o bastonário da Ordem dos Médicos (OM) recorda que ao longo dos últimos anos têm sido várias as dificuldades e obstáculos colocados ao serviço de Ginecologia/Obstetrícia e que o corpo clínico, “mesmo em circunstâncias difíceis e sem apoio do poder político ou da própria administração”, fez sempre um esforço para continuar a responder.

“Foi por isso com consternação que recebemos a notícia da demissão, por parte do Conselho de Administração, do diretor deste

serviço (...), muito em particular depois de todas as carências de capital humano que atravessam e que só não tiveram mais impacto devido ao esforço de toda a equipa e ao papel congregador e aglutinador do diretor”, considera Miguel Guimarães.

Administração fala em atuação incorreta de Alcides Pereira

Num comunicado emitido na passada sexta-feira, o conselho de administração do hospital afirma que “num ato de gestão interna, e na sequência de uma atuação institucionalmente incorreta

da exclusiva iniciativa do diretor do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia para com o Conselho de Administração, que o próprio tornou pública, teve que agir em conformidade, decidindo a cessação da sua comissão de serviço”.

Na missiva da OM, a que a Lusa teve acesso, o bastonário pede à administração do hospital, na pessoa do diretor clínico, que explique e fundamente a decisão e questione-a sobre o plano que tem para um serviço “já fragilizado e em que qualquer decisão que contrarie o sentimento no terreno pode prejudicar ainda

mais a continuidade dos médicos e restantes profissionais de saúde”.

OM sublinha redução dos especialistas do serviço

Recorda que, apesar dos vários alertas lançados no ano passado para o risco de encerramento da urgência da Ginecologia/Obstetrícia, “perante uma redução muito significativa do número de especialistas”, nada foi feito e sublinha que “a preocupação em negar a realidade foi maior do que a de resolver os problemas”.

Miguel Guimarães pede ainda esclarecimentos adicionais sobre o trabalho extraordinário a que os médicos deste serviço têm estado a ser sujeitos e que violarão os limites definidos por lei.

“Os médicos trabalham todos os dias para salvar vidas e muito para lá daquilo a que são obrigados. Isso ficou mais do que demonstrado durante esta pandemia”, sublinha o bastonário.

Considera ainda que os médicos “não podem ser coagidos a prestar horas extraordinárias desumanas e que, mais do que os impedir de compatibilizar a profissão com a vida pessoal, representam um risco para a segurança clínica”.

A demissão do diretor do serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Garcia de Orta já tinha sido criticada pelo Sindicato Independente dos Médicos, que considera que a decisão foi tomada de forma “leviana”.

Em declarações à agência Lusa, o presidente do SIM disse que no princípio de março “os médicos do serviço já tinham ultrapassado as 150 horas semanais” de trabalho e que na reabertura dos serviços regulares “o conselho de administração, sem ouvir o diretor do serviço, quis impor uma carga horária ainda maior e um espaçamento entre consultas que põe em risco pacientes e profissionais”.

Revelou ainda que dezenas de profissionais do serviço subscreveram uma carta dirigida à administração onde declaram “veemente apoio” à continuidade em funções de Alcides Pereira. **SO/LUSA**

SKUDEXA[®]

Cloridrato de Tramadol + Dexcetoprofeno



Associação
de Dose Fixa
para dor
aguda moderada
a grave¹

**Analgesia multimodal eficaz e alívio rápido
da dor aguda num único comprimido²⁻⁴**



A. MENARINI PORTUGAL

A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A.
Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2A
Rua dos Malhães nº1, 2770 - 071 Paço de Arcos

NIPC: 501 572 570 T. +351 210 935 500
Email: menporfarma@menarini.pt
www.menarini.pt

¹ Skudexa. *Resumo das Características do Medicamento* Agosto 2018 ² McQuay HJ et al. *Br J Anaesthesia*. 2016; 116:269-276 ³ Moore RA et al. *BMC Anaesthesiol* 2016; 16:9.
⁴ Moore RA et al. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16:60

MSRM. Não participado. IECRCM inclusas. RCM disponível a pedido. Para mais informações contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.
INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma associação de tramadol e dexcetoprofeno¹
POSOLÓGIA: A dose recomendada é de um comprimido por dia. Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas.¹

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança.

Skudexa 75 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido revestido por película contém 75 mg de cloridrato de tramadol e 25 mg de dexcetoprofeno. Cada comprimido contém 33,07 mg de croscarmelose sódica e 1,83 mg de fumarato sódico de estearilo. **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma combinação de tramadol e dexcetoprofeno. **Posologia e modo de administração:** **Posologia:** **Adultos:** A dose recomendada é de um comprimido por dia (equivalente a 75 mg de cloridrato de tramadol e 25 mg de dexcetoprofeno). Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas. A dose total diária não deve exceder os 3 comprimidos por dia (equivalente a 225 mg de cloridrato de tramadol e 75 mg de dexcetoprofeno). Skudexa deve ser engolido com uma quantidade suficiente de líquido (p.ex. um copo de água). A administração concomitante com alimentos diminui a velocidade de absorção do fármaco, pelo que, para um efeito mais rápido os comprimidos devem ser tomados pelo menos 30 minutos antes das refeições. Skudexa destina-se a um tratamento de curta duração, devendo o tratamento ser limitado ao período sintomático e nunca deverá exceder os 5 dias. A mudança para um analgésico simples deve ser considerada de acordo com a intensidade da dor e a resposta do doente. Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. **Idosos:** Nos doentes idosos a dose inicial recomendada é de um comprimido. Se necessário podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas e não excedendo a dose total diária de 2 comprimidos (equivalente a 150 mg de cloridrato de tramadol e 50 mg de dexcetoprofeno). A dose pode ser aumentada até ao máximo de 3 comprimidos diários, como recomendado para a população em geral, somente após garantia de uma boa tolerância ao medicamento. Os dados disponíveis sobre os idosos com idade superior a 75 anos são limitados, pelo que Skudexa deve ser utilizado com precaução nestes doentes. **Compromisso Hepático:** Os doentes com disfunção hepática ligeira a moderada devem iniciar o tratamento com um número de doses reduzidas (dose total diária de 2 comprimidos Skudexa) e devem ser cuidadosamente monitorizados. Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção hepática grave. **Compromisso Renal:** A dose total diária inicial deve ser reduzida para 2 comprimidos de Skudexa em doentes com disfunção renal ligeira (depuração da creatinina 60 - 89 ml/min). Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção renal moderada a grave (depuração da creatinina <59 ml/min). **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Skudexa em crianças e adolescentes não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Portanto, Skudexa não deve ser administrado em crianças e adolescentes. **Contraindicações:** Devem ser tomadas em consideração as contraindicações reportadas para o dexcetoprofeno e para o tramadol.

PROF. JORGE LIMA

“Hipotireoidismo ocorre em 2 a 3% das gravidezes e diagnóstico é difícil”

“Um aspecto importante é informar as mulheres que a terapêutica farmacológica da disfunção da tireóide não é contraindicação para a amamentação”, explica o médico coordenador da Unidade de Alto Risco Obstétrico do Hospital CUF Descobertas e Professor Auxiliar Convidado e Investigador da NOVA Medical School.

Qual a incidência dos distúrbios da tireóide na população e, particularmente, nas grávidas?

Os distúrbios da tireóide são muito frequentes na população geral. A disfunção da tireóide é das doenças mais comuns nas mulheres em idade reprodutiva, e após a diabetes, são das patologias endócrinas mais frequentes na gravidez. O hipotireoidismo ocorre em 2 a 3% das gravidezes sendo frequentemente causado pela tireoidite de Hashimoto. O hipertireoidismo é muito mais raro ocorrendo em 0,1 a 0,4% das mulheres grávidas. Quando surge na gravidez pode estar associado ao aumento da hCG e pode ser uma hipertireoxinemia transitória da gravidez ou estar associado à gravidez gemelar ou a patologia do trofoblasto, como a mola hidatiforme ou o coriocarcinoma.

Qual a disfunção da tireóide mais frequente na gravidez?

A presença de anticorpos antitireóides (anti-peroxidase e/ou anti-tiroglobulina) ocorre em 10 a 20% das mulheres em idade fértil pelo que a tireoidite autoimune é a disfunção mais frequente na mulher grávida. No entanto, apenas algumas grávidas com tireoidite de Hashimoto apresentam critérios laboratoriais de hipotireoidismo.

Em que situações o médico deve pedir a medição da TSH?

As mulheres que devem fazer um rastreio de patologia da tireóide são as que têm: história de disfunção tireóide ou cirurgia à tireóide, presença de sintomas de disfunção da tireóide ou bócio, idade superior a 30 anos, presença de anticorpos antitireóides elevados, diabetes mellitus tipo 1 ou outras doenças autoimunes, história de perda gestacional ou parto prematuro, multiparidade, história de irradiação da cabeça e pescoço, história

familiar de disfunção da tireóide, obesidade mórbida (IMC >40 Kg/m²), tratamento com amiodorona ou lítio ou administração recente de contraste iodado; infertilidade; residência em áreas geográficas com carência em Iodo.

Por vezes o diagnóstico de hipotireoidismo e de hipertireoidismo nem sempre é fácil na gravidez?

Sim. Por vezes o diagnóstico de hipotireoidismo é difícil na gravidez por que os sinais e sintomas desta disfunção são muito semelhantes a outros que também ocorrem na gravidez normal: tumefação da glândula tireóide, aumento ponderal, edemas dos membros inferiores, astenia, sonolência e intolerância ao frio. Perante a suspeita clínica deve ser efetuado um estudo laboratorial que inclui os doseamentos da TSH, da T4 livre e dos anticorpos antitireóides. Na gravidez se o valor da TSH for superior a 2,5 mUI/L temos um diagnóstico de hipotireoidismo. O mesmo será subclínico se a T4 livre for normal e a TSH for entre 2,5 e 10 mUI/L. Se a T4 livre for baixa e a TSH for superior a 10 mUI/L teremos um hipotireoidismo clínico.

Também no hipertireoidismo os sinais e sintomas podem ser sobreponíveis aos que ocorrem na gravidez como o bócio, a taquicardia com palpitações, a diaforese, a astenia, a ansiedade e a intolerância ao calor. A confirmação laboratorial é feita com os valores suprimidos de TSH, concentrações elevadas de T4 e T3 livres e anticorpos anti-receptores da TSH (TRAb) positivos.

Que riscos existem para a gestação no caso de se confirmar uma disfunção tireóide? Há perigo para o correto desenvolvimento do feto, nomeadamente a nível neurológico?

A disfunção tireóide durante a gestação, se não identificada e tratada, põe em causa a

saúde materna e fetal. Se na gravidez surgir um hipotireoidismo podemos ter pré-eclâmpsia, perda gestacional, descolamentos prematuros de placentas normalmente inseridas, parto pré-termo, aumento do número de partos distócicos, hemorragia pós parto, macrosomia fetal, malformações fetais e défices cognitivos e neuropsicológicos.

Um hipertireoidismo na gravidez, pode ser muito grave se não for tratado afetando a mãe e o feto com consequente perda gestacional, crise tireotóxica, insuficiência cardíaca congestiva, pré-eclâmpsia, parto pré-termo, restrição de crescimento fetal, hipo ou hipertireoidismo fetal/neonatal, bócio fetal (asfixia) e morte fetal in útero.

Uma meta-análise publicado em agosto passado sugere um maior risco de parto





premature em mulheres com a função tiroideia considerada anormal, nomeadamente o hipotiroidismo. Como vê esta conclusão?

O níveis baixos das hormonas tiroideias durante a gravidez podem ter um efeito deletério no desenvolvimento do sistema nervoso central do feto e predispor para o parto pré-termo e aumento do risco de perda gestacional.

Os resultados dessa meta-análise fornecem evidência de que o hipotiroidismo subclínico, a hipotiroxinémia isolada e a positividade para o anticorpo anti-tiroide anti-peroxidase (TPO), na mulher grávida, são fatores de risco para o parto pré-termo. Estas conclusões vêm reforçar a importância, na gravidez, dos programas de rastreio e do tratamento com levotiroxina na prevenção de

eventuais desfechos adversos maternos e fetais.

Que cuidados especiais deve ter a grávida? Que conselhos considera decisivos os seus colegas médicos passarem às suas doentes num quadro destes?

A interpretação dos teste da função tiroideia deve ser diferente na gestação uma vez que a definição do que é “normal” muda por causa das alterações da fisiologia da tiroide na gravidez.

Mulheres em idade fértil com disfunção da tiroide devem ser aconselhadas a reavaliar e otimizar a sua terapêutica no período pré-concepcional. Se tiveram um hipotiroidismo deve ser idealmente mantida uma TSH <1,2-1,5 mUI/. Se tiverem um hipertiroidismo, só deverão engravidar quando estiverem em eutiroidismo e com anticorpos anti-receptores da TSH (TRAb) negativos.

Este tipo de patologia quando diagnosticada e tratada precocemente têm bom prognóstico materno-fetal pelo que estas grávidas devem ser vigiadas em consulta de alto risco obstétrico com equipas multidisciplinares que incluem obstetras, endocrinologistas, pediatras e cirurgiões.

Um outro aspeto importante, associado ao pós parto, é informar as mulheres que a terapêutica farmacológica da disfunção da tiroide não é contraindicação para a amamentação.

Que evidências existem que permitam estabelecer uma relação entre as disfunções da tiroide e a infertilidade? Há estimativas no que diz respeito à redução da probabilidade de gravidez numa mulher com problemas de tiroide?

Não existem estimativas, mas existe uma associação entre hipotiroidismo e diminuição da fecundidade, que na maioria das vezes, esta primariamente associada a disfunções ovulatórias e não a perda gestacional. As mulheres que necessitam de tratamento com hormona tiroideia tem um risco 2 vezes superior de infertilidade primária ovulatória.

As recomendações internacionais sobre o impacto da doença tiroideia na infertilidade são: todas as mulheres com infertilidade devem fazer uma avaliação da concentração sérica de TSH; o tratamento com levotiroxina está recomendado nas mulheres com infertilidade e hipotiroidismo que desejam uma gravidez; apesar da menor evidência de que a terapêutica com levotiroxina melhora a fertilidade de mulheres com hipotiroidismo subclínico, a mesma deve ser considerada logo que engravide, de forma a prevenir a progressão para um hipotiroidismo mais significativo. **SO**

DRA. INÊS SAPINHO

“Apertado controlo da função tiroideia é crucial para o sucesso de uma gravidez”

“Os estudos não são todos coincidentes, mas alguns apontam para que cerca de 8 a 12% dos abortos ocorram por problemas da tiroide”, alerta a endocrinologista Inês Sapinho, médica coordenadora do Serviço de Endocrinologia e da Unidade de Tiroide do Hospital CUF Descobertas.

Qual a incidência do hipotiroidismo em Portugal?

Em Portugal não são muitos os estudos que nos dão uma fotografia clara sobre a incidência das doenças da tiroide, no entanto estima-se que ocorra em cerca de 5 a 10% da população, sendo o hipotiroidismo a doença mais prevalente.

Como se diagnostica o hipotiroidismo? A que sinais considera que os seus colegas médicos, nomeadamente clínicos de MGF, devem estar atentos?

O diagnóstico é fácil e acessível através de análises ao sangue, sendo o doseamento da TSH o mais importante. No hipotiroidismo, o cansaço, a apatia, o humor depressivo, a dificuldade em perder peso, são as queixas mais frequentes.

Considera que os médicos de medicina geral e familiar dão pouca importância às patologias da tiroide?

Penso que cada vez mais todos os colegas estão esclarecidos sobre a importância destas doenças e o seu peso na nossa população. No entanto, o facto dos sintomas do hipotiroidismo e do hipertiroidismo serem muito inespecíficos faz com que muitas vezes se confundam com outras doenças e que sejam desvalorizados pelos doentes e por alguns médicos.

Considera que as disfunções da tiroide, nomeadamente o hipotiroidismo, estão

subdiagnosticadas em Portugal?

Os poucos estudos existentes têm demonstrado isso mesmo. Um estudo realizado em Portugal demonstrou que cerca de 71% dos participantes não sabiam que tinham alterações da função tiroideia.

Qual a relação já comprovada entre o hipotireoidismo e a infertilidade?

Nas mulheres, o hipotireoidismo pode ser acompanhado por irregularidades menstruais, como ausência de alguns ciclos ou meses sem menstruação, alterações do fluxo e ciclos sem ovulação. Estas alterações podem causar infertilidade.

No caso das mulheres que querem engravidar e que tenham disfunções da tiroide, que cuidados devem ter e como deve agir o médico?

Toda a mulher em idade fértil com doença da tiroide deve ser bem informada pelo seu médico acerca da importância da vigilância rigorosa da função tiroideia e da sua normalização quando uma gravidez é planeada e, sobretudo, no decorrer da mesma. É extremamente importante esclarecer que não deverá suspender a terapêutica e que, inclusive, o aumento de dose poderá ser necessário, tendo que fazer várias consultas e análises para seguir a situação. O médico deverá desmistificar medos, muitas vezes



motivados por várias fontes de informação alarmistas e não fidedignas.

Existem tratamentos para ultrapassar o problema e aumentar as hipóteses de gravidez?

Especificamente relacionado com as doenças da tiroide, apenas o apertado controlo da função tiroideia é crucial para o sucesso de uma gravidez, pelo que a maioria das grávidas com

disfunção tiroideia deve ser seguida pelo seu médico Endocrinologista.

E no caso das grávidas com problemas de tiroide, quais os principais riscos para a gestante e o feto? Que percentagem de abortos espontâneos se podem associar à tiroide?

A disfunção da tiroide está associada a várias complicações maternas e fetais, nomeadamente

DRA. MARIA JOÃO OLIVEIRA

“A função tiroideia deve ser incluída no rastreio das mulheres que querem engravidar”

A Sociedade Portuguesa de Endocrinologia alerta que o mau funcionamento desta glândula dificulta a fecundação e aumenta o risco de aborto.

Em declarações à agência Lusa, Maria João Oliveira, da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM), explica que, por vezes, a análise à função da tiroide é fácil de fazer, não é dispendiosa, deveria estar incluída no rastreio normal pedido à mulher quer engravidar e ser feita, também, no primeiro trimestre da gravidez.

“A função tiroideia deve ser incluída no rastreio das mulheres que querem engravidar, como a análise para saber se está imune à rubéola ou à toxoplasmose”, defende Maria João Oliveira, explicando que, como esta análise não faz parte do rastreio recomendado, nem todas as unidades de saúde a fazem.

“Assim, [com o rastreio prévio] evitamos que ou a mulher tenha dificuldade em engravidar

ou engravide e a gestação não corra bem”, acrescentou.

A endocrinologista explica que a disfunção mais frequente da tiroide é o hipotireoidismo, “quando a tiroide começa a produzir uma menor concentração de hormonas do que aquelas que são necessárias ao funcionamento normal do organismo”.

A especialista defende que a análise à função tiroideia deve ser incluída no rastreio das mulheres que querem engravidar, mas também deve ser feita durante o primeiro trimestre da gravidez.

“A tiroide funciona muito mais durante a gravidez. Primeiro, porque o metabolismo da grávida é superior e, depois, porque até às 20 ou 23 semanas de gestação o feto não tem a tiroide dele ainda a funcionar e a mãe tem de produzir

hormonas para ela, para o estado de gravidez, e também suficientes para o desenvolvimento fetal, nomeadamente o desenvolvimento neurológico, que é muito sensível à concentração das hormonas da tiroide”, explica.

Se a disfunção for detetada antes da gravidez, a especialista diz que se pode prescrever a toma de uma das hormonas da tiroide que existe em comprimido e que se vai ajustando a dose, sublinhando que o tratamento do hipotireoidismo é mais simples do que o do hipertireoidismo – quando a tiroide funciona a mais -, mas é um tratamento para toda a vida.

Segundo a SPEDM, as estimativas indicam que os distúrbios da tiroide afetam entre 5% a 10% dos portugueses e que as mulheres são mais afetadas. **SO/LUSA**

[Leia o artigo completo em saudeonline.pt](#)

aborto, HTA na gravidez, Diabetes gestacional, parto pré-termo, malformações e alterações no desenvolvimento neuro-cognitivo das crianças. Os estudos não são todos coincidentes, mas alguns apontam para que cerca de 8 a 12% dos abortos ocorram por problemas da tiroide.

Neste quadro, qual a importância da suplementação com iodo?

O iodo é um micronutriente absolutamente necessário à vida. Por não ser produzido pelo nosso organismo, deve ser obtido através de fontes externas, como por exemplo, alimentos ou suplementos. É na tiroide que o iodo tem uma função crucial, já que é um componente essencial das próprias hormonas tiroideias. Ao longo da gestação, a tiroide sofre várias alterações fisiológicas adaptativas e que são reversíveis depois do parto. Neste período gestacional, as necessidades de iodo, estão aumentadas, pelo que a Organização Mundial de saúde e a Direcção Geral de Saúde recomendam a suplementação com iodo a todas as grávidas e mulheres a amamentar, que não tenham doenças da tiroide conhecida.

A deficiência de iodo, que no passado estava associada apenas ao cretinismo e bócio, atualmente sabe-se que é responsável por um largo espectro de doenças, que podem começar na vida intra-uterina e continuar a surgir na infância e vida adulta. **SO**



Grande maioria dos casos de hipotiroidismo estão por diagnosticar



Helder Simoes
Médico Endocrinologista
do IPO Lisboa Francisco Gentil
Assistente convidado
da Nova Medical School
Membro da SPEDM

Embora não se recomende um rastreio ecográfico da população, vários estudos apontam para prevalência ecográfica da doença nodular da tiroide que ronda 40% da população adulta e a sua prevalência aumenta com a idade. Nódulos tiroideus palpáveis são menos frequentes, atingindo no máximo 5% da população. Felizmente, cerca de 90% dos nódulos são benignos. A citologia aspirativa da tiroide continua a ser o método de eleição para avaliar os nódulos potencialmente mais suspeitos.

A patologia nodular da tiroide coloca grande pressão assistencial nos serviços de endocrinologia, radiologia, anatomia patológica e cirurgia.

A razão de os nódulos serem mais comuns em mulheres pode ser apenas um viés de “rastreo” ecográfico, pois é comum as mulheres terem queixas cervicais inespecíficas que frequentemente culminam na realização de ecografia da tiroide, exame que pode detectar nódulos incidentais, habitualmente não relacionados com as queixas. Na mesma linha, ao serem mais afectadas por doença autoimune da tiroide, as mulheres acabam por este motivo por ser também alvo de mais exames ecográficos da tiroide, dando lugar a descoberta acidental de nódulos. Por outro lado, sabemos que os estrogénios podem exercer um efeito trófico nas células tiroideias, o que pode fazer crescer pequenos nódulos e mesmo carcinomas

pré-existentes em mulheres. O mesmo efeito pode advir de uma gravidez e produção de beta-HCG.

O cancro da tiroide ocupa já o 3º ou 4º lugar dos mais frequentes na mulher, nos países desenvolvidos. No caso do cancro da tiroide o tratamento é quase sempre cirúrgico, consistindo na remoção da totalidade da tiroide ou apenas parcialmente. Em casos mais agressivos é necessário complementar o tratamento com Iodo radioactivo. O prognóstico é em geral muito bom. Actualmente existe também boa evidência sobre a vigilância de microcarcinomas e pequenos carcinomas da tiroide com pouco mais de 1 cm, sem intervenção da cirurgia, tendo em conta o seu bom prognóstico. É uma boa opção para doentes mais idosos e com comorbilidades que impliquem risco na cirurgia.

Alguns nódulos da tiroide mesmo benignos, pelo seu volume, obrigam a cirurgia. A ablação por radiofrequência é também uma alternativa fiável e pouco invasiva para estes casos.

A suspeita do diagnóstico de disfunção tiroideia deve ser fundamentada pela história clínica e/ou exame físico, mas a confirmação é laboratorial, pois como disse os sintomas de disfunção tiroideia podem confundir-se com outras situações, sejam doenças ou da vida quotidiana. Esta é uma razão para o subdiagnóstico. O diagnóstico laboratorial é simples e barato. Em regra, assenta na medição das hormonas TSH e T4 Livre no sangue, embora, para efeitos de primeiro “rastreo”, o doseamento da hormona TSH seja suficiente.

O tratamento do hipotiroidismo é simples e barato. Faz-se com administração de levotiroxina, um substituto bioquímica e funcionalmente idêntico à hormona tiroideia T4. Esta é administrada num comprimido diário e é um dos medicamentos mais prescritos a nível mundial.

No caso do hipertiroidismo o tratamento é mais complexo, e pode passar por fármacos, iodo radioactivo ou cirurgia.

Esta semana serve sobretudo para alertar para o facto de as doenças da tiroide passarem frequentemente despercebidas, apesar de comuns.

Leia o artigo completo em saudeonline.pt

Neurobion

50% das pessoas com diabetes podem estar em risco de desenvolver Neuropatia Diabética Periférica.¹



87,4%*

dos doentes que receberam a associação de vitaminas neurotróficas B1, B6 e B12** tiveram alívio dos sintomas da neuropatia.***²



* N= 310 ** Duas vezes por dia durante 28 dias
*** Dois pontos de melhoria no score de dor neuropática.

Informações essenciais compatíveis com o RCM - Neurobion 0,2 mg cianocobalamina + 200 mg piridoxina + 100 mg tiamina, comprimidos revestidos, brancos e biconvexos. Neurobion, 100 mg tiamina + 100 mg piridoxina + 1 mg cianocobalamina, solução injetável. Excipientes: Lactose mono-hidratada 40 mg (comprimidos), Potássio 0,019 mg/ml, Sódio 13,99 mg/ml (injetável). **Indicações terapêuticas:** Tratamento adjuvante na neurite e nevralgia (mono e polineuropatia), radiculonevrites resultantes de alterações degenerativas da coluna vertebral, lumbago, ciática, síndrome cervical, síndrome ombro-braço, tratamento de manutenção da nevralgia do trigémino e tratamento de suporte da parestesia do nervo facial e herpes zoster. **Posologia e modo de administração:** Comprimidos: 1 comprimido, 1 a 3 x/dia no tratamento de casos moderados, ou para administração intercalada e de seguimento do tratamento com a forma injetável. Engolir sem mastigar com um pouco de líquido durante ou após as refeições. Injetável: Administrado por via intramuscular. Casos graves, 1 ampola/dia enquanto os sintomas agudos persistirem. Na terapêutica de seguimento, 2 a 3 ampolas/semana. Quando não são administradas as ampolas ou como continuação da terapêutica pode utilizar-se Neurobion comprimidos revestidos. A duração do tratamento é determinada pelo médico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. Os comprimidos não são adequados para o tratamento de crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** As neuropatias necessitam de tratamento de longa duração com uma dose média diária de vitamina B6 > 50 mg. Recomenda-se monitorização regular do doente sob tratamento de longa duração. A solução injetável contém menos de 39 mg de potássio e 41,97 mg de sódio/ampola. Ter em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** L-Dopa: os efeitos poderão ser reduzidos com a administração concomitante de vitamina B6. Antagonistas da piridoxina (ex., isoniazida, cicloserina, penicilamina e hidralazina): a eficácia da vitamina B6 pode estar reduzida. Com diuréticos da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de tiamina podem ser reduzidos. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): Doenças do sistema imunitário - choque anafilático. Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): reações de hipersensibilidade, como sudorese, taquicardia e reações cutâneas como prurido e urticária; doenças gastrointestinais - náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - casos pontuais de acne ou eczema após a administração de doses de vitamina B12 por via parentérica; perturbações gerais e alterações no local de administração - reações no local da injeção. **Titular da AIM:** Merck, S.A. **Data da revisão do texto:** 01/2015. Medicamentos sujeitos a receita médica. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado.

Referências: 1. Miranda-Massarit J.R., et al.; Metabolic Correction in the Management of Diabetic Peripheral Neuropathy: Improving Clinical Results. 2. Rizvi A., et al. Efficacy of combination of vitamin B1, B6 and B12 in management of Peripheral Diabetic Neuropathy. pjjms online, July-Sept 2013. PPT-NEU-1711-0243(1)



LÍVIA SOUSA

Avanços no tratamento da EM continuam, nomeadamente nas formas mais progressivas da doença

Vão começar, em Portugal, vários ensaios de fase III com os inibidores da enzima BTK, entre os quais o do evobrutinib. A responsável pela área de EM do Departamento de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra explica que poderão representar um passo em frente no tratamento das formas progressivas da doença.

Quais são as maiores dificuldades no tratamento da esclerose múltipla?

Na esclerose múltipla distinguem-se duas fases de tratamento: o da fase do surto e o tratamento da doença propriamente dito. Na fase do surto, em que o doente regista um agravamento da doença, utilizamos normalmente corticosteroides em doses elevadas. No caso destes medicamentos não serem eficazes ou suficientes, nas situações muito graves por vezes recorremos à plasmaferese, um tratamento de imunoterapia em que se substitui o plasma do doente.

No tratamento da doença, temos vários fármacos imunomoduladores e imunossuppressores. Os imunomoduladores modificam o sistema imune mas não o deprimem.

Ficaram preocupados com a utilização dos imunossuppressores no atual contexto de pandemia pelo SARS-CoV-2?

No caso dos imunomoduladores, considerámos que não deveria haver grande problema, uma vez que o sistema imune do doente continua a funcionar. Mas, claramente, ficamos preocupados com o que poderia acontecer aos doentes tratados com imunossuppressores (cerca de 40% em todos os centros hospitalares), se bem que o tipo de fármacos que usamos na Esclerose Múltipla não sejam tão potentes como os que são utilizados no tratamento do cancro.

Contudo, os nossos receios iniciais foram de certo modo ultrapassados com as informações que nos começaram a chegar de Itália, e posteriormente de Espanha e de França, no sentido de que o risco para estes doentes não era diferente da população em geral. Os doentes com



EM que morreram em Itália tinham um perfil semelhante aos restantes pacientes: pessoas de mais idade, com outras doenças associadas, como hipertensão, problemas cardíacos e respiratórios, ou EM com grande incapacidade acumulada, muitos anos de evolução e nas denominadas formas progressivas. O padrão repetiu-se, quer em Espanha, quer em França. O SARS-CoV-2 faz estragos de duas formas: por ação direta e, muito pior do que isso, através da resposta exagerada do sistema imunitário. Verificou-se que os fármacos imunossuppressores, afinal, não eram assim tão problemáticos. Embora se tenham registado algumas mortes em Itália e doentes que tiveram necessidade de serem internados nos cuidados intensivos, a grande maioria dos pacientes que faziam imunossuppressores e foram infetados

com o coronavírus conseguiram ultrapassar a Covid-19.

De qualquer modo, mantivemo-nos alerta desde o primeiro momento e atentos à possibilidade da medicação tornar os pacientes mais vulneráveis. Como os médicos de família não estão muito familiarizados com a doença e estes doentes não faziam parte da lista de pessoas a quem podiam dar baixa médica, em muitos casos fomos nós, os neurologistas, a fazê-lo. Principalmente a doentes cuja atividade profissional os obrigava a ter grande contacto com outras pessoas, como os trabalhadores de fábricas, de serviços públicos, supermercados, etc.

Devido a essa vulnerabilidade, os doentes já tinham experiência

PUB

A MERCK agradece a todos os profissionais de saúde

PT/NOVNI/0420/0031, aprovado em 04/2020

anterior na adoção de medidas de proteção, como o uso de máscaras?

O doente com esclerose múltipla, quando está a fazer esses fármacos mais potentes, é alertado para os problemas decorrentes da baixa imunidade. Por exemplo, nas primeiras semanas de administração do alemtuzumab, o doente fica praticamente sem defesas. Depois, o organismo começa a recuperar mas no início tem de adotar medidas de proteção mais fortes, sendo recomendado o uso de máscaras faciais para evitar infeções potenciais. Tem de ter também muita atenção com a alimentação, evitando os legumes crus ou comer fruta com casca. Mesmo com os outros imunossuppressores, os doentes são ensinados pelas equipas de Enfermagem a ter alguns cuidados de proteção.

Como tem evoluído o tratamento da EM ao longo dos anos? Considera que a evolução é significativa?

O tratamento da esclerose múltipla (EM) registou uma grande evolução nas últimas duas décadas, graças aos medicamentos denominados “modificadores de doença”, por diminuírem os surtos e/ou a incapacidade decorrente dos surtos e da evolução da doença. Como já referimos antes, existem dois grandes grupos: os imunomoduladores e os imunossuppressores.

Os imunomoduladores mais antigos, com mais de 20 anos no mercado, são os chamados injetáveis de primeira linha (por via subcutânea ou intra-muscular): interferões e o acetato de glatirâmero. Outras opções de imunomoduladores para uso por via oral disponíveis são o fumarato de dimetilo e a teriflunomida. De certa forma, também modificam o sistema imunológico mas não o deprimem consideravelmente, a não ser em casos excecionais.

Os imunomoduladores mais antigos, com mais de 20 anos no mercado, são os chamados injetáveis de primeira linha (por via subcutânea ou intra-muscular): interferões e o acetato de glatirâmero. Outras opções de imunomoduladores para uso por via oral disponíveis são o fumarato de dimetilo e a teriflunomida. De certa forma, também modificam o sistema imunológico mas não o deprimem consideravelmente, a não ser em casos excecionais.

A Esclerose Múltipla continua, no entanto, sem uma cura à vista. Quais são atualmente as principais linhas de investigação neste domínio?

Prevê-se para breve o lançamento no mercado de mais fármacos com uma ação preponderante nos linfócitos B e com alguma seletividade em termos da imunossupressão.

Entretanto, vão começar em Portugal vários ensaios de Fase III, de laboratórios diferentes, com a enzima Bruton Tyrosine Kinase (BTK), esperando-se que possa atuar também nas formas progressivas da doença. Nestes estádios, existe uma inflamação permanente ao nível do cérebro para a qual os medicamentos de que dispomos têm pouca eficácia. Até agora, o único fármaco aprovado para a esclerose múltipla primária progressiva foi o ocrelizumab. Os ensaios com os inibidores da enzima BTK poderão representar um passo em frente neste domínio.

DR. FILIPE PALAVRA

“A pandemia obrigou-nos a repensar a comunicação”

O confinamento pode contribuir para agravar alguns sintomas associados à Esclerose Múltipla, particularmente motores e cognitivos, diz o vice-presidente e secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Neurologia. Através da plataforma do Youtube “alÉM das Histórias”, o neuropediatra do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, criou um conjunto de conteúdos em vídeo para esclarecer as questões mais frequentes dos doentes.

Com a pandemia de Covid-19 até parece que as outras doenças deixaram de existir. Os doentes com esclerose múltipla (EM), por exemplo, não poderão sentir-se de certo modo “abandonados” pelo sistema de saúde?

É um facto que a pandemia provocada por este novo coronavírus, o SARS-CoV-2, introduziu uma mudança profunda no nosso dia-a-dia, com manifestas repercussões na atividade das instituições que definem o nosso sistema de saúde, públicas e privadas.

No entanto, os profissionais de saúde que nelas trabalham souberam, de forma expedita, organizar-se e definir uma estratégia de combate à infeção que, até ao momento, se revelou bastante positiva.

Criaram-se vias específicas dentro dos próprios hospitais, com vista à otimização da prestação de cuidados, precisamente para evitar a disseminação da infeção, numa altura em que o fluxo de indivíduos suspeitos de Covid-19 foi de grande expressão.

As equipas clínicas têm sabido fazer uma gestão adequada das necessidades dos doentes. A comunicação tem existido, os problemas têm sido geridos com a celeridade possível, mas, acima de tudo, não houve, não há e nunca poderá haver qualquer “abandono” a nenhuma pessoa que necessite de um dos mais importantes baluartes da nossa Democracia – o Serviço Nacional de Saúde.

As suas “dicas para a gestão da EM em contexto Covid-19”, uma série de vídeos lançados no Youtube, destinam-se justamente a ajudar e levar conforto aos doentes?

A comunicação com as pessoas com diagnóstico de EM continuou sempre a existir, ao longo dos últimos meses, mesmo por telefone ou por outro tipo de plataformas eletrónicas. Isto fez-nos chegar um conjunto de

perguntas e preocupações que verificámos serem de expressão mais ou menos generalizada, isto é, as pessoas manifestavam praticamente as mesmas dúvidas e tinham inquietações semelhantes.

Jogando um pouco em antecipação, elaborámos este conjunto de “dicas”, que visam precisamente responder às questões que mais frequentemente nos foram veiculadas.

Utilizando uma plataforma já existente (desde 2018), a “AlÉM das Histórias”, acessível no Youtube, foi possível criar um conjunto de conteúdos, em vídeo (onde estão implicados diferentes profissionais de saúde, com experiência na gestão da EM), que permitem, de uma forma rápida e acessível, adaptada à disponibilidade de qualquer pessoa, esclarecer essas mesmas questões.

Como surgiu a ideia dos vídeos “alÉM das histórias”? Contam com a participação de profissionais de que áreas?

A plataforma foi criada em 2018, precisamente com o intuito de poder disseminar conhecimento por um canal familiar para a maioria das pessoas – a internet. E, quando falo em conhecimento, não me restrinjo apenas ao conhecimento científico, pois há nesta iniciativa testemunhos pessoais, histórias de vida inspiradoras que, precisamente por isso, merecem ser divulgadas. Tendo esta ferramenta disponível, fez todo o sentido capitalizá-la e rentabilizá-la, para disseminação da informação que preparámos.

Neste momento, para além da minha participação, encontram-se já disponíveis conteúdos gravados por uma enfermeira, um farmacêutico hospitalar, uma nutricionista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta, sendo expectável que possam ainda vir a ser acrescentados mais vídeos.

Quais são essas dicas? Falar com o médico se surgirem novos sinais



afetados pela infeção ou os fatores de risco destes doentes são idênticos aos da população em geral?

À luz do conhecimento atual, não parece que o facto de existir um diagnóstico de esclerose múltipla condicione, por si só, um risco acrescido de infeção ou de maior número de complicações causadas pelo SARS-CoV-2. Numa série de doentes italianos, publicada muito recentemente, foi possível verificar que a taxa de pessoas com esclerose múltipla que desenvolveu uma doença grave ou crítica foi semelhante à da população em geral.

Naturalmente, tratando-se de uma doença infecciosa com importante atingimento respiratório, a Covid-19 causou maiores problemas em pessoas de mais idade, com elevado grau de dependência, com mobilidade reduzida e com maior fraqueza muscular cervical ou bulbar.

Na referida série de 233 doentes italianos com esclerose múltipla, foi possível contabilizar cinco óbitos, todos ocorrendo em pessoas com elevado grau de incapacidade (EDSS mediano de 6.5, com mínimo de 6 e máximo de 7.5) e muitos anos de doença, vertidos em formas progressivas de esclerose múltipla. Pela sua fragilidade, estas pessoas poderão inspirar alguma preocupação, devendo naturalmente proteger-se de possíveis fontes de contágio, na medida do possível.

Que reflexões gostaria de partilhar no âmbito do Dia Mundial da Esclerose Múltipla e num contexto tão incerto, determinado pela pandemia de Covid-19?

O facto de não ter a expressão epidemiológica do acidente vascular cerebral, da doença de Parkinson, da hipertensão arterial ou da diabetes mellitus, não significa que a esclerose múltipla não seja relativamente prevalente na nossa população (particularmente nos adultos jovens) e não seja uma importante fonte de incapacidade neurológica (nomeadamente numa fase precoce da vida).

Por isso mesmo, falar dela é também reavivar na memória dos médicos a importância de a considerar nos esquemas de diagnóstico diferencial que utilizem na sua prática e de estabelecerem as pontes necessárias com os Serviços de Neurologia e as Unidades diferenciadas que se dedicam fundamentalmente a este tipo de doenças.

A pandemia obrigou-nos a repensar todos os nossos esquemas de comunicação interpessoal e institucional. Saibamos aproveitar esta oportunidade para modernizar a nossa prática, para inovarmos e, acima de tudo, para incrementarmos a qualidade do serviço que prestamos às pessoas que dão sentido à nossa existência, enquanto clínicos – os doentes.

Leia o artigo completo em saudeonline.pt

e sintomas neurológicos? Manter a atividade física e de estimulação cognitiva? Ser resiliente?

Do ponto de vista clínico, assim é. Manter o contacto com a equipa de profissionais de saúde que habitualmente se encarrega de acompanhar a pessoa com diagnóstico de esclerose múltipla é fundamental, principalmente se surgirem novos sinais ou sintomas neurológicos que possam sugerir uma reativação da doença. E o mesmo se aplica a possíveis efeitos adversos que possam advir da administração da medicação habitual, que não deve naturalmente ser interrompida, apesar da pandemia. Este contacto (sabendo-se que ele é possível) é crucial para manter o vínculo da pessoa com a equipa de profissionais de saúde e para abolir a perniciosa sensação de “abandono” de que falávamos.

O confinamento pode contribuir para agravar

alguns sintomas associados à doença, particularmente os motores (porque, naturalmente, a pessoa mexe-se menos quando se encontra num espaço restrito) e os cognitivos (incluindo-se aqui também as manifestações de características mais psiquiátricas, como a ansiedade, o pânico e a depressão).

Por isso, nestas “dicas” estes temas tinham necessariamente que ser abordados, pois o impacto que poderão ter a curto, médio ou longo prazo não é desprezível.

Por fim – e utilizando necessariamente o conceito de resiliência como sinónimo de esperança –, tivemos que desconstruir algum catastrofismo que sabemos estar associado a períodos mais complexos da vida das pessoas, como é efetivamente o tempo que vivemos.

Os doentes com esclerose múltipla correm um risco acrescido se forem



ENG.º ALEXANDRE GUEDES DA SILVA

“Há doentes que andam décadas sem um diagnóstico”

São cerca de 8.000 os doentes com esclerose múltipla no nosso país. Nas zonas do Interior, “muitas vezes as pessoas andam décadas sem um diagnóstico da sua doença”.

Qual é a prevalência da esclerose múltipla no nosso país?

Estima-se que, em Portugal, existem 8.000 pessoas com Esclerose Múltipla (PcEM). Como não há um Registo Nacional de doentes com EM, infelizmente não é possível conhecer o número exato. Os diagnósticos são realizados pelos neurologistas e devidamente registados, mas como os hospitais “não falam” entre si, nem existe uma conciliação dos dados a nível nacional, ninguém conhece o número real.

Também não se conhece a distribuição dos doentes a nível nacional? Há especialistas que alertam para a existência de assimetrias no acesso às terapêuticas...

Temos a ideia de que existirão PcEM em todos os concelhos do país. Em muitos deles poderão existir somente um ou dois doentes. É nos concelhos com uma demografia mais intensa como, por exemplo, Lisboa e Porto, onde se concentra a maior parte dos casos.

O acesso ao diagnóstico é muito mais facilitado nas grandes cidades, junto aos grandes centros hospitalares, ao contrário do que acontece no Interior, onde muitas vezes as pessoas andam décadas sem um diagnóstico da sua doença.

A existência de centros de referência pode beneficiar o tratamento diferenciado dos doentes?

Se perguntar ao Ministério da Saúde ou à DGS, de certeza que lhe irão dizer que já existem. E, de facto, assim é. Só que nunca saíram do papel!

Esse é o grande drama. Deveria haver uma consulta de esclerose múltipla muito mais abrangente e estruturada do que aquilo que existe.

Em todo o país poderão existir quatro ou cinco consultas de EM estruturadas. As restantes são consultas desgarradas que não permitem criar equipas dedicadas e onde o acompanhamento depende muito da relação que se estabelece entre o doente e o médico.

A determinada altura, os especialistas quase passam a fazer parte da nossa família. A esclerose múltipla é uma doença de longo espectro. Quando se estabelece uma cumplicidade entre o médico e o doente, este é bem acompanhado; quando não existe, é só mais um...

O que dizem os estudos sobre o impacto da esclerose múltipla em termos profissionais e a nível pessoal?

De acordo com um estudo realizado em 2017 pela Dra. Gisela Kobelt sobre o peso da EM em

16 países, com a coordenação científica em Portugal da Prof.ª Doutora Maria José Sá, 77% dos 535 doentes portugueses que responderam, reportaram a esclerose múltipla como causa de desemprego e 72% referiram que a doença afeta a sua produtividade laboral. A fadiga foi considerado o sintoma mais incomodativo da EM por 71% dos doentes, seguida do compromisso cognitivo (31%), afetação do humor (23%), mobilidade (23%) e dor (20%).

Contudo, sobre este estudo - no qual a Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla esteve muito envolvida - há alguma ressalva a fazer. Muitos doentes com esclerose múltipla escondem a sua condição de PcEM. Portanto, não participam em estudos e as pessoas que aceitam responder são, ao fim e ao cabo, aquelas que já aceitaram a doença. Efetivamente, nessas, observa-se esse tipo de proporções.

Mas a proporção real não é essa. Há muita gente a trabalhar, que tem esclerose múltipla ainda nas fases iniciais da doença, e que pura e simplesmente prefere ficar no anonimato porque isso tem repercussões nas oportunidades de carreira e na continuação do trabalho.

Há um enorme estigma em torno da doença. As pessoas sentem na pele a diferença entre dizerem que têm esclerose múltipla ou não dizerem.

Portanto, tem que se olhar para esses números de uma forma crítica. Da percentagem de pessoas que responderam, e que são sobretudo aquelas que já aceitaram a doença, esse é o cenário. Mas há muitos que preferem esconder a doença e não tornam pública a sua opinião.

Como é que os doentes estão a viver estes momentos tão difíceis da pandemia provocada pelo SARS-CoV-2?

Temos que compreender que, na esclerose múltipla, cada caso é um caso. É impossível generalizar. Isso também significa que, em muitos

casos, o risco não é superior ao dos outros cidadãos. Noutras situações em que as medicações são bastante mais agressivas e imunossupressivas, os doentes estão muito mais expostos ao risco da Covid-19. Foi também por esse motivo que não se estabeleceu uma regra geral. Aconselhou-se cada doente a falar com o seu médico e discutir com ele o grau de risco a que estaria sujeito em caso de infeção pelo coronavírus.

Felizmente, em Portugal, há poucos casos de Covid-19 entre a população com EM. Em Itália faleceram várias PcEM mas, em Portugal, que se saiba, a situação não tem sido tão agressiva como naquele país.

Leia o artigo completo em saudeonline.pt

DR. JOSÉ VALE

Tratamento precoce reduz atividade da doença

“Há evidência robusta de que o tratamento precoce reduz a atividade da doença (frequência de surtos) e retarda o aparecimento de incapacidade a longo prazo”, diz o diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Beatriz Ângelo e presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos.

Existem dificuldades no diagnóstico atempado dos doentes, particularmente aqueles que residem fora dos grandes centros urbanos?

Apesar de não existir um marcador para a Esclerose Múltipla, a conjugação de critérios clínicos e de outros exames complementares, nomeadamente a ressonância magnética, tem permitido cada vez mais reduzir o intervalo entre os primeiros sintomas e o diagnóstico. De acordo com um estudo realizado recentemente no nosso país, o intervalo médio entre os primeiros sintomas e o diagnóstico da forma mais comum de Esclerose Múltipla (surto-remissão) foi em média de quatro meses, o que representa um ótimo indicador, mesmo a nível europeu. Contudo, a experiência mostra-nos que este período tende a ser mais longo em algumas regiões com menor nível de cuidados de saúde, particularmente no acesso ao neurologista. Para colmatar estas assimetrias,



importa desenvolver centros de referência que funcionem como tal e que trabalhem em rede com todos os hospitais da sua região de influência. Ainda que este já seja um modelo conhecido do Serviço Nacional de Saúde, a sua concretização tende a atrasar-se.

Qual o impacto desses atrasos na qualidade de vida futura dos doentes?

No caso particular da Esclerose Múltipla, há evidência robusta de que o tratamento precoce reduz a atividade da doença (frequência de surtos) e retarda o aparecimento de incapacidade a longo prazo. Assim, é muito importante que o diagnóstico seja estabelecido o mais cedo possível.

Considera que os doentes com EM têm facilidade de acesso a todos os fármacos? Mesmo aos mais caros?

A dificuldade de acesso a medicamentos de Esclerose Múltipla reside sobretudo no que respeita aos fármacos ditos de segunda linha, que apesar de mais efetivos do que os demais, são também mais caros. Embora exista uma evidência crescente de que a utilização deste tipo de terapêuticas numa fase precoce da doença pode minimizar a sua progressão, ainda não existe uma uniformização do seu uso, facto que ocorre algumas vezes por ‘inércia terapêutica’, ou na maioria dos casos pelas restrições impostas pelas entidades pagadoras (a saber, as administrações hospitalares), que têm como principal propósito a mitigação de custos do Serviço Nacional de Saúde.

Leia o artigo completo em saudeonline.pt

Esclerose Múltipla associada ao aumento do risco de AVC e Doença CV

Neste estudo, o Dr. Raffaele Palladino, professor assistente do departamento de Saúde Pública da Universidade Federico II em Nápoles, e a sua equipa, utilizaram dados de uma base de dados médica, e incluíram 12.251 pacientes adultos diagnosticados com esclerose múltipla entre os anos de 1987 e 2018. Os investigadores compararam estes pacientes com 72.575 pessoas saudáveis, sem esclerose

múltipla ou outras doenças desmielinizantes.

Os resultados observados:

- Um risco aumentado de 28% para a Síndrome Coronária Aguda (SCA) em pacientes com Esclerose Múltipla;
- Um risco aumentado de 59% para doença cerebrovascular;
- Um risco aumentado de 32% para qualquer doença macrovascular;
- Um risco de 1,5 vezes maior de mortalidade por doenças cardiovasculares.

No estudo observou-se que pacientes do sexo feminino, com Esclerose Múltipla, correm um risco maior em comparação com pacientes do sexo masculino.

Nas mulheres, observou-se um risco aumentado de 42% para a Síndrome Coronária Aguda (SCA), um risco aumentado de 78% para doença cerebrovascular e um risco aumentado de 49% para qualquer doença macrovascular em comparação com o grupo sem Esclerose Múltipla.

O risco de mortalidade foi também consideravelmente maior nas mulheres. Em comparação com mulheres do grupo de pacientes sem Esclerose Múltipla, o risco de mortalidade associado a todas as outras doenças foi três vezes maior.

Em comparação, os pacientes do sexo masculino com Esclerose Múltipla apresentaram um risco de mortalidade 2,7 vezes maior, em relação a todas as doenças cardiovasculares. “As razões para as diferenças entre os sexos são incertas, mas podem refletir diferenças nos fatores de risco não medidos, como o tipo de alimentação dos pacientes, outras comorbidades associadas ou a forma como os fatores de risco são geridos de forma diferente em relação ao sexo”, disseram os autores do estudo. Segundo o Dr. Palladino, as evidências de estudos populacionais são escassas e grande parte da pesquisa anterior foi conduzida em contextos específicos e, portanto, os resultados têm generalização limitada. **SO/Medscape**

Leia o artigo completo em saudeonline.pt

Covid-19: Uso de anticoagulantes melhora sobrevida dos pacientes internados

Num estudo americano de grandes proporções, os resultados foram particularmente impressionantes entre os casos mais graves.

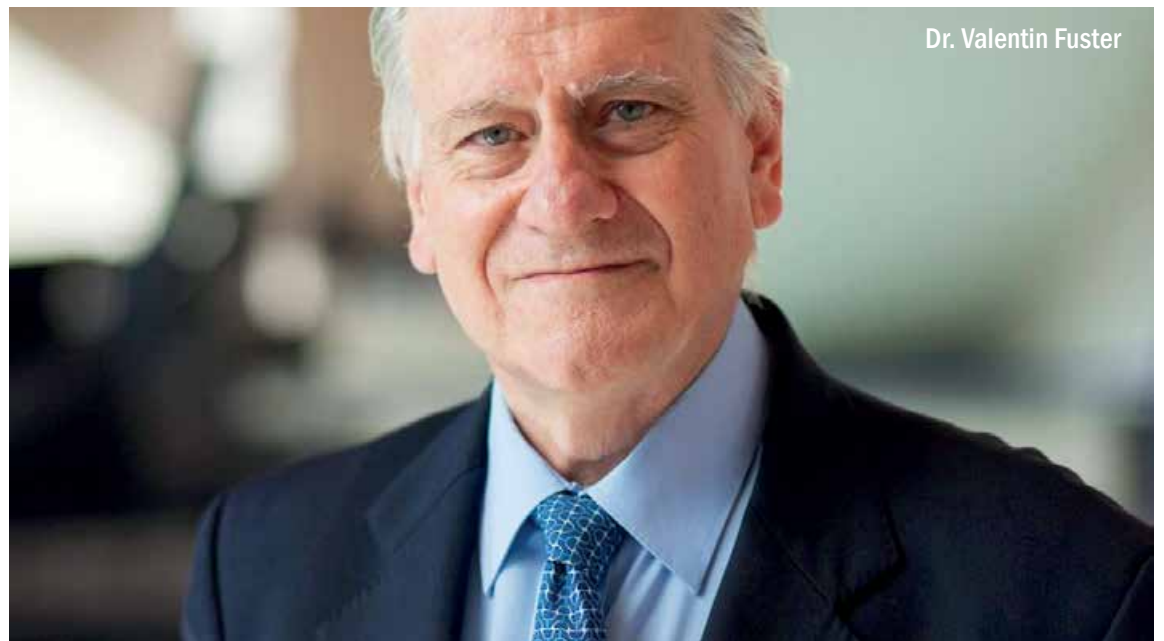
O estudo publicado no *Journal of American College of Cardiology* foi liderado pelo Dr. Valentin Fuster, cardiologista e diretor do Mount Sinai, e analisou a mortalidade e o sangramento entre 2.773 pacientes infectados com o vírus SARS-CoV-2, entre 14 de março e 11 de abril.

Dos 2.773 pacientes, 728 receberam anticoagulação sistêmica, incluindo heparina subcutânea e apixaban e dabigatran, novos anticoagulantes orais, durante 3 dias.

Os resultados observados:

- A mortalidade hospitalar foi de 22,5% com uso de anticoagulantes contra 22,8% sem uso de anticoagulantes;
- A média de sobrevida foi de 14 dias com uso de anticoagulantes contra 21 dias sem uso de anticoagulantes;
- Uma duração mais longa do uso de anticoagulantes foi associada a um menor risco ajustado de morte hospitalar em 14%;
- A mortalidade hospitalar entre os pacientes intubados diminuiu de 62,7% para 29,1% e a sobrevida aumentou de 9 para 21 dias.

O modelo foi ajustado consoante vários fatores, como idade, etnia, índice de massa corporal e uso pré-hospitalar de anticoagulantes. Para ajustar a diferença entre o tempo de permanência hospitalar e o início do uso de anticoagulantes, a duração da anticoagulação foi usada como covariável e a intubação foi tratada como uma



Dr. Valentin Fuster

variável dependente do tempo.

O Dr. Fuster revelou que ocorreram hemorragias de forma semelhante nos pacientes tratados com e sem anticoagulantes (3% contra 1.9%), tendo estas sido mais comuns entre os 375 pacientes intubados do que entre os não intubados. Contudo, o Dr. Fuster diz que o mais importante é que “de forma geral, não foi observado um aumento de hemorragias.”

Acredita-se que o vírus SARS-CoV-2 pode provocar trombose, contudo o papel exato da anticoagulação no tratamento da Covid-19 e qual o procedimento ideal a adotar eram desconhecidos.

No final de março, a Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia recomendou que todos os pacientes hospitalizados

com Covid-19, mesmo aqueles que não estivessem nos cuidados intensivos, recebessem heparina de baixo peso molecular (HBPM) em dose profilática, a menos que houvessem contraindicações.

Em abril foram publicadas recomendações baseadas num consenso internacional para o diagnóstico e tratamento da trombose em pacientes com Covid-19. Alguns especialistas destacaram a probabilidade de os eventos hemorrágicos serem também elevados nesses pacientes, uma preocupação que foi sustentada por alguns relatos de casos. No início de março, no entanto, os dados eram escassos e apenas um número mínimo de pacientes estava a receber anticoagulantes no Monte Sinai.

“Mas depois de algumas semanas,

chegamos à conclusão de que o uso de anticoagulantes era benéfico e, ao mesmo tempo, a literatura começava a dizer que os coágulos eram importantes nessa doença”, disse Fuster. “Portanto, adotamos uma abordagem muito direta e estabelecemos uma política na nossa instituição de que todos os pacientes infectados pelo vírus SARS-CoV-2 deveriam ser submetidos à terapia antitrombótica.”

Com base nos resultados obtidos, o cardiologista comentou ainda que “o uso de anticoagulantes no tratamento dos pacientes com Covid-19 está a abrir uma porta para uma nova realidade” e garante ainda que todos os pacientes do Mount Sinai, no futuro, infectados por Covid-19 irão ser tratados com anticoagulantes. **SO/Medscape**

Cinco hospitais associam-se à investigação que avalia relação entre microbiota e Covid-19

A investigadora Conceição Calhau coordena um estudo nacional sobre o papel da microbiota no desenvolvimento de quadros mais severos de Covid-19. Conclusões devem ser apresentadas em julho.

A equipa de Conceição Calhau, docente e investigadora da Faculdade de Ciências Médicas da NOVA Medical School da Universidade Nova de Lisboa, está a desenvolver um estudo com hospitais nacionais (Gut microbiota, Spark and Flame of COVID-19 Disease) sobre o papel da microbiota na resposta à Covid-19.

Será que a disbiose que afeta doentes crónicos como os indivíduos com diabetes, hipertensão ou obesidade está por trás da maior suscetibilidade destes doentes ao desenvolvimento dos quadros mais graves da Covid-19?

Esta é a premissa da investigação que recebeu o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia e da Biocodex e que pode vir a ajudar a encontrar respostas mais eficazes para a prevenção e tratamento da patologia causada pela infeção por coronavírus.

Como surgiu esta hipótese de investigação sobre a relação entre a microbiota e o desenvolvimento dos quadros mais severos de Covid-19 em pessoas infetadas com coronavírus?

Foi o reunir de duas condições: o olhar do observador e o observado. Primeiro, o olhar do observador deste grupo de investigação que, nos últimos seis anos, se tem dedicado à investigação da microbiota intestinal.

Por outro lado, o observado é que nos últimos 50 anos temos percebido que a sociedade, sobretudo a sociedade moderna, tem como principal problema de saúde pública as chamadas doenças crónicas não comunicáveis. Estamos a falar do excesso de peso e obesidade, da diabetes e da hipertensão. Este é o grande peso em termos de saúde pública, sobretudo nos países mediterrânicos – Portugal Espanha, Itália e Grécia – que são países com uma prevalência de excesso de peso e obesidade superior aos outros países da Europa.

Ao olhar para a situação em 2020, o que acontece nesta pandemia da Covid-19 é que estes indivíduos, que já eram um problema, são os mais vulneráveis à severidade [da doença]



Prof.ª. Conceição Calhau

mediante uma infeção com o novo coronavírus. Isso ficou muito claro, principalmente quando [a pandemia] chegou à Europa, no início de março, e assistimos ao que se estava a passar em Itália e em Espanha. As notícias que passavam na comunicação social eram sobretudo sobre estes países e sobre os indivíduos de risco: os hipertensos, os obesos e os diabéticos.

O nosso olhar foi colocar a hipótese de – sabendo como estas patologias de que a sociedade padece são consequência do estilo de vida e sabendo que as bactérias que vivem no intestino têm sofrido modificações e estão na base comum destas patologias – saber se esta vulnerabilidade que é o cursar da infeção se relaciona com uma alteração na microbiota intestinal.

Mais, sabemos também há muito tempo que a microbiota intestinal tem uma importância imensa para o sistema imunológico.

O objetivo é, então, perceber se estes indivíduos por já terem uma doença de base, ou várias, estão mais suscetíveis desenvolver um quadro severo de Covid-19 depois de contraírem o vírus e perceber se o sistema imunitário já está diminuído por terem a microbiota com alterações?

Que há um comprometimento do sistema imunológico é o que se sabe relativamente à Covid-19. Efetivamente os indivíduos estão debilitados nesse sentido. Aquilo que temos como hipótese é que, de facto, conforme os graus de severidade nos grupos de

indivíduos, existem diferenças na microbiota intestinal, o que quer dizer que, eventualmente, seja a microbiota saudável que nos dará uma imunidade, ou pelo menos uma não-resposta com severidade, relativamente à infecção pelo vírus.

E relativamente às pessoas que não tendo nenhuma doença de base que as coloque num grupo de risco também vão avaliar se poderão ter uma microbiota que as torne mais suscetíveis e assim explicar os casos de pessoas saudáveis e sem fatores de risco conhecidos que desenvolvem um quadro severo de Covid-19?

Nós não temos como critério de inclusão neste estudo apenas os indivíduos diabéticos, obesos e hipertensos. O nosso critério de inclusão é ser adulto e estar infetado, esteja em isolamento em casa, em isolamento em enfermaria ou em quarto ou em cuidados intensivos. O que quer dizer que mesmo os indivíduos não identificados como diabéticos ou hipertensos ou que tenham uma comorbidade, até nesses podemos encontrar uma microbiota que esteja desregulada e explique aquilo que foi a severidade da patologia. Ou seja, um indivíduo que está nos cuidados intensivos, não é obeso, não é hipertenso, não é diabético e não se contava que tivesse um quadro complicado até tem uma microbiota semelhante aos outros por razões várias. Até podemos apanhar indivíduos que ainda não são diabéticos, mas, se calhar, daqui a um tempo, passariam a ser.

É perfeitamente consensual na comunidade científica e na comunidade médica que a microbiota intestinal, estando alterada como consequência dos nossos estilos de vida, vai desencadear todas as patologias de que estamos a falar e que têm em comum um processo inflamatório crónico de baixo grau e uma incapacidade de resposta do organismo relativamente a infeções. É um padrão comum em todos eles e, assim, faz sentido ver se tem também um papel importante na resposta à Covid-19.

O novo coronavírus, eventualmente, pode sofrer alterações, podemos ter uma intervenção com uma vacina, mas a vacina será específica para aquilo que conhecemos do vírus hoje.

Isto pode ser uma oportunidade para uma lição: é que estes indivíduos que já andavam doentes, têm uma disbiose intestinal e têm muitas doenças associadas e depois quando surge o novo agente infeccioso efetivamente é uma razia para eles.

Faz todo o sentido investir cada vez mais naquilo que possa ser a prevenção de um novo agente infeccioso.

E que ligação tem a microbiota com a

enzima conversora da angiotensina 2 que tem sido descrita como uma porta de entrada para o coronavírus nas células humanas?

Relativamente à microbiota na Covid-19 estamos a falar num conjunto de pontas soltas que estamos a tentar ligar. O que já se sabia é que a microbiota intestinal, fora do contexto Covid-19, é importante para modular a expressão da enzima de conversão da angiotensina tipo 2, que modula a sua expressão quer a nível intestinal, quer a nível pulmonar. A própria microbiota intestinal tem mecanismos para regular esta informação a nível intestinal e pulmonar.

Entretanto, no mês de abril, um trabalho internacional mostrou que há fragmentos de bactérias intestinais no pulmão e que podem estar relacionadas com esta comunicação.

Obviamente, há aqui um conjunto de informação que já se sabe e que faz sentido levantar a hipótese: o que é que o coronavírus tem de relação com esta proteína?

O que tem sido descrito é que ele aproveita esta enzima de conversão da angiotensina tipo 2 como porta de entrada para o órgão alvo. Do ponto de vista respiratório para entrar no pulmão, mas agora também já se sabe que há presença do vírus nas fezes – e a comunidade científica começa a alertar para a importância de fazer o despiste da presença do vírus nas fezes – e estando ele no intestino vai facilitar a expressão desta enzima de conversão da angiotensina tipo 2 no intestino e isso vai permitir mais uma porta de entrada do vírus para o organismo.

Isto ainda é um conjunto de hipóteses das quais ainda estou a aguardar os resultados.

Em que ponto da investigação é que o grupo se encontra?

Construímos o projeto no fim de março, princípio de abril, depois fizemos tudo o que era necessário em termos de comissões de ética, envolvendo os hospitais e os médicos de cada hospital. A partir de 21 de abril começamos nos hospitais a fazer a recolha de fezes, neste momento já recebemos dos hospitais as amostras e a partir dessas fezes temos de preparar o DNA.

Daqui a duas semanas conto ter já um conjunto de resultados preliminares importantes para termos alguma leitura.

Quantos doentes e hospitais gostaria de ver envolvidos no estudo?

Nós desenhamos o projeto com três hospitais e neste momento já são cinco. Neste momento temos o Hospital S. Francisco Xavier, o Hospital Curry Cabral, a CUF Infante Santo e a Norte temos o Hospital de S. João e o Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Faria. Em termos

de hospitais já temos uma cobertura bastante interessante do país e das realidades das diferentes zonas.

Neste momento não tenho ambição de ir buscar mais hospitais.

O perfil amostral que inicialmente previmos foram 60 amostras, mas agora temos ambição de ter mais amostras pois quanto maior for o tamanho amostral provavelmente maior será a robustez da evidência e até podemos encontrar outras realidades que não tínhamos previsto.

De que forma esta investigação poderá refletir-se na prática clínica? O vírus veio para ficar como frisou a Organização Mundial da Saúde, como é que as conclusões desta investigação poderão ser aplicadas quer na prevenção, quer tratamento da Covid-19?

O impacto dos resultados deste estudo clínico que é observacional é identificarmos fragilidades da microbiota em determinados grupos. Vamos pôr a hipótese de, em cuidados intensivos, encontrarmos nos doentes com maior severidade a falta de um grupo de bactérias, e realmente isso justificar aquilo que pode ser o quadro da severidade. Coloca-se então a hipótese de se fazer a administração de um probiótico para tornar os indivíduos menos vulneráveis, prevenindo aquilo que pode ser o curso de maior severidade da doença.

Por outro lado, num ensaio clínico de intervenção, num segundo momento de Covid-19, eventualmente, ter um consórcio de bactérias, um probiótico ou até um transplante fecal para podermos remover a microbiota que deixa o indivíduo vulnerável e dar uma microbiota com uma probabilidade maior de resistir à patologia. Mas isso será um estudo seguinte. Uma coisa é [demonstrar] a associação e outra será fazermos estudos de intervenção.

Qual é a expectativa para a apresentação das conclusões deste estudo?

Tenho uma expectativa muito grande pelo impacto que a investigação possa ter. O nosso grupo tem feito investigação nesta área, mas ainda é uma área muito incipiente na comunidade médica.

O financiamento é para apresentar relatório até 21 de julho, tenho uma agenda muito própria e tenho a expectativa de apresentar resultados muito antes e fazer publicações em revistas internacionais.

Não posso deixar passar que, para além dos doentes, as estrelas deste estudo são os médicos e os hospitais que estão muitíssimo empenhados. Apesar de estarem na primeira linha do tratamento da Covid-19 e mostram uma disponibilidade para o esforço nacional na área da investigação. **RV/SO**



Advancing Therapeutics, Improving Lives.



Há 30 anos que a Gilead investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infeções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e na área da Hemato-Oncologia.

Trabalhamos diariamente para melhorar a esperança e a qualidade de vida dos doentes afetados por estas patologias.

Em todas as nossas atividades, privilegiamos a responsabilidade social, desenvolvemos e apoiamos projetos de investigação, programas educativos e fóruns de discussão centrados na prevenção, na educação para a saúde, no diagnóstico, no tratamento e nas políticas de saúde.

Na Gilead, acreditamos que os medicamentos que desenvolvemos devem estar ao alcance de todas as pessoas que deles necessitam.

Hipoxemia silenciosa. Há doentes com baixos níveis de oxigénio mas sem sintomas

É mais um efeito da Covid-19 que a comunidade médica está a tentar perceber. Casos começaram por ser descritos nos EUA mas já surgiram em Portugal, diz, ao SaúdeOnline, a pneumologista Marta Drummond.

É mais um efeito da Covid-19 que a comunidade médica está a tentar perceber em toda a sua dimensão. Há doentes com um quadro de baixa oxigenação sanguínea, mas que não apresentam sintomas de insuficiência respiratória. O fenómeno começou por ser descrito nos Estados Unidos mas já surgiram casos em Portugal.

“O que está a acontecer com alguns doentes com Covid-19 é que já estão em insuficiência respiratória e têm poucos sintomas. Não têm frequência respiratória aumentada, não fazem grande uso dos músculos acessórios da respiração, não têm falta de ar. Muitos não procuram os médicos”, explica a pneumologista Marta Drummond, do Hospital de São João, onde já foram tratados doentes com este quadro.

Apesar de os médicos ainda não saberem o que está na origem deste fenómeno, alguns especialistas sugerem que a Covid-19 poderá provocar algum dano neurológico que dificulte a perceção da dispneia. Isto, porque, explica Marta Drummond, “estes doentes não ‘chamam ao trabalho’ os mecanismos de defesa, como o uso da musculatura acessória da respiração, como o aumento da frequência respiratória, que são gerados pelo organismo para recuperar oxigénio”.

A hipoxemia é uma baixa do valor da pressão parcial de oxigénio no sangue. “Considera-se que há hipoxemia abaixo dos 60 milímetros de mercúrio (mmHg). O valor ótimo situa-se acima dos 85 mmHg e entre 65 e 85, embora esteja abaixo do ideal, é compatível com o normal funcionamento de todos os órgãos”, refere a especialista.

Nos casos descritos, os doentes tinham valores muito abaixo de 60 mmHg, nalguns casos impossíveis de medir. Tal quadro pode levar à perda de consciência ou mesmo à morte. Abaixo dos 60mmHg podem ser necessários suplementos de oxigénio e/ou ventilação mecânica invasiva ou não invasiva. Como explica Marta Drummond, “este fenómeno pode



Dr.^a Marta Drummond

ter implicações graves, sobretudo nos órgãos que utilizam muito oxigénio no seu trabalho, como no miocárdio, no cérebro (verifica-se uma diminuição do grau de alerta, da capacidade de concentração, da memória), nos rins, que não conseguem ter uma diurese adequada. Sem os normais níveis de oxigenação, todos esses órgãos acabam por funcionar pior ou mais lentamente”.

“É intrigante”, diz Jonathan Bannard-Smith, do serviço de cuidados intensivos da Manchester Royal Infirmary. “Normalmente, este fenómeno não acontece nos casos de gripe ou de pneumonia comunitárias”, referiu ao *“The Guardian”*. “Não percebemos

se o organismo desenvolve algum tipo de compensação”, afirmou Mike Charlesworth, anestesista do hospital Wythenshawe, em Manchester.

A própria pneumonia causada pela Covid-19 é diferente. “Normalmente, a pneumonia afeta apenas um pulmão mas a Covid-19 afeta, regra geral, os dois pulmões. E é habitual ser multifocal, ou seja, existem vários focos pneumónicos nos dois pulmões, que vão confluindo”, explica a pneumologista do São João. No Hospital de São João, os médicos estão atentos a estes casos desde que começaram a chegar doentes infetados com o SARS-CoV-2. **TC/SO**

Miguel Prudêncio



Equipa liderada por portugueses testa nova vacina contra a malária com bons resultados

Equipa internacional liderada por Miguel Prudêncio, do IMM, testou o potencial de uma nova vacina em 24 voluntários, com resultados que “abrem caminho a uma estratégia de vacinação eficaz”.

A equipa, que integra ainda Robert Sauerwein do Radboud University Medical Center e Perry van Genderen do Erasmus MC (UMC Rotterdam) da Holanda, publicou, na revista científica *Science Translational Medicine*, os resultados do ensaio clínico de Fase 1/2a da potencial nova vacina contra a malária, denominada PbVac, que envolveu um total de 24 voluntários saudáveis.

“Embora nenhum dos indivíduos vacinados ficasse totalmente protegido contra a doença, os resultados mostraram uma redução muito significativa de 95% na infeção hepática dos voluntários imunizados em relação aos indivíduos controlo, não imunizados. Este estudo abre caminho para desenvolvimentos adicionais da vacina PbVac e similares, no sentido do desenvolvimento de uma estratégia de vacinação eficaz contra a malária humana”, indica um comunicado do IMM.

O estudo “fornece a validação clínica de uma nova abordagem de vacinação contra a malária, e abre possibilidades para a sua otimização no sentido da criação de uma vacina eficaz contra a malária”, salienta Miguel Prudêncio no mesmo comunicado.

A malária é uma doença causada por parasitas *Plasmodium* que causou mais de 400.000 mortes só em 2018.

O desenvolvimento clínico de uma vacina contra a malária tem sido um desafio crítico para inúmeros grupos de investigação internacionais, ao longo dos anos, devido à complexa biologia dos parasitas da malária, cujo ciclo de vida inclui várias etapas que ocorrem quer no mosquito, vetor da doença, quer no hospedeiro mamífero, incluindo um estágio obrigatório e assintomático de desenvolvimento no fígado humano.

O PbVac é o primeiro membro de uma nova classe de agentes do tipo “organismo completo” desenhados para a vacinação contra a malária, consistindo num parasita da malária de roedores, chamado *Plasmodium berghei*, que foi geneticamente alterado para

ficar “mascarado” com uma proteína do seu homólogo que infeta humanos, o *P. falciparum*.

Miguel Prudêncio, líder do grupo no IMM (Portugal) e responsável pelo estudo, adianta que a ideia inovadora de usar parasitas de roedores, que não são patogénicos para os seres humanos, como base para uma nova vacina contra a malária teve início há dez anos.

Após a validação pré-clínica da imunogenicidade e segurança do PbVac para uso humano, os investigadores avançaram para um ensaio clínico que envolveu 24 voluntários saudáveis, para verificar a segurança e a eficácia protetora do PbVac na clínica.

Os resultados mostraram que o PbVac é seguro e bem tolerado, com uma diminuição muito significativa de 95% na infeção hepática por *P. falciparum* – o primeiro estágio da infeção por malária em humanos – em voluntários imunizados. **SO/LUSA**

“Embora nenhum dos indivíduos vacinados ficasse totalmente protegido contra a doença, os resultados mostraram uma redução muito significativa de 95% na infeção hepática dos voluntários imunizados”

EHD1, a proteína que pode comprometer a função cardíaca

Investigadores da Universidade de Coimbra descobriram uma proteína que pode comprometer a comunicação entre as células responsáveis pela propagação do sinal de contração do coração.



Uma equipa multidisciplinar de investigadores, liderada por Henrique Girão, da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), identificou “uma proteína que pode comprometer a comunicação entre as células responsáveis pela propagação do sinal de contração do coração, contribuindo para o surgimento de doenças cardíacas”, afirma a UC. O estudo, cujos resultados já estão publicados na reputada revista científica *Circulation Research*, contou com a participação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Em concreto, foi descoberto que “a proteína EHD1 é determinante para regular a distribuição e localização de um canal – designado

‘gap junction’ – que é essencial para a propagação rápida do sinal elétrico (“sinal de contração”) através do músculo cardíaco e que está na base do batimento sincronizado do coração”, salienta, citado pela UC, Henrique Girão.

Para se compreender melhor a relevância da investigação, o especialista da FMUC explica que “num coração saudável, para assegurar uma condução competente do “sinal de contração”, estes canais [‘gap junctions’] localizam-se em determinadas zonas da superfície das células do músculo cardíaco, denominados discos intercalares”.

Por essa razão, acrescenta Henrique Girão, “muitas doenças do coração estão associadas a uma distribuição anómala das ‘gap junctions’ nas células

do coração, com a sua saída dos discos intercalares, o que acarreta um impacto negativo na eficiência de propagação da onda elétrica e, conseqüentemente, na força de contração”.

Nestes casos, esclarece, “o batimento do coração é menos vigoroso, fazendo com que em cada contração haja menos sangue a ser ejetado (bombeado)”.

No estudo, os investigadores perceberam de que forma, “nos corações doentes, ocorre a redistribuição das ‘gap junctions’ nas células cardíacas”, sublinha Henrique Girão.

“Os nossos resultados evidenciam que a EHD1 participa no processo de remoção das ‘gap junctions’ dos discos intercalares, conduzindo, em seguida, à sua acumulação em outras zonas da célula, onde o papel destes

canais na propagação rápida do sinal elétrico fica comprometido”, adianta.

Os resultados da investigação esclarecem os mecanismos através dos quais esta redistribuição das ‘gap junctions’ ocorre no coração doente, possibilitando “a identificação de novos alvos terapêuticos que permitam, no futuro, o desenvolvimento de abordagens mais eficazes no combate às doenças cardiovasculares, particularmente estratégias inovadoras que evitem que a proteína EHD1 participe na remoção das ‘gap junctions’ dos discos intercalares, garantindo assim um batimento eficiente do coração”, conclui Henrique Girão.

O estudo, que teve a duração de quatro anos, foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. **SO/LUSA**



Mortalidade por insuficiência cardíaca diminui com nova terapia de inibidores SGLT2

Os inibidores SGLT2, inicialmente usados no tratamento da diabetes tipo 2, são agora usados nesta nova terapia para reduzir eventos de insuficiência cardíaca.

O Dr. Gregg C. Fonarow do Ahmanson UCLA Cardiomyopathy Center, EUA e colegas conduziram um estudo, que observou 4.744 pacientes durante um período de 18 meses.

Os investigadores estimam que, dos 3.1 milhões de pacientes com

insuficiência cardíaca nos EUA, mais de 2 milhões (69%) possam ser candidatos à terapia. O estudo DAPA-FH observou os 4.744 pacientes. Contudo houve vários pacientes com insuficiência cardíaca que foram excluídos.

Como tal, os investigadores conduziram uma análise secundária,

onde excluíram pacientes com base nos níveis de peptídeo natriurético cerebral e outros critérios de entrada do estudo. Isto reduziu o número de pacientes elegíveis à terapia em 25%, mas mostrou ainda uma redução considerável de 25.000 mortes anuais.

Os resultados obtidos demonstram que, de facto, a adição da terapia inibidora de SGLT-2 ao tratamento padrão dos pacientes com insuficiência cardíaca pode vir a salvar cerca de 34.125 vidas por ano, nos Estados Unidos.

Os inibidores SGLT-2 foram originalmente usados no tratamento da diabetes tipo 2, observam ainda o Dr. Fonarow e a sua equipa no *JAMA Cardiology*. Desde então, foi demonstrado no estudo DAPA-HF que a dapagliflozina pode reduzir eventos de insuficiência cardíaca (IC), morte cardiovascular e mortalidade por todas as outras causas, entre pacientes com insuficiência cardíaca, com fração de ejeção reduzida, independentemente do seu *status* diabético.

O Dr. Fonarow disse ainda que “para além da redução da mortalidade, esta terapia pode melhorar significativamente o estado de saúde do paciente, a sua qualidade de vida, e o reinternamento de pacientes com insuficiência cardíaca.”

O médico concluiu dizendo que existe uma “grande necessidade” de implementar estes resultados na rotina da prática clínica da doença.

Nos últimos anos, foram realizados alguns ensaios clínicos importantes sobre a insuficiência cardíaca e os benefícios dos inibidores SGLT-2, como o estudo EMPA-REG OUTCOME, o Programa CANVAS, e DECLARE-TIMI 58, todos realizados em pacientes com diabetes tipo 2. Embora esses estudos tenham-se focado em diferentes populações, os dados combinados sugerem que os inibidores SGLT-2 reduzem o risco de grandes eventos cardiovasculares adversos.

A relação entre a diabetes tipo 2 e a insuficiência cardíaca tem vindo a ser bastante estudada ao longo dos anos, e o presente estudo vem agora apresentar resultados que demonstram, de forma significativa, os efeitos positivos dos inibidores SGLT-2 no tratamento de doentes com insuficiência cardíaca. **SO**

Covid-19 – Lições da Hepatite Vírica



José Velosa

Médico Gastroenterologista e Hepatologista Professor jubilado da Faculdade de Medicina de Lisboa Ex-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

O SARS-Cov-2, agente da Covid-19, surpreendeu o mundo pela sua contagiosidade e virulência. Ciclicamente, pragas devastadoras assolam a humanidade. A “gripe espanhola”, em 2018, foi um flagelo que deixou uma marca indelével no imaginário popular; mas outras epidemias, como a cólera, febre-amarela, hepatite A, hepatite E, etc., devastaram diversas regiões do globo nos últimos 50 anos.

Apesar de convivermos com os vírus desde tempos imemoriais, uma pandemia não deixa de ser um drama social que, segundo Rosenberg (1989), se desenrola em três actos: denegação; exprobração; medidas sanitárias. A sociedade moderna entrega, confiadamente, a solução à ciência e à tecnologia, contrariamente ao homem medieval que, assumindo-se culpado, apelava à intervenção divina.

Os vírus são constituídos quase só por material genético e um revestimento proteico, contudo revelam uma capacidade de sobrevivência e de adaptação extraordinárias: utilizam a

maquinaria da célula infectada para uso próprio; alteram a sua estrutura genómica (mutação) em condições inóspitas; avaliam as condições de eclosão; e criam estratégias (transmissão) de persistência. De onde provém tamanha plasticidade? Existe um comando? Onde se encontra?

Os testes serológicos concederam o impulso decisivo para o diagnóstico e para a prevenção das hepatites víricas; e foram, também, a condição sine qua non para o desenvolvimento das vacinas contra as hepatites A e B. A primeira de transmissão fecal-oral, a segunda parentérica (blood-borne), eram justamente conhecidas por hepatite epidémica e hepatite sérica, antes da descoberta dos respectivos genomas. A ausência de um anticorpo protector na hepatite C prejudicou a viabilização de uma vacina, o que suscita o receio que o mesmo desconhecimento ponha em risco o desenvolvimento da vacina contra a Covid-19.

A imunidade da população condiciona a história natural de uma epidemia; mas o seu controlo imediato, na ausência de uma vacina e de um medicamento específico, depende de medidas de contenção, de acordo com o modo de transmissão: higiene e saneamento básico nas hepatites A e E; normas comportamentais e rastreio do sangue nas hepatites B e C. Para a Covid-19, uma doença de contacto, o isolamento (confinamento) e o distanciamento social são as medidas indicadas. Da mesma maneira que o rastreio do sangue com um marcador serológico foi decisivo para a eliminação da hepatite pós-transfusional, também o marcador serológico será crucial para a separação da população

vulnerável ao SARS-Cov-2.

O desenvolvimento de testes serológicos foi um processo expedito nas hepatites víricas. No caso da hepatite C foi comercializado quase em simultâneo com o anúncio da descoberta do vírus. Inexplicavelmente, o mesmo não aconteceu com a Covid-19, donde resulta o recurso excessivo e inadequado ao teste genético, que deveria servir apenas para o diagnóstico de infecção activa. Na hepatite vírica, a pesquisa do vírus destina-se, invariavelmente, à terapêutica. Por outro lado, o teste genético, além de sujeito a falsos positivos, ser oneroso e demorado, na fase sintomática da hepatite pode ser negativo. Relativamente à hepatite B, a produção da vacina (recombinação genética) só foi possível porque era conhecido o anticorpo neutralizante (anti-HBs) do vírus e tinha sido identificado o gene que codifica a respectiva proteína.

Como na Covid-19, também na hepatite vírica a idade mais avançada condiciona o prognóstico. Haverá alguma explicação para este fenómeno? Foi observado recentemente que os idosos desencadeiam uma reacção imune mais vigorosa a um vírus porque possuem mais células T CD8+ com memória, capazes de produzir citocinas, especialmente IL-15. Este efeito, conhecido como bystander, foi elegantemente demonstrado em doentes com hepatite A aguda por Kim, em 2018. A compreensão dos mecanismos envolvidos nesta resposta inflamatória vigorosa pode abrir pistas para o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes nos doentes Covid-19.

Os vírus são selectivos na célula que escolhem para replicar. As hepatites víricas são

hepatotrópicas, isto é, replicam exclusiva ou predominantemente no hepatócito. O vírus SARS-Cov-2 infecta as células do tracto respiratório, sobretudo das vias aéreas superiores, onde encontra com abundância os receptores ACE2 (angiotensin converting enzyme), que as espículas que revestem a superfície do vírus usam para penetrar na célula alvo. Tanto quanto se sabe, o SARS-Cov-2 não infecta as células hepáticas, a despeito de haver a sugestão de que os receptores ACE2 possam estar presentes nos colangiócitos. As alterações hepáticas, que ocorrem em cerca de 2% a 11% dos casos, resumem-se a discretas alterações das transaminases, aparentemente uma consequência da esteatose hepática. A disfunção hepática grave pode ocorrer em 29% dos doentes que morrem por falência multiorgânica. O que ainda não está claro é a repercussão da Covid-19 na evolução das patologias crónicas do fígado e nos doentes a receberem terapêuticas imunossupressoras.

A terapêutica antivírica das hepatites B e C culminou um longo processo de aturada investigação, pautada por muitos desaires e desânimo. Até 2011, o tratamento empírico com interferão era a única alternativa; como também é empírico o uso da ribavirina na hepatite E, genótipo 3. Na hepatite C, a cura da infecção é hoje conseguida em 97% dos doentes, acalentando a esperança de que seja possível eliminar a doença apenas com a terapêutica antivírica. Vários fármacos e vacinas estão presentemente em experimentação. O remdesivir mostrou eficácia em doentes com Covid-19 hospitalizados e com envolvimento pulmonar. Aguarda-se confirmação dos resultados.

EBYMECT

DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA

EDISTRIDE

DAPAGLIFLOZINA



DMT2: diabetes mellitus tipo 2
ISGLT2: Inibidor do co-transportador de sódio-glicose 2

REFERÊNCIAS:

1. RCM de Edistride consultado em <http://app7.infarmed.pt/informad/infad.php> a 2020.02.17
2. RCM de Ebymect consultado em <http://app7.infarmed.pt/informad/infad.php> a 2020.02.17
3. Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, et al. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018; A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2020;43(2):487-495

Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características dos Medicamentos

EBYMECT 5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 850 mg de cloridrato de metformina; **EBYMECT** 5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 1.000 mg de cloridrato de metformina. Excipiente com efeito conhecido: Ebymect contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose ou seja, é praticamente "isento de sódio". **Indicações terapêuticas:** Ebymect é indicado em adultos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 como adjuvante da dieta e do exercício; - em doentes inadequadamente controlados, com a dose máxima tolerada de metformina em monoterapia; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes, em doentes inadequadamente controlados com metformina e estes medicamentos; - em doentes a receber tratamento com a associação de dapagliflozina e metformina em comprimidos separados. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares, e populações estudadas, ver o respetivo RCM. **Posologia:** *Adultos com função renal normal (TFG > 30 ml/min):* A dose recomendada é um comprimido duas vezes por dia. Cada comprimido contém uma dose fixa de dapagliflozina e metformina. Doentes inadequadamente controlados com metformina em monoterapia ou em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes, devem receber uma dose diária total de Ebymect equivalente a 10 mg de dapagliflozina, mais a dose diária total de metformina, ou a dose terapêutica adequada mais próxima, já em utilização. Quando Ebymect é utilizado em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina como a sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou da sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemia. Doentes que mudam de dapagliflozina (dose diária total 10 mg) e metformina em comprimidos separados para Ebymect, devem receber as mesmas doses diárias de dapagliflozina e metformina já utilizadas ou a dose terapêutica mais próxima e adequada de metformina. **Populações especiais:** A TFG deve ser avaliada antes do início do tratamento com medicamentos contendo metformina e, posteriormente, pelo menos anualmente. Em doentes com risco aumentado de progressão adicional do compromisso renal e nos idosos, a função renal deve ser avaliada com maior frequência, p.ex., a cada 3-6 meses. A dose máxima diária de metformina deve ser preferencialmente dividida em 2-3 doses diárias. Os fatores que podem aumentar o risco de acidose láctica, devem ser revistos antes de se considerar iniciar a metformina em doentes com TFG < 60 ml/min. Se não estiver disponível a dose adequada de Ebymect, devem ser utilizados os componentes individuais em vez da combinação de dose fixa. *TFG 60-89 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 3.000 mg. A redução da dose pode ser considerada em relação ao declínio da função renal. Dose máxima diária total de dapagliflozina é de 10 mg. *TFG 45-59 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 2.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. A dapagliflozina não deve ser iniciada e a dose máxima diária total é de 10 mg. *TFG 30-44 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 1.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. Não se recomenda dapagliflozina. *TFG < 30:* Metformina é contraindicada e não se recomenda dapagliflozina. Uma vez que a metformina é eliminada em parte pelos rins, e porque os doentes idosos são mais suscetíveis a ter a função renal diminuída, este medicamento deve ser usado com precaução à medida que a idade aumenta. É necessário monitorizar a função renal para prevenir a ocorrência de acidose láctica associada à metformina, em particular nos doentes idosos. Deverá ser considerado o risco de depleção de volume com a dapagliflozina. **Modo de administração:** Via oral. Ebymect deve ser administrado duas vezes por dia, com as refeições, para reduzir as reações adversas gastrointestinais associadas com metformina. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; Qualquer tipo de acidose metabólica aguda (tal como acidose láctica ou cetoacidose diabética); Pré-coma diabético; Insuficiência renal grave (TFG < 30 ml/min); Situações agudas com potencial para afetar a função renal, tais como: desidratação, infeção grave, choque; Doença aguda ou crónica passível de causar hipoxia tecidual, tais como: insuficiência cardíaca ou respiratória, enfarte do miocárdio recente, choque; Compromisso hepático; Intoxicação alcoólica aguda; alcoolismo. **Advertências:** **Acidose láctica:** Se ocorrerem sintomas suspeitos de acidose láctica, o doente deve parar de tomar Ebymect e procurar assistência médica imediata. **Depleção de volume e/ou hipotensão:** Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar um risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com uma história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de situações intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com este medicamento para doentes que desenvolvam depleção de volume até a depleção estar corrigida. **Cetoacidose diabética:** Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da célula beta, doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades de insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Deverá ser considerado risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntárias. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoacidose, independentemente do nível de glicemia. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetoacidose. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para intervenções cirúrgicas major ou devido a doenças agudas graves. Recomenda-se monitorização dos níveis de cetona nesses doentes. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado quando os valores de cetona forem normais e o estado do doente estiver estabilizado. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. Não se recomenda reiniciar o tratamento com inibidores do SGLT2 em doentes com CAD prévia enquanto tomavam inibidor SGLT2, a menos que claramente se identifique e se resolva outro fator precipitante. **Fascite necrotizante do pernio (gangrena de Fournier):** Os doentes devem ser aconselhados a procurar assistência médica no caso de uma combinação de sintomas: dor, sensibilidade, eritema ou inchaço na área genital ou perineal, com febre ou mal-estar. Pode ser antecedida de infeção urogenital ou abscesso perineal. Ebymect deve ser interrompido e imediatamente iniciado o tratamento (incluindo antibióticos e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** A interrupção temporária do tratamento deve ser considerada quando se tratam pielonefrite ou ureopias. **Amputações dos membros inferiores:** Tal como é recomendado para todos os doentes com diabetes e importante aconselhar os doentes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** Doentes a tomar este medicamento não apresentam testes positivos para a glicose na sua urina. **Meios de contraste iodados:** Este medicamento deve ser interrompido antes, ou no momento da realização do procedimento imagiológico e só ser retomado pelo menos 48 horas depois, desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Cirurgia:** A utilização de Ebymect deve ser interrompida no momento da cirurgia com anestesia geral, spinal ou epidural. O tratamento só poder ser reiniciado pelo menos 48 horas após a cirurgia ou retoma da alimentação por via oral e desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Alteração do estado clínico dos doentes com diabetes tipo 2 previamente controlada:** A avaliação deverá incluir níveis de eletrólitos séricos e cetona; glicemia e, se indicado, pH sanguíneo, lactato, piruvato e metformina. Se ocorrer qualquer forma de acidose, o tratamento deve ser imediatamente suspenso e incluídas outras medidas corretivas apropriadas. Interações: Deve ser considerada uma monitorização cuidadosa do controlo glicémico, e ajuste de dose dentro da posologia recomendada e a introdução de alterações no tratamento diabético quando são administrados concomitantemente medicamentos cationicos que são eliminados por secreção renal tubular. **Alcool:** Deve evitar-se o consumo de álcool e de medicamentos que contenham álcool. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controlo glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controlo glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); Sintomas gastrointestinais; **Frequentes:** Vulvovaginite, balanite e infeções genitais relacionadas; Infeção do trato urinário; Alteração do paladar; Tonturas; Erupção cutânea; Dor de cabeça; Disúria; Polúria; Hematócrito aumentado; Depuração renal da creatinina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia. **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obesidade; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia no sangue aumentada; Peso diminuído. **Raros:** Cetoacidose diabética. **Muito raros:** Acidose láctica; Cefaleia de vitamina B12; Afecções da função hepática; Hepatite; Urticária; Eritema; Prurido; Fascite necrotizante do pernio (gangrena de Fournier). Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Site da infarmed: [http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoem\(preferencialmente\)ouTel.:+351217987373](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoem(preferencialmente)ouTel.:+351217987373); Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt). **Títular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado:** Bial-Portela & Cª, S.A. – A Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede), NIF: 500220913. **Informações revistas em fevereiro 2020. Para mais informações deverá contactar o representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado.**

Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 85% de comparticipação no regime especial). Versão 1.0 (fevereiro 2020). DMGMA_PT200211

EDISTRIDE 10 mg comprimidos revestidos por película contendo 10 mg de dapagliflozina. Excipiente com efeito conhecido: Cada comprimido de 10 mg contém 50 mg de lactose anidra. **Indicações terapêuticas:** Edistride é indicado em adultos para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, inadequadamente controlada, como um adjuvante da dieta e exercício; - em monoterapia, quando a metformina é considerada inapropriada devido a intolerância; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da DT 2. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares, e populações estudadas, ver o RCM. **Posologia:** A dose recomendada é de 10 mg de dapagliflozina uma vez por dia. Quando a dapagliflozina é utilizada em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina, como uma sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou do secretagogo da insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. **Populações especiais:** Não se recomenda iniciar Edistride em doentes com uma TFG < 60 ml/min e deve ser descontinuado com TFG persistentemente abaixo de 45 ml/min. Não é necessário ajuste de dose com base na função renal. Recomenda-se monitorização da função renal de seguinte forma: - Antes de iniciar a dapagliflozina e depois pelo menos anualmente; - Antes de iniciar medicação concomitante que pode reduzir a função renal e depois periodicamente; - Para função renal com TFG < 60 ml/min, pelo menos 2 a 4 vezes por ano. Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro ou moderado. Em doentes com compromisso hepático grave, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg. Se for bem tolerada, a dose pode ser aumentada para 10 mg. Em geral, não é recomendado qualquer ajuste da dose baseado na idade. Devem ser tidos em consideração a função renal e o risco de depleção de volume. **Modo de administração:** via oral, uma vez por dia, a qualquer hora do dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências:** Depleção de volume e/ou hipotensão: a dapagliflozina aumenta a diurese que pode originar uma diminuição modesta na tensão arterial, que pode ser mais pronunciada em doentes com concentrações muito elevadas de glicose no sangue. Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com dapagliflozina para doentes que desenvolvam depleção de volume até a correção da depleção. **Cetoacidose diabética:** Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da célula beta, doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades de insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Deverá ser considerado risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntárias. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoacidose, independentemente do nível de glicemia. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetoacidose. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para intervenções cirúrgicas major ou devido a doenças agudas graves. Recomenda-se monitorização dos níveis de cetona nesses doentes. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado quando os valores de cetona forem normais e o estado do doente estiver estabilizado. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. Não se recomenda reiniciar o tratamento com inibidores do SGLT2 em doentes com CAD prévia enquanto tomavam inibidor SGLT2, a menos que claramente se identifique e se resolva outro fator precipitante. A dapagliflozina 10 mg não deve ser utilizada para tratamento de doentes com UT 1. **Fascite necrotizante do pernio (gangrena de Fournier):** Os doentes devem ser aconselhados a procurar assistência médica no caso de uma combinação de sintomas: dor, sensibilidade, eritema ou inchaço na área genital ou perineal, com febre ou mal-estar. Pode ser antecedida de infeção urogenital ou abscesso perineal. Edistride deve ser interrompido e imediatamente iniciado o tratamento (incluindo antibióticos e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** A excreção urinária de glicose pode estar associada com o aumento do risco de infeção do trato urinário, pelo que, a interrupção temporária da dapagliflozina deve ser considerada quando se trata pielonefrite ou ureopias. **Amputações dos membros inferiores:** Tal como é recomendado para todos os doentes com diabetes é importante aconselhar os doentes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** Doentes tratados com Edistride apresentarão testes positivos para a glicose na sua urina. **Lactose:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou malabsorção de glicose/galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** A dapagliflozina pode aumentar o efeito diurético da lactida e dos diuréticos de ansa e pode aumentar o risco de desidratação e hipotensão. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controlo glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controlo glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); **Frequentes:** Vulvovaginite, balanite e infeções genitais relacionadas; Infeção do trato urinário; Tonturas; Erupção cutânea; Dor de cabeça; Disúria; Polúria; Hematócrito aumentado; Depuração renal da creatinina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia. **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obesidade; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia sérica aumentada; Peso diminuído. **Raros:** Cetoacidose diabética. **Muito raros:** Angiodedma; Fascite necrotizante do pernio (gangrena de Fournier). Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Site da infarmed: [http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoem\(preferencialmente\)ouTel.:+351217987373](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoem(preferencialmente)ouTel.:+351217987373); Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt). **Títular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado:** Bial-Portela & Cª, S.A. – A Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede), NIF: 500220913. **Informações revistas em fevereiro 2020. Para mais informações deverá contactar o representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado. Medicamento sujeito a receita médica.**

Medicamento comparticipado pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 95% de comparticipação no regime especial). Versão 1.0 (fevereiro 2020). DMGMA_PT200211

Sob licença de AstraZeneca

Títular do AIMA e Comercialização:

AstraZeneca
AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda
Il. Ilhéus de S. Matias, 17 - Oeiras (Distrito de Lisboa) - 2720-971 Portugal
Contacto: N.º 21 602 242 242 ou 242 242 242
N.º 21 602 242 242

Proteção e comercialização por:

Bial

PROTEÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO

Bial-Portela & Cª, S.L.
Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457
Coronado S. Romão e S. Mamede
NIF: 500220913



EVFV20/PT/001

EBYMECT[®]

DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA

EDISTRIDE[®]

DAPAGLIFLOZINA

A DIABETES

QUASE

NUNCA VEM SÓ

**FAZ SENTIDO TRATAR A
DMT2 SEM PREVENIR AS
COMPLICAÇÕES
CARDIORRENAIS?¹⁻³**



Bial

Diabetes

