

Manual | LIDEL

3.^a
Edição

MANUAL de TERAPÊUTICA MÉDICA

Coordenação:

**Pedro Ponce
João João Mendes**

Cardiologia
Nefrologia
Pneumologia
Medicina Intensiva
Neurologia
Gastroenterologia
Endocrinologia e Nutrição
Hematologia e Oncologia
Reumatologia
Doenças Infeciosas

- Guia de consulta rápida indispensável para uma melhor atuação clínica
- Textos claros, objetivos e de fácil consulta



Autores.....	VII
Preâmbulo	XIII
Siglas e Abreviaturas	XV

I – CARDIOLOGIA

1. Doença Coronária Aterosclerótica.....	3
Doença Coronária Estável	3
<i>Ruben Ramos, Duarte Cacela, José Sousa Ramos</i>	
Angina Instável e Enfarte do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST	10
<i>Duarte Cacela, Ruben Ramos, José Sousa Ramos</i>	
Enfarte do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST	18
<i>Duarte Cacela, Ruben Ramos, José Sousa Ramos</i>	
2. Insuficiência Cardíaca Congestiva	38
<i>Miguel Borges dos Santos</i>	
3. Outra Patologia Cardíaca	45
<i>Tiago Nolasco</i>	
4. Disritmias.....	56
<i>Luís Brandão, Sofia Almeida</i>	
5. Controlo dos Fatores de Risco Cardiovascular.....	64
<i>António Vaz Carneiro</i>	

II – NEFROLOGIA

6. Alterações do Equilíbrio Ácido-base.....	77
<i>Pedro Ponce</i>	
7. Alterações do Equilíbrio Hidroeletrolítico.....	87
<i>Pedro Ponce</i>	
8. Doença Glomerular	98
<i>Pedro Ponce</i>	
9. Litíase Renal.....	102
<i>Pedro Ponce</i>	
10. Obstrução Urinária	107
<i>Pedro Ponce</i>	
11. Lesão Renal Aguda	110
<i>Pedro Ponce</i>	
12. Doença Renal Crónica	121
<i>Pedro Ponce</i>	
13. Terapêutica de Substituição da Função Renal.....	127
<i>Pedro Ponce</i>	

III – PNEUMOLOGIA

14. Asma Brônquica	141
<i>António Bugalho, José Cepeda Ribeiro</i>	
15. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.....	147
<i>António Bugalho, José Cepeda Ribeiro</i>	
16. Distúrbios Respiratórios do Sono.....	152
<i>Susana Sousa</i>	
17. Tromboembolismo.....	157
<i>Pedro Ponce</i>	
Hipertensão pulmonar.....	162
<i>Inês Quininha Faria, António Bugalho</i>	
18. Doença Pleural e Hemoptises	168
<i>José Cepeda Ribeiro, António Bugalho</i>	
19. Doença do Interstício Pulmonar.....	173
<i>Ricardo Coelho, José Cepeda Ribeiro</i>	
20. Cessação Tabágica	177
<i>António Bugalho, José Cepeda Ribeiro</i>	

IV – MEDICINA INTENSIVA

21. Ressuscitação Cardiorrespiratória.....	185
<i>Pedro Ponce</i>	
22. Choque Circulatório.....	190
<i>João João Mendes</i>	
23. Insuficiência Respiratória Aguda.....	202
<i>João João Mendes</i>	
24. Sepsis e Choque Séptico	210
<i>João João Mendes</i>	
25. Intoxicações Agudas	217
<i>Ana Vila Lobos</i>	

V – NEUROLOGIA

26. Doença Cerebrovascular.....	227
<i>José M. Ferro, Teresa P. Melo, Catarina Fonseca, João Paulo Farias</i>	
27. Cefaleias	246
<i>Liliana Pereira, Miguel Rodrigues</i>	
28. Demências.....	253
<i>Camila Nóbrega</i>	
29. Epilepsia	259
<i>Inês Menezes Cordeiro, Manuel Manita</i>	
30. Doenças do Movimento	269
<i>Alexandre Amaral e Silva, Socorro Piñeiro</i>	
31. Doenças Neuromusculares	281
<i>Alexandre Amaral e Silva, Socorro Piñeiro</i>	
32. Esclerose Múltipla ou Esclerose em Placas Disseminadas	290
<i>Carlos Capela</i>	

33.	Patologia Psiquiátrica	305
	<i>Bruno Silva, Rui Albuquerque, Ana Velosa, Gonçalo Cotovio, Albino J. Oliveira-Maia, Bernardo Barahona-Corrêa</i>	

VI – GASTROENTEROLOGIA

34.	Doença do Refluxo Gastroesofágico	317
	<i>Luís Abreu Novais</i>	
35.	Úlcera Péptica	325
	<i>António Severino Pinto</i>	
36.	Patologia Biliar.....	329
	<i>Manuel Liberato</i>	
37.	Diarreia e Obstipação	336
	<i>Pedro Ponce</i>	
38.	Hemorragia Digestiva Alta e Baixa.....	341
	<i>Jorge Canena</i>	
39.	Doença Inflamatória Intestinal	349
	<i>João Ramos de Deus</i>	
40.	Distúrbios Funcionais Gastrointestinais do Adulto	359
	<i>Luís Abreu Novais</i>	
41.	Insuficiência Hepática Aguda.....	365
	<i>João Manuel da Cruz</i>	
42.	Doença Hepática Crónica	371
	<i>Joana Carvalho, Rui Marinho</i>	
43.	Hepatites.....	378
	<i>Luís Lebre</i>	
44.	Pancreatite Aguda e Crónica	387
	<i>João João Mendes</i>	

VII – ENDOCRINOLOGIA E NUTRIÇÃO

45.	Diabetes Mellitus do Adulto.....	397
	<i>Pedro Ponce, Carolina Lalanda</i>	
46.	Doenças da Tireoide e da Suprarrenal	409
	<i>Carolina Lalanda, Pedro Ponce</i>	
47.	Obesidade.....	432
	<i>Carlos Vaz, Luciana El-Kadre</i>	
48.	Suporte Nutricional no Doente Hospitalizado.....	446
	<i>Aníbal Marinho, Mariana Santos Silva, Ricardo Marinho, Sónia Cabral</i>	

VIII – HEMATOLOGIA E ONCOLOGIA

49.	Terapêutica Oncológica Geral e as suas Complicações	457
	<i>António Parreira</i>	
50.	Urgências Oncológicas.....	475
	<i>João Paulo Fernandes</i>	
51.	Transfusão de Produtos Sanguíneos	483
	<i>João Travassos</i>	

52. Anemia e Patologia dos Leucócitos e das Plaquetas	488
<i>Antônio de Almeida</i>	
53. Coagulopatias.....	495
<i>Antônio de Almeida</i>	
54. Intervenção Paliativa.....	499
<i>Pedro Ponce</i>	

IX – REUMATOLOGIA

55. Osteoartrose	509
<i>Filipe Araújo</i>	
56. Reumatismos de Partes Moles	514
<i>Filipe Araújo, Sara Domingues</i>	
57. Osteoporose.....	518
<i>Filipe Araújo</i>	
58. Dor Crônica	523
<i>Susana Capela, João Eurico Cabral da Fonseca</i>	
59. Monoartrites Agudas.....	532
<i>Pedro Ponce</i>	
60. Artrite Reumatoide e Espondilartrites	535
<i>Sofia Carvalho Barreira, Carla Macieira, João Eurico Cabral da Fonseca</i>	
61. Doenças do Tecido Conjuntivo	546
<i>Maria Inês Seixas, Carla Macieira, João Eurico Cabral da Fonseca</i>	
62. Vasculites.....	574
<i>Cristina Ponte, João Eurico Cabral da Fonseca</i>	

X – DOENÇAS INFECIOSAS

63. Antibioticoterapia	589
<i>João João Mendes</i>	
64. Infecções da Pele e Tecidos Moles	603
<i>João Gonçalves Pereira</i>	
65. Infecções do Sistema Nervoso Central.....	606
<i>João João Mendes</i>	
66. Infecções Intra-abdominais.....	610
<i>Paulo Mergulhão</i>	
67. Endocardite.....	615
<i>João Gonçalves Pereira</i>	
68. Infecções do Aparelho Respiratório.....	619
<i>Filipe Froes</i>	
69. Infecção Urinária	628
<i>Pedro Ponce</i>	
70. Infecção por Organismos Multirresistentes	633
<i>João João Mendes</i>	
71. Terapêutica Antirretroviral para a Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana 1	637
<i>Luís Caldeira</i>	

COORDENADORES/AUTORES

Pedro Ponce

Especialista em Medicina Intensiva; Chefe de Serviço de Nefrologia e Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital CUF Infante Santo; Diretor Médico Nacional da Nephrocare Portugal.

João João Mendes

Especialidade em Medicina Interna e Medicina Intensiva, Competência em Emergência Médica; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital CUF Infante Santo; Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE; Doutorado em Medicina; Professor Auxiliar Convidado de Microbiologia e Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

AUTORES

Albino J. Oliveira-Maia

NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), EPE; Champalimaud Clinical Centre, Champalimaud Centre for the Unknown; Champalimaud Research, Champalimaud Centre for the Unknown.

Alexandre Amaral e Silva

Especialidade em Neurologia; Competência em Neurosonologia; Unidade de Neurologia do Hospital de Vila Franca de Xira; Unidade de Neurologia dos Hospitais CUF Descobertas e CUF Infante Santo; Responsável do Curso AVC no Hospital Vila Franca de Xira.

Ana Velosa

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, CHLO, EPE.

Ana Vila Lobos

Diretora do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), EPE.

Aníbal Marinho

Responsável pela Unidade Central do SCI – Centro Hospitalar do Porto; Presidente da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP).

António de Almeida

Diretor de Hematologia do Hospital da Luz; Professor Associado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

António Bugalho

Consultor de Pneumologia dos Hospitais CUF Lisboa; Professor da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Investigador do Centro de Estudos de Doenças Crónicas (CEDOC) da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

António Parreira

Diretor Clínico do Champalimaud Centre for the Unknown.

António Severino Pinto

Assistente Hospitalar Graduado de Gastreenterologia no Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), EPE; Assistente Convidado de Medicina II na NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

António Vaz Carneiro

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Cochrane Portugal.

Bernardo Barahona-Corrêa

NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHLO, EPE; Champalimaud Clinical Centre, Champalimaud Centre for the Unknown; CADIn – Neurodesenvolvimento e Inclusão.

Bruno Silva

NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa; Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, CHLO, EPE.

Camila Nóbrega

Assistente Hospitalar de Neurologia no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Coordenadora da Unidade de Diagnóstico e Intervenção no Serviço de Psiquiatria Geriátrica do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Carla Macieira

Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Carlos Capela

Assistente Hospitalar de Neurologia no Hospital das Forças Armadas.

Carlos Vaz

Coordenador da Unidade de Tratamento da Obesidade e Diabetes Tipo 2 do Hospital CUF Infante Santo; Coordenador da Unidade de Cirurgia Robótica do Grupo José de Mello Saúde.

Carolina Lalanda

Endocrinologista no Hospital CUF Infante Santo

Catarina Fonseca

Assistente Hospitalar de Neurologia no Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), EPE; Professora Auxiliar Convidada de Farmacologia e Neurologia na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Cristina Ponte

Assistente Hospitalar de Reumatologia no Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Assistente Convidada de Introdução à Clínica e de Reumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Duarte Cacela

Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia no Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE; Coordenador do Laboratório de Angiografia do Hospital de Santa Marta e da Intervenção Percutânea Estrutural; Cardiologista de Intervenção do Centro do Coração dos Hospitais CUF de Lisboa.

Filipe Araújo

Assistente Hospitalar de Reumatologia, Hospital de Sant'Ana, SCML; Assistente Convidado de Microbiologia Clínica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Filipe Froes

Especialista em Pneumologia e Medicina Intensiva; Coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos no Hospital Pulido Valente, CHLN, EPE; Consultor da Direção-Geral da Saúde.

Gonçalo Cotovio

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, CHLO, EPE; Champalimaud Clinical Centre, Champalimaud Centre for the Unknown.

Inês Quininha Faria

Assistente Hospitalar Graduada em Pneumologia no Hospital Pulido Valente, CHLN, EPE.

Inês Menezes Cordeiro

Neurologista no CHLC, EPE.

Joana Carvalho

Médica Interna de Gastrenterologia e Hepatologia no Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE.

João Eurico Cabral da Fonseca

Diretor do Serviço de Reumatologia no Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

João Gonçalves Pereira

Diretor do Serviço de Medicina Intensiva do Hospital de Vila Franca de Xira; Professor de Medicina Interna da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

João Manuel da Cruz

Nefrologista; Especialista em Medicina Intensiva no Hospital CUF Infante Santo.

João Paulo Farias

Coordenador da Unidade de Neurocirurgia do Hospital CUF Descobertas.

João Paulo Fernandes

Coordenador da Unidade de Oncologia do Hospital CUF Descobertas.

João Ramos de Deus

Chefe de Serviço de Gastrenterologia; Hospital CUF Infante Santo e Hospital CUF Cascais.

João Travassos

Especialista em Nefrologia e Medicina Intensiva; Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital CUF Infante Santo.

Jorge Canena

Gastrenterologia do Hospital CUF Infante Santo; Professor de Gastrenterologia da Nova Medical School, Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

José Cepeda Ribeiro

Coordenador de Pneumologia do Hospital CUF Infante Santo.

José M. Ferro

Diretor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental e do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Professor Catedrático de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

José Sousa Ramos

Grau de Consultor Hospitalar de Cardiologia, subespecialidade de Cardiologia de Intervenção; Coordenador de Cardiologia do Hospital CUF Infante Santo e do Hospital CUF Descobertas.

Liliana Pereira

Assistente Hospitalar de Neurologia no Hospital Garcia de Orta; Responsável da Consulta de Cefaleias do Hospital Garcia de Orta.

Luciana El-Kadre

Cirurgia do Aparelho Digestivo; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Membro da American Society of Metabolic and Bariatric Surgery e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica Metabólica.

Luís Abreu Novais

Chefe de Serviço de Gastreenterologia; Professor Convidado da NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Luís Brandão

Assistente Graduado de Cardiologia; Subespecialidade de Eletrofisiologia Clínica; Coordenador da Unidade de Arritmologia do Hospital Garcia de Orta; Arritmologista do Centro do Coração dos Hospitais CUF.

Luís Caldeira

Especialista em Doenças Infeciosas; Diretor do Serviço de Doenças Infeciosas do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE.

Luís Lebre

Coordenador de Hepatologia do Hospital de Santa Cruz, CHLO, EPE; Diretor Clínico do Grupo Joaquim Chaves Saúde.

Manuel Liberato

Diretor do Centro de Gastreenterologia do Hospital CUF Infante Santo.

Manuel Manita

Diretor do Serviço de Neurologia do CHLC, EPE.

Maria Inês Seixas

Interna de Formação Específica de Reumatologia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE.

Mariana Santos Silva

Nutricionista.

Miguel Borges dos Santos

Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos; Cardiologia de Intervenção do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Miguel Rodrigues

Diretor do Serviço de Neurologia do Hospital Garcia de Orta; Membro da Comissão Científica da Sociedade Portuguesa de Cefaleias.

Paulo Mergulhão

Serviço de Medicina Intensiva do Centro Hospitalar de São João, EPE; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Presidente do Grupo de Infecção e Sepsis.

Ricardo Coelho

Pneumologista no Hospital CUF Infante Santo e Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE.

Ricardo Marinho

Medicina Interna do Centro Hospitalar do Porto; Coordenador do Grupo de Trabalho de Medicina Interna da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica (APNEP).

Ruben Ramos

Médico do Centro do Coração no Hospital CUF Infante Santo; Assistente Hospitalar no Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE.

Rui Albuquerque

Assistente Hospitalar de Psiquiatria no CHLO, EPE; Diretor Clínico do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima – Instituto das Irmãs Hospitalares do Sagrado Coração de Jesus; Assistente Convidado das unidades curriculares de Psiquiatria e de Psicologia Médica e Medicina Comportamental na NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Rui Marinho

Gastroenterologista e Hepatologista no Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Professor Associado com Agregação na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia.

Sara Domingues

Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação no Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Médica Fisiatra no Hospital da Luz, Lisboa.

Socorro Piñeiro

Neurologista no Hospital de Vila Franca de Xira.

Sofia Almeida

Assistente Hospitalar de Cardiologia no Hospital Garcia de Orta e no Hospital CUF Infante Santo.

Sofia Carvalho Barreira

Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE; Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Sónia Cabral

Nutricionista do Serviço de Nutrição no IPO, Porto.

Susana Capela

Assistente de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE (Consultora de Reumatologia da Unidade Multidisciplinar de Dor); Assistente Convidada em duplo vínculo Reumatologia e Bioquímica na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Susana Sousa

Pneumologista; Somnologista pela European Sleep Research Society; Centro Hospitalar de Setúbal, EPE e Hospital CUF Infante Santo; Assistente voluntária de Pneumologia na NOVA Medical School, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Teresa P. Melo

Assistente Graduada Sénior, Serviço de Neurologia.

Tiago Nolasco

Assistente Hospitalar de Cirurgia Cardiorácica no Hospital de Santa Cruz, CHLO, EPE.

Preâmbulo

A boa aceitação e os comentários favoráveis de muitos colegas confirmaram a necessidade de um manual de terapêutica médica em português, de leitura fácil, e adaptado diretamente à nossa realidade institucional e disponibilidade medicamentosa.

O manual foi desenhado para responder às necessidades de um largo leque de utilizadores, desde o aluno de medicina na fase clínica e profissionalizante do curso, ao interno do ano comum e da fase de formação específica, bem como de todos os especialistas com interesse em atualizar o seu conhecimento para melhorar a prestação de cuidados e o prognóstico dos seus doentes.

Nesta 3.^a edição, uma vez mais, juntámos a equipa certa de coautores, reconhecidos pelo seu mérito técnico e científico, bem como pela qualidade e longa experiência de prática clínica, e pedimos-lhes recomendações terapêuticas muito práticas e atuais, sempre que possível apoiadas em evidência científica sólida ou em *guidelines* validadas.

Com a experiência de obras anteriores, vimos encurtando o período de compilação de todos os capítulos e condensando a informação ao concentrar as especialidades médicas em apreço num único volume, mais portátil e de fácil consulta.

É um manual de terapêutica que, portanto, desenvolve essencialmente essa vertente da atividade, precedida em cada capítulo por um curto preâmbulo em que se define o problema clínico e se explica a fisiopatologia e a estratégia diagnóstica indispensáveis à transição para a decisão terapêutica, deixando claro o momento certo para a referência ao especialista pertinente.

Os Coordenadores

P

p.o. – *per os*
 PA – pressão arterial
 PAC – pneumonia adquirida na comunidade
 PAD – pressão arterial diastólica
 PAM – pressão arterial média
 PAS – pressão arterial sistólica
 PET – tomografia por emissão de positrões
 (*positron emission tomograph*)
 PFC – plasma fresco congelado
 pro-BNP – *pro-brain natriuretic peptide*
 PTH – hormona paratiroide (*parathyroid hormone*)
 PTT – púrpura trombótica trombocitopénica

R

RCM – resumo das características do medicamento
 RCR – ressuscitação cardiorrespiratória
 RGE – refluxo gastroesofágico
 RON – Registo Oncológico Nacional

S

s.c. – subcutâneo
 SAOS – síndrome de apneia obstrutiva do sono
 SCA – síndrome coronária aguda
 SCORE – *Systematic Coronary Risk Evaluation*
 SHU – síndrome hemolítica-urémica
 SICCA – *Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance*
 SIRS – síndrome de resposta inflamatória sistémica (*systemic inflammatory response syndrome*)
 SLEDAI – *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index*

SLICC – *Systemic Lupus International Collaborating Clinics*
 SNC – sistema nervoso central
 SNP – sistema nervoso periférico
 SNRI – inibidores seletivos da recaptação da serotonina e da noradrenalina (*serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors*)
 SRAA – sistema da renina-angiotensina-aldosterona
 SSRI – inibidores seletivos da recaptação da serotonina (*selective serotonin reuptake inhibitors*)

T

TC – tomografia computadorizada
 TENS – estimulação nervosa elétrica transcutânea (*transcutaneous electrical nerve stimulation*)
 TEP – tromboembolismo pulmonar
 TNF – fator de necrose tumoral (*tumor necrosis factor*)
 TVP – trombose venosa profunda

U

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

V

VNI – ventilação não invasiva

W

WFNS – *World Federation of Neurological Surgeons*

António Vaz Carneiro

INTRODUÇÃO

A prevenção de doenças cardiovasculares é definida como um conjunto coordenado de ações, ao nível da população ou dirigidas ao indivíduo, que visam eliminar ou minimizar o impacto dessas doenças e as suas consequências.

A história recente dos resultados de campanhas de prevenção a nível global permite afirmar o seu sucesso: apesar de as doenças cardiovasculares continuarem a ser a primeira causa de morbilidade e mortalidade em países desenvolvidos, a relacionada com a doença coronária ajustada à idade, por exemplo, tem vindo a decrescer substancialmente.

A prevenção deve ser oferecida ao nível populacional (por exemplo, com adoção de estilos de vida saudáveis, abstinência tabágica, exercício físico regular, etc.) e ao nível do doente individual, acima de tudo nos doentes que apresentam um risco moderado a elevado deste tipo de doenças.

O primeiro passo prático na prevenção é o cálculo do risco cardiovascular global do doente, podendo, por exemplo, lançar mão do sistema SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) da Sociedade Europeia de Cardiologia (http://www.escardio.org/static_file/Escardio/Subspecialty/EACPR/Documents/risk-assessment-score-card.pdf).

Os resultados do SCORE – que nos dão a previsão aos 10 anos – permitem classificar os doentes em quatro níveis de risco (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 Estratificação do risco cardiovascular com o SCORE.

Nível de risco	Definição
Muito alto	Presença de qualquer das seguintes: • Doença coronária • Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2 ou tipo 1 com lesão de órgão alvo • Doença renal crónica (DRC) TFG <60 ml/minuto/1,73 m² • SCORE ≥10%
Alto	Doentes com: • Fatores de risco individuais muito elevados (dislipidemia familiar, hipertensão arterial [HTA]) • SCORE entre 5–10%
Moderado	• SCORE entre 1–5%, modulado por: – História familiar de doença coronária prematura – Obesidade abdominal – Baixa atividade física – Nível de colesterol-HDL baixo – Nível de proteína C reativa de alta sensibilidade elevado – Nível social mais desfavorecido
Baixo	• SCORE <1% sem fatores de risco

TFG: taxa de filtração glomerular

Pedro Ponce

INTRODUÇÃO

A doença glomerular manifesta-se através de quatro tipos de síndromes nefrológicas:

- A síndrome nefrítica, caracterizada pela presença de eritrocitúria (sendo os cilindros de glóbulos vermelhos ou a dismorfia de eritrócitos no sedimento urinário os achados de maior especificidade), e proteinúria <3 g/dia, associadas a pelo menos um de três achados: insuficiência renal, manifestada pela elevação de ureia e creatinina no soro, edemas ou hipertensão.
- A síndrome nefrótica, manifestada por uma proteinúria $>3,5$ g/dia, acompanhada de hipoalbuminemia, e em geral também por edemas e dislipidemia.
- Anomalias urinárias assintomáticas, predominantemente hematoproteinúria, isoladas ou associadas em diferentes proporções, sendo que esta última síndrome pode ser ocasionada por patologia nefrológica não glomerular.
- Hematúria macroscópica recorrente, em que é obrigatório excluir a presença de patologia urológica ou vascular.

A caracterização de uma doença glomerular requer que avaliemos em conjunto as manifestações clínicas (hipertensão, edemas, *rash* cutâneo, artralgias, etc.), as manifestações laboratoriais (creatinina elevada, proteinúria, autoanticorpos como antitembrana basal, ANA [anticorpos antinucleares], dsDNA, ANCA [anticorpos anticitoplasma de neutrófilos], antifosfolípidos, diminuição do C3, C4 e CH50, elevação monoclonal de imunoglobulinas ou cadeias leves livres, etc.) e a histologia que nos é dada pela biópsia renal.

A necessidade destes três pilares resulta da nossa deficiente compreensão das causas e mecanismos da maioria das doenças glomerulares, e da pouca especificidade da informação dada por cada um dos elementos diagnósticos. Com efeito, a mesma histologia pode manifestar-se como síndrome nefrítica ou nefrótica ou anomalias urinárias assintomáticas, e uma proteinúria nefrótica, com ou sem insuficiência renal associada, pode ser por doença primária glomerular ou secundária a doença sistêmica e ter variadíssimos aspetos histológicos na biópsia. Por outro lado, os achados histológicos possíveis nas doenças glomerulares primárias são os mesmos que encontramos na doença secundária, só que aí num contexto clínico de doença sistêmica.

Todas as síndromes nefróticas do adulto, excluindo os casos em que o diagnóstico de nefropatia diabética parece óbvio, ou as síndromes nefríticas com proteinúria >1 g/dia, ou insuficiência renal progressiva, têm indicação para biópsia renal e consulta com um nefrologista.

Cerca de 50–65% das doenças glomerulares que identificamos na clínica são primárias e em geral idiopáticas (Quadro 8.1), sendo as restantes secundárias a doença sistêmica que devemos identificar clínica ou laboratorialmente (Quadro 8.2).

António Bugalho, José Cepeda Ribeiro

INTRODUÇÃO

O tabagismo é encarado como uma doença crónica, com múltiplos períodos de recaída e remissão. É um fator *major* para diminuição da esperança de vida saudável e aumento da mortalidade. Todos os componentes do tabaco são nocivos, não existindo um limiar de segurança de exposição. Uma abordagem terapêutica global alia a prevenção do início do consumo, a promoção da cessação, a proteção da exposição ao tabagismo passivo e a adoção de um estilo de vida saudável. A evicção tabágica proporciona benefícios a curto, médio e longo prazo a todos os fumadores.

PATOGENESE

Após inalação do fumo de tabaco, a nicotina atinge o sistema nervoso central em cerca de 7–18 segundos. Conduz à libertação de neurotransmissores, sendo responsável por mecanismos de tolerância e privação, gerando dependência física e psicológica.

TERAPÊUTICA

O tratamento mais eficaz combina o aconselhamento e o suporte comportamental com a farmacoterapia.

INTERVENÇÃO COMPORTAMENTAL E PSICOLÓGICA

Na abordagem clínica preconizam-se dois tipos de intervenção: breve e intensiva.

Na **intervenção breve** (<10 minutos), a avaliação do uso do tabaco é realizada por rotina por todos os profissionais de saúde (Figura 20.1). Qualquer contacto é aproveitado para identificar o fumador, realçar o problema e a importância da evicção, oferecendo soluções terapêuticas. As cinco etapas principais de intervenção em cessação tabágica (5 á)s compreendem:

- **Abordar**, de forma sistemática, todos os fumadores acerca do seu consumo.
- **Aconselhar** de forma clara, persuasiva e personalizada todos os utilizadores de tabaco a abandonar o consumo.
- **Avaliar** a motivação para tentar cessar o hábito a curto prazo.
- **Ajudar** na tentativa de abandono elaborando um plano (marcar o “dia D” para parar de fumar, informar família e amigos, antecipar dificuldades e planejar soluções, remover produtos associados ao tabaco, fornecer material de autoajuda, propor terapêutica farmacológica) ou referenciar para uma intervenção intensiva.
- **Acompanhar** e encorajar a abstinência através de consultas de seguimento e/ou contacto telefónico para prevenir recidivas.

No caso dos fumadores que não desejam cessar, devem averiguar-se as causas. Existe a possibilidade de responderem a uma intervenção motivacional, delineada para educar, assegurar e motivar (5 erres):

- **Relevância** – identificar os benefícios específicos da cessação tabágica para o próprio, família e terceiros.

- **Riscos** – identificar as consequências negativas do uso do tabaco.
- **Recompensas** – identificar os potenciais benefícios de suspender o uso de tabaco.
- **Resistências** – identificar as barreiras ao abandono e apresentar soluções.
- **Repetição** – repetir a tentativa de motivação em todas as consultas.

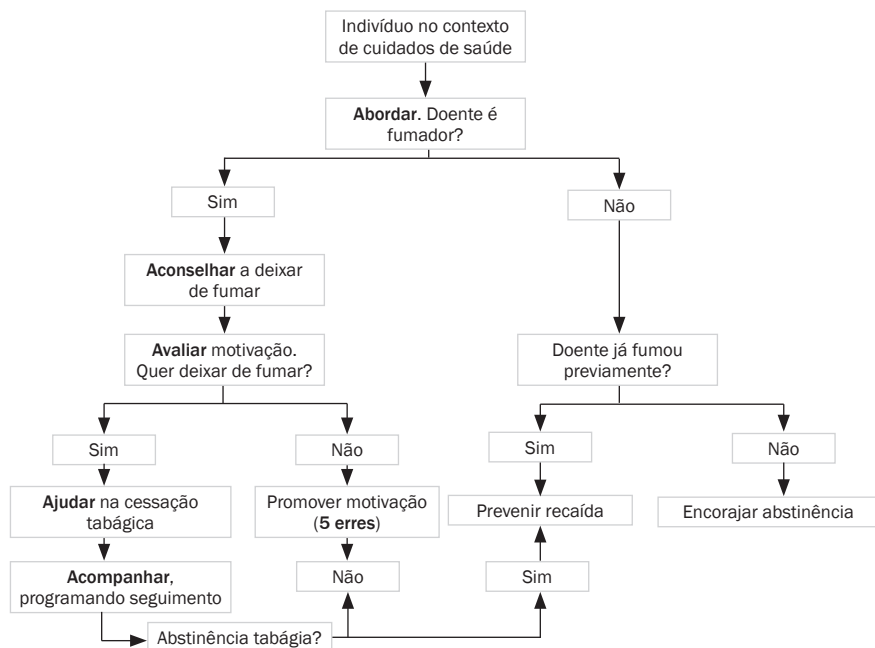


Figura 20.1 Algoritmo de intervenção breve para cessação tabágica.

A **intervenção intensiva** engloba uma abordagem programada com múltiplas sessões, em consulta específica e com uma equipa de profissionais treinados onde se estimula a mudança comportamental e a utilização de terapêutica farmacológica. Possui uma maior taxa de sucesso na evicção e está indicada para fumadores motivados, com tentativas prévias infrutíferas, elevado grau de dependência (Tabela 20.1), intensa síndrome de privação, outros comportamentos aditivos ou situações particulares (por exemplo, neoplasia do pulmão, cardiopatia isquémica, grávidas, etc.).

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

A utilização de fármacos específicos aumenta a eficácia da cessação tabágica, sobretudo se enquadrados num programa comportamental. Estes reduzem o impulso de fumar e diminuem os sintomas de abstinência, pelo que devem ser disponibilizados na tentativa de evicção, exceto na presença de contraindicações.

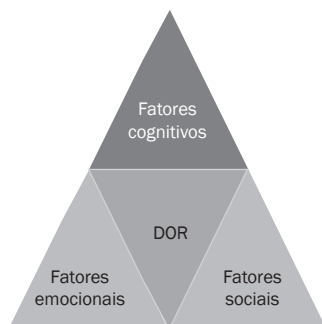


Figura 58.1 Modelo biopsicossocial e multifatorial de dor.

ABORDAGEM GERAL DO DOENTE COM DOR

A abordagem global do doente com dor crônica deve refletir o conceito de etiologia multimodal da dor (Figura 58.1). É fundamental avaliar de forma sistemática a dor e caracterizá-la, através de escalas e questionários validados, de forma a optar entre as diversas opções terapêuticas (combinando-as da melhor forma possível) e a monitorizar a eficácia terapêutica ao longo do tempo. Os fatores preditivos de dor crônica, como os sociodemográficos, psicológicos e sociais devem ser considerados na avaliação e decisão terapêutica dos doentes. O acompanhamento multidisciplinar pode permitir um ajuste mais adequado e individualizado do tratamento, reforçando a adesão à terapêutica e controlando os efeitos adversos dos fármacos.

Tratar a dor musculoesquelética crônica implica tratar adequadamente a doença de base, sendo fundamental o diagnóstico e tratamento precoces, e por outro lado tratar a dor nociceptiva e neuropática associadas. O controlo da dor é sempre uma das principais prioridades reportadas pelos doentes, mesmo naqueles em que a inflamação está controlada. No caso das doenças reumáticas inflamatórias, a utilização de terapêutica DMARD (*disease modifying anti-rheumatic drugs*) em monoterapia ou associação, e quando esta não é suficiente, a utilização de fármacos biotecnológicos (bDMARD), permite reduzir significativamente a dor e simultaneamente reduzir a progressão de dano estrutural, tratar as manifestações sistêmicas e melhorar a função e participação social. A caracterização da dor ao longo do tempo ajuda ainda a detetar falências primárias ou secundárias à medicação da doença de base, assim como a detetar outras patologias associadas, nomeadamente, de partes moles, que podem ter uma abordagem específica.

Nos casos em que a dor musculoesquelética crônica é difícil de localizar e difusa, o tratamento farmacológico é com frequência menos eficaz do que as intervenções não farmacológicas.

ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS

Os fatores psicossociais influenciam a percepção da dor e, por seu lado, a presença de dor influencia o bem-estar psicossocial e a participação social (trabalho, lazer e vida familiar). Por este motivo, são parte integrante do tratamento de dor crônica os programas educacionais para o doente e a recomendação de prática de exercício físico. A meditação e o ioga permitem, nalguns doentes, melhorar a gravidade e o impacto da

Cristina Ponte, João Eurico Cabral da Fonseca

INTRODUÇÃO

As vasculites são um grupo de doenças imunomediadas causadas por inflamação dos vasos sanguíneos. Podem ser consideradas primárias, quando a etiologia é desconhecida, ou secundárias, quando se encontram associadas a outras patologias, drogas ou fármacos. São geralmente doenças raras que podem afetar todas as faixas etárias. Qualquer vaso pode ser acometido. As suas manifestações clínicas, e respetivo tratamento, variam consoante a etiologia, os órgãos envolvidos e tamanho dos vasos maioritariamente afetados. São atualmente divididas de acordo com a nomenclatura de Chapel Hill 2012 (Quadro 62.1).

Para efeitos deste capítulo vamos abordar apenas alguns aspetos clínicos gerais e a terapêutica específica das vasculites primárias sistémicas, de acordo com o calibre dos vasos envolvidos (grandes, médios e pequenos vasos e vasos de calibre variável).

ASPETOS CLÍNICOS E TERAPÊUTICA

VASCULITES DE GRANDES VASOS

Aspetos clínicos gerais

As vasculites de grandes vasos afetam a aorta e os seus ramos principais. A **arterite de células gigantes**, anteriormente designada por arterite temporal, tem particular predisposição para as artérias da cabeça e ocorre em doentes com idade >50 anos, sendo a vasculite mais frequente nesta faixa etária (incidência de 32–290 por milhão/ano). É considerada uma emergência clínica pelo risco associado de cegueira irreversível (>20% quando o tratamento não é instituído atempadamente) e caracteriza-se habitualmente por cefaleias *de novo*, aumento dos parâmetros inflamatórios, quadro de polimialgia reumática em cerca de metade dos casos e ocasionalmente claudicação da mandíbula. A marcha diagnóstica deve ser célere, já após início da terapêutica, e geralmente baseada na realização de eco-Doppler vascular das artérias temporais e axilares e, em casos duvidosos, na biopsia da artéria temporal – ambos realizados, de preferência, na primeira semana após o início de tratamento. A **arterite de Takayasu** atinge geralmente doentes com idade <40 anos e é muito mais frequente em mulheres (razão de 8,5:1). É considerada uma doença rara (incidência de 0,4–2 por milhão/ano) e, apesar de ter uma distribuição mundial, ocorre mais frequentemente nos países asiáticos. Afeta primariamente a aorta e os seus ramos principais, principalmente as artérias carótidas comuns, subclávias e pulmonares. As suas manifestações clínicas dependem do tempo de duração da doença e das áreas vasculares envolvidas, podendo muitas vezes ocorrer um grande atraso diagnóstico em doentes com pouca sintomatologia. O seu diagnóstico definitivo e monitorização são fortemente baseados em exames de imagem (angio-TC, angio-RM, tomografia por emissão de positrões (PET) ou eco-Doppler vascular).

João João Mendes

INTRODUÇÃO

As infecções agudas do sistema nervoso central (SNC) incluem as meningites (evidência clínico-laboratorial de inflamação meníngea de etiologia infecciosa, mais frequentemente bacteriana) e encefalites (disfunção aguda do SNC com evidência laboratorial e/ou imagiológica de inflamação cerebral de etiologia infecciosa, mais frequentemente viral). Perante um quadro de síndrome meníngea (febre com cefaleia associada a sinais meníngeos – rigidez da nuca, sinal de Kernig ou sinal de Brudzinski) devem ser colhidas hemoculturas e realizada punção lombar para exame citoquímico e microbiológico (exame direto e cultural), que poderá ser orientadora do diagnóstico (Tabela 65.1). A punção lombar deve ser precedida de exame de neuroimagem (tomografia computadorizada cranioencefálica) sempre que existam critérios clínicos de suspeição para aumento da pressão intracraniana: imunossupressão (infecção HIV/SIDA, imunossuppressores, transplante); doença do SNC (lesão ocupando espaço, acidente vascular cerebral); alteração do estado de consciência; sinais focais; papiledema; ou convulsão prévia (<1 semana). A administração de antibioticoterapia empírica deverá ser o mais precoce possível após as colheitas microbiológicas e poderá mesmo preceder a punção lombar se houver risco de atraso na terapêutica.

Quadros clínicos de duração >4 semanas são classificados como meningites crônicas, tendo etiologia diferencial (por exemplo, fungos, *Mycobacterium tuberculosis*) que pela sua raridade e especificidade diagnóstica/terapêutica não são aqui abordados.

Tabela 65.1 Padrões do líquido cefalorraquidiano na punção lombar.

	Leucócitos	Tipo	Glicose	Proteínas
Normal	<5 células	100% mononucleadas	40–80 mg/dl (>40% glicemia)	<50 mg/dl
Fluido tipo A	500–20 000 células	90% PMN	↓	100–700 mg/dl
Meningites bacterianas (<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>)				
Fluido tipo B	25–500 células	Mononucleadas (PMN precoces)	↓ (por vezes, normal)	50–500 mg/dl
Meningites granulomatosas infecciosas (tuberculose, fungos) e não infecciosas (sarcoidose, carcinomatose)				
Fluido tipo C	5–1000 células	Mononucleadas (PMN precoces)	Normal (por vezes ↓)	<100 mg/dl
Meningoencefalites virais (herpes <i>simplex</i> e outros <i>Herpesviridae</i> , <i>Enterovirus</i>), encefalites pós-infecciosas, infecções parameníngeas (por exemplo, abscessos), e outras causas não infecciosas (encefalopatia tóxica/metabólica)				

PMN: polimorfonucleares

MANUAL de TERAPÊUTICA MÉDICA

Eis a 3.^a edição do *Manual de Terapêutica Médica*. Este livro foi desenhado para responder às necessidades de um largo leque de utilizadores, sejam os **alunos de medicina na fase clínica e profissionalizante do seu curso**, sejam os **internos do ano comum e da fase de formação específica**, e também todos os especialistas com interesse em atualizar o seu conhecimento para melhorar a prestação de cuidados e o prognóstico dos seus doentes.

Nesta edição manteve-se o conceito de prescrições detalhadas, todas elas exequíveis em Portugal no meio em que trabalhamos, mas sem perder a sofisticação e integrando, sempre que possível, recomendações baseadas em *guidelines* atualizadas. Incidiu-se predominantemente na terapêutica, sem se descuidar a **fisiopatologia** e a **marcha diagnóstica**, indispensáveis para contextualizar a terapêutica de cada entidade.

Nesta obra, totalmente revista e atualizada, foram incluídos interessantes novos capítulos como “**Controlo dos Fatores de Risco Cardiovascular**”, “**Cessação Tabágica**”, “**Obesidade**”, “**Intervenção Paliativa**”, “**Reumatismos de Partes Moles**”, “**Osteoporose**”, entre outros.

Acreditamos que os leitores irão gostar tanto quanto os coordenadores gostaram de reunir este grupo e dar corpo a esta nova edição.

Pedro Ponce:

Diretor da Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital CUF Infante Santo;
Nefrologista, Diretor Médico Nacional na Nephrocare Portugal.

João João Mendes:

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital CUF Infante Santo;
Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;
Professor Auxiliar Convidado de Microbiologia e de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.



ISBN 978-989-752-289-5



9 789897 522895

www.lidel.pt