Recomendação /

Escolha não fazer citologia cérvico-vaginal (teste de Papanicolau) ou rastreio para HPV em mulheres já submetidas a histerectomia (ou a remoção do colo uterino - traquelectomia), por outras razões que não sejam lesão pavimentosa intraepitelial de alto grau (HSIL, CIN 2 ou 3) ou carcinoma.

Justificação /

O cancro vaginal após histerectomia é muito raro, mais raro ainda que o cancro da mama no homem, para o qual o rastreio não está recomendado. O rastreio nestas mulheres vai mais provavelmente detetar lesões benignas que levam a testes invasivos de imediato e não à prevenção do cancro. O seguimento com citologia cérvico-vaginal está recomendado para mulheres pós-histerectomia quando esta tenha sido realizada por displasia de alto grau ou cancro, atendendo a que nestes casos o risco de cancro vaginal permanece elevado. A citologia vaginal também pode estar indicada na presença de cancro vulvar associado ao HPV.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER; American Cancer Society; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; American Society for Clinical Pathology.
- Am J Clin Pathol. 2012 Apr; 137(4):516-42.
- CA Cancer J Clin. 2012 May-Jun; 62(3):147-72.
- ACOG Committee on Practice Bulletins – Gynecology. Cervical Cancer Screening and Prevention. Practice Bulletin #157. Obstet Gynecol 2016; 127:e1–20.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar anualmente citologia cervical (esfregaço de papanicolau) em mulheres entre os 25 e 65 anos de idade.

Justificação /

O rastreio organizado do cancro do colo do útero é uma medida de saúde pública que tem como objetivo reduzir a incidência e mortalidade associada a esta neoplasia. A infeção persistente por HPV é condição necessária para que haja progressão para neoplasia intra-epitelial cervical e desenvolvimento de cancro. Estima-se que o aparecimento do cancro do colo do útero ocorra 5 a 20 anos após o início da infeção pelo HPV.
O rastreio permite identificar e tratar precocemente lesões precursoras. Atualmente, pode ser realizado por vários métodos: citologia convencional, citologia em meio líquido e o teste do HPV ou associação dos dois últimos. Estudos concluem que o rastreio nas mulheres entre 20 e 24 anos apresenta pouco efeito sobre as taxas de incidência do cancro do colo do útero.
As linhas de orientação europeia, no que diz respeito à citologia convencional (esfregaço de papanicolau) em mulheres não incluídas em situações especiais, aconselham a sua realização de 3 em 3 anos entre os 25 e os 65 anos, uma vez que intervalos mais curtos não apresentam benefício na diminuição da mortalidade. No entanto, deve ser realizada anualmente, com o profissional de saúde, uma avaliação ginecológica de modo a identificar casos particulares.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Screening for cervical cancer. Practice Bulletin No. 131. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2012 Nov; 120(5):1222-38.
- Arbin, M, Antilla A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality in Cervical Cancer Screening. Second Edition. Ann Oncol 2010; 21:448-58.
- Arbyn M, Antilla A, Jordan J, et al. European Commission. In. European Guidelines in Cervical Screening. 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008 pp: 1-291.
- Davey D; Cox JT; Austin M et al. Cervical cytology specimen adequacy: patient management guidelines and optimizingspecimen collection. J Low Genit Tract Dis 2008; 12(2): 71-81.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-obstetricians-and-gynecologists/
https://choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha evitar tratar lesões pavimentosas intraepiteliais de baixo grau (LSIL ou CIN 1) em mulheres abaixo dos 25 anos.

Justificação /

Independentemente da citologia prévia, o tratamento de lesões pavimentosas intraepiteliais de baixo grau (LSIL ou CIN 1) em mulheres com 21-25 anos não está recomendado. Estas lesões são uma manifestação histológica da infeção por HPV, sendo o grau de regressão da infeção alto nesta faixa etária, com progressão incomum destas lesões.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. Obstet Gynecol. 2013; 121:829-46.
- Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK, Powell KJ, Jay N, Hanson EN, et al. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. Lancet. 2004; 364:1678-83.
- Cox JT, Schiffman M, Solomon D. Prospective follow-up suggests similar risk of subsequent cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 among women with cervical intraepithelial neoplasia grade 1 or negative colposcopy and directed biopsy. Am J Obstet Gynecol. 2003; 188:1406-12.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir testes de rastreio para os genotipos de HPV de baixo risco.

Justificação /

Não há indicação para testar os genotipos de baixo risco de HPV no âmbito do rastreio do cancro do colo do útero ou no seguimento de doentes com resultados de citologia anormais. A identificação de genotipos de HPV de baixo risco (que provocam os condilomas genitais ou alterações celulares minor no colo uterino) não está indicada porque estas infeções não estão associadas à progressão da doença, não alteram a gestão de cuidados ou o tratamento da doente e porque não há medidas terapêuticas específicas quando estes genotipos de HPV são identificados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lee JW, Berkowitz Z, Saraiya M. Low-risk human papillomavirus testing and other nonrecommended human papillomavirus testing practices among U.S. health care providers. Obstet Gynecol. 2011 Jul; 118(1):4-13.
- American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER; American Cancer Society; American Society for Colposcopy and Cervical Pathology; American Society for Clinical Pathology.
- Booth CN, Bashleben C, Filomena CA, Means MM, Wasserman PG, Souers RJ, Henry MR. Monitoring and ordering practices for human papillomavirus in cervical cytology: findings from the College of American Pathologists Gynecologic Cytopathology Quality Consensus Conference working group 5. Arch Pathol Lab Med. 2013 Feb; 137(2):214-9.
- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, Garcia FA, Moriarty AT, Waxman AG, Wilbur DC, Wentzensen N, Downs LS Jr, Spitzer M, Moscicki AB, Franco EL, Stoler MH, Schiffman M, Castle PE, Myers ER; ACS-ASCCP-ASCP Cervical Cancer Guideline Committee. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and early Detection of Cervical Cancer. Am J Clin Pathol [Internet]. 2012 May-Jun [cited 2012 Oct 12]; 137:516-542.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar um exame extemporâneo peroperatório se o resultado não afetar diretamente a decisão cirúrgica.

Justificação /

Apesar do resultado de um exame extemporâneo peroperatório (e.g., cortes de congelação) ser frequentemente útil na definição do tratamento cirúrgico, a análise por cortes de congelação pode ter limitações (e.g., amostragem, dificuldades técnicas) e pode comprometer a integridade da amostra para o diagnóstico definitivo. Se não houver uma decisão clínica a ser tomada cujo resultado do exame extemporâneo influencie, é preferível não realizar este exame e submeter a amostra para análise histológica de rotina.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Prieto VG, Argenyi ZB, Barnhill RL, Duray PH, Elenitsas R, From L, Guitart J, Horenstein MG, Ming ME, Piepkorn MW, Rabkin MS, Reed JA, Selim MA, Trotter MJ, Johnson MM, Shea CR. Are en face frozen sections accurate for diagnosing margin status in melanocytic lesions? Am J Clin Pathol [Internet]. 2003 Aug [cited 2017 Jul 14]; 120:203-208.
- Roy S, Parwani AV, Dhir R, Yousem SA, Kelly SM, Pantanowitz L. Frozen section diagnosis: is there discordance between what pathologists say and what surgeons hear? Am J Clin Pathol [Internet]. 2013 Sept [cited 2017 July 14]; 140:363-369.
- Ali R, Hanly AM, Naughton P, Castineira CF, Landers R, Cahill RA, Watson RG. Intraoperative frozen section assessment of sentinel lymph nodes in the operative management of women with symptomatic breast cancer. World Journal of Surgical Oncology [Internet]. 2008 June [cited 2017 July 14]; 6:69-74.
- Huber GF, Dziegielewski P, Matthews TW, Warshawski SJ, Kmet LM, Faris P, Khalil M, Dort JC. Intraoperative frozen-section analysis for thyroid nodules: a step toward clarity or confusion? Arch Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2007 Sept [cited 2017 July 14]; 133(9):874-881.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar citologia da expetoração para avaliar doentes com lesões pulmonares periféricas.

Justificação /

A citologia da expetoração não é efetiva na avaliação de lesões pulmonares periféricas. Neste tipo de lesões devem considerar-se outras abordagens diagnósticas (e.g., citologia aspirativa guiada por imagem).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Demay RM, The Art & Science of Cytopathology. Chicago, IL: ASCP Press; 1996
- Read C, Janes S, George J, Spiro S. Early lung cancer: Screening and detection. Prim Care Respir J. 2006; 15(6): 332-336.
- Xiang D, Zhang B, Doll D, Shen K, Kloecker G, Freter C. Lung cancer screening: From imaging to biomarker. Biomarker Res. 2013; 1(4):1-9.
- Usman AM, Miller J, Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Kenny M, Sherifali D, Raina P. Screening for lung cancer: a systematic review and meta-analysis. Prev Med [Internet] 2016 Aug. [Cited 2017 July 14]; 89:301-14.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha os exames auxiliares de diagnóstico a solicitar na avaliação pré-operatória, tendo em conta a história clínica, exame físico e o procedimento proposto.

Justificação /

A seleção e temporização dos exames auxiliares de diagnóstico pré-operatórios devem ser baseadas nos dados colhidos na história clínica, exame físico, registos médicos e no procedimento cirúrgico a realizar.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Norma 029/2013.Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos, (31/12/2013 atualizada a 24/04/2015). Direção Geral de Saúde.
- De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology (EJA). 2018; 35(6):407-65.
- Dobson G, Chong M, Chow L, Flexman A, Kurrek M, Laflamme C, et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2018. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie. 2018; 65(1):76-104.
- Routine preoperative tests for elective surgery. BJU International. 2018;121(1):12-6.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar ecocardiograma transtorácico em repouso em doentes assintomáticos propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico minor.

Justificação /

O ecocardiograma transtorácico em repouso nos doentes assintomáticos não constituí um valor adicional para a avaliação clínica em doentes propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico minor.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Norma 029/2013. Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos, (31/12/2013 atualizada a 24/04/2015). Direção Geral de Saúde.
- Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Botker HE, De Hert S, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). European Journal of Anaesthesiology. 2014;31(10):517-73.
- Guarracino F, Baldassarri R, Priebe HJ. Revised ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. Implications for preoperative clinical evaluation. Minerva Anestesiologica. 2015;81(2):226-33.
- Devereaux PJ, Sessler DI. Cardiac Complications in Patients Undergoing Major Noncardiac Surgery. The New England Journal of Medicine. 2015;373(23):2258-69.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir unidades de concentrado eritrócitário em doentes hemodinamicamente estáveis, sem hemorragia ativa, sem doença coronária, sem lesão neurocrítica aguda e sem sintomas, se tiverem hemoglobina ≥7,0 g/dL.

Justificação /

A decisão para transfundir deve basear-se numa combinação de vários fatores: valor de hemoglobina, patologias associadas e situação clínica do doente. O limiar do valor de hemoglobina para transfusão permanece controverso, mas a evidência atual recomenda que seja utilizado um limiar restritivo (<7,0 g/dL) para a maioria dos doentes estáveis sem evidência de oxigenação tecidual inadequada. Em doentes com doença cardiovascular preexistente recomenda-se um limiar de 8,0 g/dL.

Existem ainda outras exceções, nomeadamente doentes com síndrome coronário agudo, com choque séptico e sinais de hipoperfusão refratária, ou com lesão neurocrítica aguda, nos quais devem ser utilizados limiares de hemoglobina mais elevados (a individualizar). No doente com hemorragia ativa aguda, o valor da hemoglobina é um mau indicador da necessidade transfusional, a qual também deve ser individualizada.

A transfusão de uma única unidade de concentrado eritrocitário deve ser o padrão para doentes hospitalizados que não apresentem hemorragia ativa. Só devem ser prescritas unidades adicionais após a reavaliação clínica do doente e do seu valor de hemoglobina.

Cada unidade de sangue transfundida está associada a um aumento de riscos para o doente. Comparativamente a uma política transfusional menos restritiva, o uso de unidades de concentrado eritrocitário para um limiar de hemoglobina <7 g/dL reduz complicações, nomeadamente infeções associadas a cuidados de saúde e pode diminuir mortalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Walsh TS, Boyd JA, Watson D, Hope D, Lewis S, Krishan A, Forbes JF, Ramsay P, Pearse R, Wallis C, et al.; RELIEVE Investigators. Restrictive versus liberal transfusion strategies for older mechanically ventilated critically ill patients: a randomized pilot trial. Crit Care Med 2013; 41: 2354–2363.
- 321: 983-997.Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. 2013; 2013:638-644.
- Practice Guidelines for Perioperative Blood Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Anesthesiology. 2015; 122(2):241-75.
- Mueller M, van Remoortel H, Meybohm P et al. Patient blood management recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA 2019. 321:983-997.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar o ato anestésico em doentes com comorbilidades significativas sem uma avaliação pré-operatória apropriada realizada em tempo útil e com apoio pós-operatório adequado às suas necessidades.

Justificação /

A capacidade de prestar cuidados perioperatórios adequados aos doentes com comorbilidades significativas é um fator determinante para se obterem bons resultados clínicos. A avaliação pré-operatória deve ser adequada e oportuna para garantir todo o perioperatório num local capaz de prestar os cuidados necessários ao doente e ao procedimento a que este será sujeito. A existência no intra e pós-operatório de pessoal, equipamento e infraestruturas adequadas deve ser avaliada e planeada no pré-operatório.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sankar A, Beattie WS, Wijeysundera DN. How can we identify the high-risk patient? Current Opinion in Critical Care. 2015; 21(4):328-35.
- Minto G, Biccard B. Assessment of the high-risk perioperative patient. Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain. 2014; 14(1):12-7.
- Talmor D, Kelly B. How to better identify patients at high risk of postoperative complications? Current Opinion in Critical Care. 2017; 23(5):417-23.
- Aronson S, Mythen MG. Perioperative management of high-risk patients: Going beyond “avoid hypoxia and hypotension”. JAMA. 2017; 318(14):1330-2.

Recomendação original disponível em:
www.choosingwisely.org.au/recommendations/anzca

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar o ato anestésico em doentes com expectativa de vida limitada, com elevado risco de morte ou recuperação funcional gravemente comprometida, sem discutir com a equipa e o doente, os resultados esperados e objetivos do tratamento.

Justificação /

Os doentes com baixa reserva fisiológica e/ou as cirurgias de elevado stress fisiológico, podem condicionar morbimortalidade significativa no perioperatório. A cada doente deve explicar–se os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas, assim como identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção. Esta situação é particularmente pertinente em doentes com expectativa de vida limitada. Esta discussão deve ser orientada por uma equipe multidisciplinar. É importante garantir a prestação de cuidados alternativos, focalizados no conforto e dignidade do doente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- McNicol L. Safety of anaesthesia: a review of anaesthesia-related mortality reporting in Australia and New Zealand 2009-2011. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2014. 28p.
- National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Knowing the risk. A review of the peri-operative care of surgical patients, 2011. Available from www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC_fullreport.pdf
- Norma 015/2013.Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, 015/2013 (03/10/2013, ATUALIZAÇÃO: 04/11/2015). Direção Geral de Saúde.
- Yentis, S. M., Hartle, A. J., Barker, I. R., Barker, P., Bogod, D. G., Clutton-Brock, T. H., Ruck Keene, A., Leifer, S., Naughton, A. and Plunkett, E. (2017), AAGBI: Consent for anaesthesia 2017. Anaesthesia, 72: 93-105.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/recommendations/#1476651640539-f279ec69-9e40

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar exames pré-operatórios por rotina, nomeadamente análises sanguíneas, radiografia do tórax ou provas funcionais respiratórias, mas adeque os pedidos de acordo com os fatores de risco do doente, a clínica, a patologia associada e a cirurgia proposta.

Justificação /

Os exames pré-operatórios têm por objetivo fornecer informação útil para a abordagem dos doentes nos cuidados perioperatórios.

As análises sanguíneas realizadas em doentes assintomáticos, para cirurgia de baixo risco, têm pouco valor e dificilmente modificam a abordagem anestésica ou o *outcome*. A história clínica e o exame objetivo devem ser utilizados para determinar a necessidade de realizar análises sanguíneas previamente a cirurgias de baixo risco.

A radiografia de tórax e a espirometria também devem ser pedidos com base na história clínica e no exame objetivo. Resultados positivos, na ausência de sinais ou sintomas, não modificam a abordagem no período perioperatório. Na grande maioria dos casos, a radiografia do tórax não é preditor de complicações pulmonares pós-operatórias e também não existe evidência suficiente para a realização de provas funcionais respiratórias para estratificação do risco de complicações pulmonares no período pós-operatório.

As provas funcionais respiratórias podem ser apropriadas previamente à realização de cirurgia cardíaca e cirurgia torácica como parte da avaliação da situação oncológica, e também na cirurgia de resseção pulmonar, na dispneia de causa não esclarecida e na necessidade de conhecer a resposta aos broncodilatadores nas patologias obstrutivas.

Em resumo, a decisão de realizar exames pré-operatórios deve ser feita de forma individualizada, e com base na história clínica, exame objetivo e cirurgia proposta.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- *Merchant R, Chartrand D, Dain S, et al. Guidelines to the practice of anesthesia – revised edition 2016. Can J Anesth 2016; 63:86-112. http://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Guidelines-2016.pdf*
- Keay L, Lindsley K, Tielsch J, et al. *Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3:CD007293.
- Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, et al. *Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery*. Ann Surg 2012;256(3):518–28.
- Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. *The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review*. Can J Anesth 2005; 52:568–74.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não ser submetido a uma cirurgia eletiva sem conhecer o seu risco cardiovascular e como minimizá-lo.

Justificação /

A avaliação do risco cardiovascular no doente proposto para cirurgia tem por objetivo identificar a probabilidade de sofrer um evento cardíaco agudo (insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio ou paragem cardíaca) ou um acidente vascular cerebral (AVC) no período perioperatório. O risco cardiovascular deve ser partilhado pelo seu médico assistente, assim como a prevenção e/ou terapêutica e seus benefícios.

Existem recomendações universais para minimizar o risco de eventos cardiovasculares, nomeadamente:

1. Abstenção tabágica, no mínimo 4 semanas antes da data proposta para a realização da cirurgia;
2. Atividade física: 150 a 300 minutos semanais de exercício de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de intensidade elevada. Na impossibilidade de cumprir, manter a atividade mínima possível;
3. Dieta equilibrada, fazendo substituir as gorduras saturadas por não saturadas, diminuindo o teor em sal e açúcar, incluindo as frutas e legumes e restringindo o consumo de álcool (< 100 g por semana);
4. Controlo individualizado da hipertensão arterial, através de medidas higieno-dietéticas e eventualmente terapêutica farmacológica;
5. Controlo dos valores séricos do colesterol e triglicerídeos;
6. Controlo metabólico da diabetes mellitus, com valor de HbA1c recente (últimos 3 meses).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sigrun Halvorsen, Julinda Mehilli, Salvatore Cassese, Trygve S Hall, Magdy Abdelhamid, Emanuele Barbato, Stefan De Hert, Ingrid de Laval, Tobias Geisler, Lynne Hinterbuchner, Borja Ibanez, Radosław Lenarczyk, Ulrich R Mansmann, Paul McGreavy, Christian Mueller, Claudio Muneretto, Alexander Niessner, Tatjana S Potpara, Arsen Ristić, L Elif Sade, Henrik Schirmer, Stefanie Schüpke, Henrik Sillesen, Helge Skulstad, Lucia Torracca, Oktay Tutarel, Peter Van Der Meer, Wojtek Wojakowski, Kai Zacharowski, ESC Scientific Document Group, 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery: Developed by the task force for cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC), European Heart Journal, Volume 43, Issue 39, 14 October 2022, Pages 3826–3924, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac270

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha suspender o consumo de ervas medicinais antes de ser submetido a uma cirurgia eletiva.

Justificação /

O consumo de produtos à base de plantas medicinais tem vindo a aumentar, sendo que alguns podem afetar a segurança do doente no período perioperatório. Há relatos de reações adversas associadas ao seu uso e também de interações com os fármacos que o doente toma ou com os usados na anestesia.

Cerca de um terço dos doentes que vão ser submetidos a uma cirurgia programada tomam plantas medicinais e, se não forem questionados especificamente, podem não o referir. Isso pode ser motivado pela perceção errónea de que as plantas são seguras por serem naturais.

A consulta pré-anestésica é importante para identificar e registar a medicação habitual; os doentes devem ser explicitamente inquiridos acerca de medicamentos não sujeitos a receita médica, os produtos à base de plantas e os suplementos alimentares.

Têm sido feitas sugestões acerca do período recomendável para eliminação das plantas medicinais antes de uma cirurgia eletiva, mas não há normas estabelecidas. A European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) recomenda, de uma forma geral, que a medicação à base de plantas seja descontinuada ou interrompida pelo menos duas semanas antes de um ato cirúrgico eletivo e a American Society of Anesthesia (ASA), aconselha um período de duas a três semanas, sempre que possível.

Alguns produtos medicinais com efeitos no período perioperatório são: alho, aloe vera, ginkgo biloba, kava, melatonina, valeriana, ginseng, erva de S. João, entre muitos outros.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Barros l, Coimbra P, Matias C, Fernandes N, Rocha F, Órfão C, Miranda C. Produtos naturais e avaliação pré operatória. Revista SPA. 2007; 16(4): 19 23.
- Guia de plantas medicinais e anestesia. In Procedimentos 2017, IPO Lisboa, Serviço de Anestesiologia (pp 439-441).

- De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, Bock M, Chew MS, Coburn M, De Robertis E, Drinhaus H, Feldheiser A, Geldner G, Lahner D, Macas A, Neuhaus C, Rauch S, Santos-Ampuero MA, Solca M, Tanha N, Traskaite V, Wagner G, Wappler F. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2018 Jun;35(6):407-465. doi: 10.1097/EJA.0000000000000817. PMID: 29708905.
- Muluk V. et al. Perioperative medication management. UpToDate Dec 2013. Disponível em: www.uptodate.com

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever, por rotina, opióides de libertação prolongada no tratamento da dor aguda, exceto se houver necessidade demonstrada, monitorização adequada e programação da data de fim.

Justificação /

A dor experienciada por um paciente em resposta a um estímulo nocivo (cirurgia, trauma ou doença médica) é variável e geralmente melhora com o tempo. As decisões sobre a gestão da dor aguda devem ser adaptadas de acordo com a avaliação individual do doente e o ambiente de cuidados. Se a dor aguda for moderada ou grave e considerado que exista resposta a opióides, os opióides de libertação imediata podem estar indicados, como parte de um regime analgésico multimodal. Idealmente, deveriam ser titulados para o efeito e suspensos logo que possível.

Evitar a prescrição por rotina de opióides de libertação prolongada (LP) no tratamento da dor aguda, em ambiente hospitalar, exceto se houver necessidade demonstrada, esteja disponível monitorização adequada e exista um plano de suspensão. O início e fim de ação lentos destes fármacos não permitem uma titulação rápida e segura. A sua utilização no contexto da dor aguda tem sido associada a um risco aumentado de depressão respiratória induzida por opióides, entre outros efeitos adversos; alívio menos eficaz da dor aguda; maior risco de uso prolongado de opióides. Os opióides LP administram uma dose base constante, potencialmente excessiva para as necessidades e que representa um acréscimo imprevisível se for administrado concomitantemente um opióide de libertação rápida.

Em 2022, a Comissão Australiana de Segurança e Qualidade nos Cuidados de Saúde referiu que o uso de opióides LP na dor aguda “deve ser excecional e não rotineiro”.

Os opióides LP não estão recomendados para o tratamento da dor aguda. A sua prescrição implica obrigações e responsabilidades adicionais do prescritor. No entanto, estes medicamentos devem ser mantidos na dose anterior em doentes com dor aguda que já estão a opióides LP para tratamento crónico. A posologia habitual deve ser verificada antes do opióde LP ser prescrito.

Se houver necessidade demonstrada de um opióide LP, deve ser considerada a prescrição de fármacos com menor risco de depressão respiratória – por exemplo, tramadol, tapentadol ou buprenorfina (considerando sempre os riscos individuais do doente, as vulnerabilidades e as potenciais interações medicamentosas).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine PS41 Position statement on acute pain management 2022. Available from https://www.anzca.edu.au/getattachment/558316c5-ea93-457c-b51f-d57556b0ffa7/PS41-Guideline-on-acute-pain-management
- Awadalla R, Liu S, Kemp-Casey A, Gnjidic D, Patanwala A, Stevens J, et al. Impact of an Australian/New Zealand organisational position statement on extended-release opioid prescribing among surgical inpatients: a dual centre before-and-after study. Anaesthesia 2021;76(12):1607-1615
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard - Acute care edition. 2022. Available from https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/opioid-analgesic-stewardship-acute-pain-clinical-care-standard-2022
- Kim T, Zhou CE, Sara RA, Lightfoot NJ. The effect of perioperative sustained-release opioid use on long-term opioid dispensing following total knee arthroplasty: a retrospective cohort study. N Z Med J 2021;134(1544):57-68

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/anzca6

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar profilaxia antibiótica além da recomendada. A profilaxia em dose única deve ser administrada no momento correto (0-60 minutos antes da incisão cirúrgica) e, se em casos excecionais, for necessária a administração pós-operatória, esta deve ser limitada a 24 horas.

Justificação /

A infeção do local cirúrgico é uma complicação pós-operatória com uma incidência de 2-5%, representando morbilidade e mortalidade considerável. Vários estudos realizados nos últimos anos demonstraram que a profilaxia antibiótica cirúrgica adequada pode reduzir a taxa de infeção da ferida cirúrgica.

Para tal, o antibiótico deve ser eficaz contra os agentes patogénicos com maior probabilidade de contaminar a ferida e deve ser administrado no momento e na dose certa, de forma a garantir um nível sérico e uma concentração tecidular eficazes no momento da potencial contaminação. De acordo com as recomendações atuais de prevenção da infeção do local cirúrgico, deve ser cumprido um intervalo de 60 minutos antes da incisão ou, no caso de cirurgias com garrote, 60 minutos antes da insuflação do mesmo. Uma dose única é geralmente suficiente. Uma segunda dose deve ser administrada se a duração da cirurgia exceder o dobro da semi-vida do antibiótico ou em caso de perda de sangue > 1.500 ml. A administração pós-operatória não é geralmente necessária, mas, caso ocorra, deve ser limitada a 24 horas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kim T, Zhou CE, Sara RA, Lightfoot NJ. The effect of perioperative sustained-release opioid use on long-term opioid dispensing following total knee arthroplasty: a retrospective cohort study. N Z Med J 2021;134(1544):57-68 Senn LV, Widmer A, Zanetti G, Kuster S. Aktualisierte Empfehlungen zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der Schweiz, 2015. Swiss-noso Bulletin. 2015;20:1 –8

- Allegranzi B, Bischoff P, de Jonge S, Kubilay NZ, Zayed B, Gomes SM, et al.; WHO Guidelines Development Group. New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis. 2016 Dec;16(12):e276–87. dx.doi.org/10.1016/ S1473-3099(16)30398-X.

Recomendação original disponível em:

https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/translate-to-franzoesisch-anaesthesiologie-und-perioperative-medizin-2024

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever opióides após alta hospitalar em doente(s) "opioide naive". Se, no entanto, for necessário, a prescrição deve ser acompanhada de um esquema inequívoco para a redução da dose e a suspensão a médio prazo.

Justificação /

A resposta à dor e o seu tratamento no pós-operatório são variáveis, pelo que a administração de opióides deve ser adaptada individualmente. Sempre que possível, os opióides devem ser reduzidos e interrompidos durante o internamento, de forma a limitar o risco de efeitos secundários e o desenvolvimento de dependência. Os doentes que são "opioide naive" no momento da admissão hospitalar não devem, se possível, ter alta com opióides prescritos. Se necessário, um esquema inequívoco para a redução da dose e suspensão a médio prazo deve ser fornecido.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Levy N, Quinlan J, El-Boghdadly K, Fawcett WJ, Agarwal V, Bastable RB, et al. An international multidisciplinary consensus statement on the prevention of opioid-related harm in adult surgical patients. Anaesthesia 2021; 76: 520-536.
- Macintyre PE, Quinlan J, Levy N, Lobo DN. Current Issues in the Use of Opioids for the Management of Postoperative Pain: A Review. JAMA Surg 2022; 157: 158-166

Recomendação original disponível em:

https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/translate-to-franzoesisch-anaesthesiologie-und-perioperative-medizin-2024

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médico

Recomendação /

Escolha os exames auxiliares de diagnóstico a solicitar na avaliação pré-operatória, tendo em conta a história clínica, exame físico e o procedimento proposto.

Justificação /

A seleção e temporização dos exames auxiliares de diagnóstico pré-operatórios devem ser baseadas nos dados colhidos na história clínica, exame físico, registos médicos e no procedimento cirúrgico a realizar.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Norma 029/2013.Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos, (31/12/2013 atualizada a 24/04/2015). Direção Geral de Saúde.
- De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. European Journal of Anaesthesiology (EJA). 2018; 35(6):407-65.
- Dobson G, Chong M, Chow L, Flexman A, Kurrek M, Laflamme C, et al. Guidelines to the Practice of Anesthesia – Revised Edition 2018. Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie. 2018; 65(1):76-104.
- Routine preoperative tests for elective surgery. BJU International. 2018;121(1):12-6.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar ecocardiograma transtorácico em repouso em doentes assintomáticos propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico minor.

Justificação /

O ecocardiograma transtorácico em repouso nos doentes assintomáticos não constituí um valor adicional para a avaliação clínica em doentes propostos para cirurgia não cardíaca de risco cirúrgico minor.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Norma 029/2013. Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos, (31/12/2013 atualizada a 24/04/2015). Direção Geral de Saúde.
- Kristensen SD, Knuuti J, Saraste A, Anker S, Botker HE, De Hert S, et al. 2014 ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management: The Joint Task Force on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Anaesthesiology (ESA). European Journal of Anaesthesiology. 2014;31(10):517-73.
- Guarracino F, Baldassarri R, Priebe HJ. Revised ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. Implications for preoperative clinical evaluation. Minerva Anestesiologica. 2015;81(2):226-33.
- Devereaux PJ, Sessler DI. Cardiac Complications in Patients Undergoing Major Noncardiac Surgery. The New England Journal of Medicine. 2015;373(23):2258-69.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir unidades de concentrado eritrócitário em doentes hemodinamicamente estáveis, sem hemorragia ativa, sem doença coronária, sem lesão neurocrítica aguda e sem sintomas, se tiverem hemoglobina ≥7,0 g/dL.

Justificação /

A decisão para transfundir deve basear-se numa combinação de vários fatores: valor de hemoglobina, patologias associadas e situação clínica do doente. O limiar do valor de hemoglobina para transfusão permanece controverso, mas a evidência atual recomenda que seja utilizado um limiar restritivo (<7,0 g/dL) para a maioria dos doentes estáveis sem evidência de oxigenação tecidual inadequada. Em doentes com doença cardiovascular preexistente recomenda-se um limiar de 8,0 g/dL.

Existem ainda outras exceções, nomeadamente doentes com síndrome coronário agudo, com choque séptico e sinais de hipoperfusão refratária, ou com lesão neurocrítica aguda, nos quais devem ser utilizados limiares de hemoglobina mais elevados (a individualizar). No doente com hemorragia ativa aguda, o valor da hemoglobina é um mau indicador da necessidade transfusional, a qual também deve ser individualizada.

A transfusão de uma única unidade de concentrado eritrocitário deve ser o padrão para doentes hospitalizados que não apresentem hemorragia ativa. Só devem ser prescritas unidades adicionais após a reavaliação clínica do doente e do seu valor de hemoglobina.

Cada unidade de sangue transfundida está associada a um aumento de riscos para o doente. Comparativamente a uma política transfusional menos restritiva, o uso de unidades de concentrado eritrocitário para um limiar de hemoglobina <7 g/dL reduz complicações, nomeadamente infeções associadas a cuidados de saúde e pode diminuir mortalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Walsh TS, Boyd JA, Watson D, Hope D, Lewis S, Krishan A, Forbes JF, Ramsay P, Pearse R, Wallis C, et al.; RELIEVE Investigators. Restrictive versus liberal transfusion strategies for older mechanically ventilated critically ill patients: a randomized pilot trial. Crit Care Med 2013; 41: 2354–2363.
- 321: 983-997.Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. 2013; 2013:638-644.
- Practice Guidelines for Perioperative Blood Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Anesthesiology. 2015; 122(2):241-75.
- Mueller M, van Remoortel H, Meybohm P et al. Patient blood management recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA 2019. 321:983-997.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar o ato anestésico em doentes com comorbilidades significativas sem uma avaliação pré-operatória apropriada realizada em tempo útil e com apoio pós-operatório adequado às suas necessidades.

Justificação /

A capacidade de prestar cuidados perioperatórios adequados aos doentes com comorbilidades significativas é um fator determinante para se obterem bons resultados clínicos. A avaliação pré-operatória deve ser adequada e oportuna para garantir todo o perioperatório num local capaz de prestar os cuidados necessários ao doente e ao procedimento a que este será sujeito. A existência no intra e pós-operatório de pessoal, equipamento e infraestruturas adequadas deve ser avaliada e planeada no pré-operatório.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sankar A, Beattie WS, Wijeysundera DN. How can we identify the high-risk patient? Current Opinion in Critical Care. 2015; 21(4):328-35.
- Minto G, Biccard B. Assessment of the high-risk perioperative patient. Continuing Education in Anaesthesia Critical Care & Pain. 2014; 14(1):12-7.
- Talmor D, Kelly B. How to better identify patients at high risk of postoperative complications? Current Opinion in Critical Care. 2017; 23(5):417-23.
- Aronson S, Mythen MG. Perioperative management of high-risk patients: Going beyond “avoid hypoxia and hypotension”. JAMA. 2017; 318(14):1330-2.

Recomendação original disponível em:
www.choosingwisely.org.au/recommendations/anzca

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar o ato anestésico em doentes com expectativa de vida limitada, com elevado risco de morte ou recuperação funcional gravemente comprometida, sem discutir com a equipa e o doente, os resultados esperados e objetivos do tratamento.

Justificação /

Os doentes com baixa reserva fisiológica e/ou as cirurgias de elevado stress fisiológico, podem condicionar morbimortalidade significativa no perioperatório. A cada doente deve explicar–se os potenciais benefícios, riscos frequentes e riscos graves associados ao procedimento e as eventuais alternativas viáveis e cientificamente reconhecidas, assim como identificar os potenciais riscos decorrentes de uma não intervenção. Esta situação é particularmente pertinente em doentes com expectativa de vida limitada. Esta discussão deve ser orientada por uma equipe multidisciplinar. É importante garantir a prestação de cuidados alternativos, focalizados no conforto e dignidade do doente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- McNicol L. Safety of anaesthesia: a review of anaesthesia-related mortality reporting in Australia and New Zealand 2009-2011. Melbourne: Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2014. 28p.
- National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. Knowing the risk. A review of the peri-operative care of surgical patients, 2011. Available from www.ncepod.org.uk/2011report2/downloads/POC_fullreport.pdf
- Norma 015/2013.Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito, 015/2013 (03/10/2013, ATUALIZAÇÃO: 04/11/2015). Direção Geral de Saúde.
- Yentis, S. M., Hartle, A. J., Barker, I. R., Barker, P., Bogod, D. G., Clutton-Brock, T. H., Ruck Keene, A., Leifer, S., Naughton, A. and Plunkett, E. (2017), AAGBI: Consent for anaesthesia 2017. Anaesthesia, 72: 93-105.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/recommendations/#1476651640539-f279ec69-9e40

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar exames pré-operatórios por rotina, nomeadamente análises sanguíneas, radiografia do tórax ou provas funcionais respiratórias, mas adeque os pedidos de acordo com os fatores de risco do doente, a clínica, a patologia associada e a cirurgia proposta.

Justificação /

Os exames pré-operatórios têm por objetivo fornecer informação útil para a abordagem dos doentes nos cuidados perioperatórios.

As análises sanguíneas realizadas em doentes assintomáticos, para cirurgia de baixo risco, têm pouco valor e dificilmente modificam a abordagem anestésica ou o *outcome*. A história clínica e o exame objetivo devem ser utilizados para determinar a necessidade de realizar análises sanguíneas previamente a cirurgias de baixo risco.

A radiografia de tórax e a espirometria também devem ser pedidos com base na história clínica e no exame objetivo. Resultados positivos, na ausência de sinais ou sintomas, não modificam a abordagem no período perioperatório. Na grande maioria dos casos, a radiografia do tórax não é preditor de complicações pulmonares pós-operatórias e também não existe evidência suficiente para a realização de provas funcionais respiratórias para estratificação do risco de complicações pulmonares no período pós-operatório.

As provas funcionais respiratórias podem ser apropriadas previamente à realização de cirurgia cardíaca e cirurgia torácica como parte da avaliação da situação oncológica, e também na cirurgia de resseção pulmonar, na dispneia de causa não esclarecida e na necessidade de conhecer a resposta aos broncodilatadores nas patologias obstrutivas.

Em resumo, a decisão de realizar exames pré-operatórios deve ser feita de forma individualizada, e com base na história clínica, exame objetivo e cirurgia proposta.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- *Merchant R, Chartrand D, Dain S, et al. Guidelines to the practice of anesthesia – revised edition 2016. Can J Anesth 2016; 63:86-112. http://www.cas.ca/English/Page/Files/97_Guidelines-2016.pdf*
- Keay L, Lindsley K, Tielsch J, et al. *Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3:CD007293.
- Benarroch-Gampel J, Sheffield KM, Duncan CB, et al. *Preoperative laboratory testing in patients undergoing elective, low-risk ambulatory surgery*. Ann Surg 2012;256(3):518–28.
- Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. *The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review*. Can J Anesth 2005; 52:568–74.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não ser submetido a uma cirurgia eletiva sem conhecer o seu risco cardiovascular e como minimizá-lo.

Justificação /

A avaliação do risco cardiovascular no doente proposto para cirurgia tem por objetivo identificar a probabilidade de sofrer um evento cardíaco agudo (insuficiência cardíaca, enfarte do miocárdio ou paragem cardíaca) ou um acidente vascular cerebral (AVC) no período perioperatório. O risco cardiovascular deve ser partilhado pelo seu médico assistente, assim como a prevenção e/ou terapêutica e seus benefícios.

Existem recomendações universais para minimizar o risco de eventos cardiovasculares, nomeadamente:

1. Abstenção tabágica, no mínimo 4 semanas antes da data proposta para a realização da cirurgia;
2. Atividade física: 150 a 300 minutos semanais de exercício de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de intensidade elevada. Na impossibilidade de cumprir, manter a atividade mínima possível;
3. Dieta equilibrada, fazendo substituir as gorduras saturadas por não saturadas, diminuindo o teor em sal e açúcar, incluindo as frutas e legumes e restringindo o consumo de álcool (< 100 g por semana);
4. Controlo individualizado da hipertensão arterial, através de medidas higieno-dietéticas e eventualmente terapêutica farmacológica;
5. Controlo dos valores séricos do colesterol e triglicerídeos;
6. Controlo metabólico da diabetes mellitus, com valor de HbA1c recente (últimos 3 meses).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sigrun Halvorsen, Julinda Mehilli, Salvatore Cassese, Trygve S Hall, Magdy Abdelhamid, Emanuele Barbato, Stefan De Hert, Ingrid de Laval, Tobias Geisler, Lynne Hinterbuchner, Borja Ibanez, Radosław Lenarczyk, Ulrich R Mansmann, Paul McGreavy, Christian Mueller, Claudio Muneretto, Alexander Niessner, Tatjana S Potpara, Arsen Ristić, L Elif Sade, Henrik Schirmer, Stefanie Schüpke, Henrik Sillesen, Helge Skulstad, Lucia Torracca, Oktay Tutarel, Peter Van Der Meer, Wojtek Wojakowski, Kai Zacharowski, ESC Scientific Document Group, 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery: Developed by the task force for cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC), European Heart Journal, Volume 43, Issue 39, 14 October 2022, Pages 3826–3924, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac270

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha suspender o consumo de ervas medicinais antes de ser submetido a uma cirurgia eletiva.

Justificação /

O consumo de produtos à base de plantas medicinais tem vindo a aumentar, sendo que alguns podem afetar a segurança do doente no período perioperatório. Há relatos de reações adversas associadas ao seu uso e também de interações com os fármacos que o doente toma ou com os usados na anestesia.

Cerca de um terço dos doentes que vão ser submetidos a uma cirurgia programada tomam plantas medicinais e, se não forem questionados especificamente, podem não o referir. Isso pode ser motivado pela perceção errónea de que as plantas são seguras por serem naturais.

A consulta pré-anestésica é importante para identificar e registar a medicação habitual; os doentes devem ser explicitamente inquiridos acerca de medicamentos não sujeitos a receita médica, os produtos à base de plantas e os suplementos alimentares.

Têm sido feitas sugestões acerca do período recomendável para eliminação das plantas medicinais antes de uma cirurgia eletiva, mas não há normas estabelecidas. A European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC) recomenda, de uma forma geral, que a medicação à base de plantas seja descontinuada ou interrompida pelo menos duas semanas antes de um ato cirúrgico eletivo e a American Society of Anesthesia (ASA), aconselha um período de duas a três semanas, sempre que possível.

Alguns produtos medicinais com efeitos no período perioperatório são: alho, aloe vera, ginkgo biloba, kava, melatonina, valeriana, ginseng, erva de S. João, entre muitos outros.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Barros l, Coimbra P, Matias C, Fernandes N, Rocha F, Órfão C, Miranda C. Produtos naturais e avaliação pré operatória. Revista SPA. 2007; 16(4): 19 23.
- Guia de plantas medicinais e anestesia. In Procedimentos 2017, IPO Lisboa, Serviço de Anestesiologia (pp 439-441).

- De Hert S, Staender S, Fritsch G, Hinkelbein J, Afshari A, Bettelli G, Bock M, Chew MS, Coburn M, De Robertis E, Drinhaus H, Feldheiser A, Geldner G, Lahner D, Macas A, Neuhaus C, Rauch S, Santos-Ampuero MA, Solca M, Tanha N, Traskaite V, Wagner G, Wappler F. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol. 2018 Jun;35(6):407-465. doi: 10.1097/EJA.0000000000000817. PMID: 29708905.
- Muluk V. et al. Perioperative medication management. UpToDate Dec 2013. Disponível em: www.uptodate.com

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever, por rotina, opióides de libertação prolongada no tratamento da dor aguda, exceto se houver necessidade demonstrada, monitorização adequada e programação da data de fim.

Justificação /

A dor experienciada por um paciente em resposta a um estímulo nocivo (cirurgia, trauma ou doença médica) é variável e geralmente melhora com o tempo. As decisões sobre a gestão da dor aguda devem ser adaptadas de acordo com a avaliação individual do doente e o ambiente de cuidados. Se a dor aguda for moderada ou grave e considerado que exista resposta a opióides, os opióides de libertação imediata podem estar indicados, como parte de um regime analgésico multimodal. Idealmente, deveriam ser titulados para o efeito e suspensos logo que possível.

Evitar a prescrição por rotina de opióides de libertação prolongada (LP) no tratamento da dor aguda, em ambiente hospitalar, exceto se houver necessidade demonstrada, esteja disponível monitorização adequada e exista um plano de suspensão. O início e fim de ação lentos destes fármacos não permitem uma titulação rápida e segura. A sua utilização no contexto da dor aguda tem sido associada a um risco aumentado de depressão respiratória induzida por opióides, entre outros efeitos adversos; alívio menos eficaz da dor aguda; maior risco de uso prolongado de opióides. Os opióides LP administram uma dose base constante, potencialmente excessiva para as necessidades e que representa um acréscimo imprevisível se for administrado concomitantemente um opióide de libertação rápida.

Em 2022, a Comissão Australiana de Segurança e Qualidade nos Cuidados de Saúde referiu que o uso de opióides LP na dor aguda “deve ser excecional e não rotineiro”.

Os opióides LP não estão aprovados pela TGA (Therapeutic Goods Administration – Austrália) para o tratamento da dor aguda e, por isso, tal utilização é off-label. A prescrição off-label implica obrigações e responsabilidades adicionais do prescritor. No entanto, estes medicamentos devem ser mantidos na dose anterior em doentes com dor aguda que já estão a opióides LP para tratamento crónico. A posologia habitual deve ser verificada antes do opióde LP ser prescrito.

Se houver necessidade demonstrada de um opióide LP, deve ser considerada a prescrição de fármacos com menor risco de depressão respiratória – por exemplo, tramadol, tapentadol ou buprenorfina (considerando sempre os riscos individuais do doente, as vulnerabilidades e as potenciais interações medicamentosas).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine PS41 Position statement on acute pain management 2022. Available from https://www.anzca.edu.au/getattachment/558316c5-ea93-457c-b51f-d57556b0ffa7/PS41-Guideline-on-acute-pain-management
- Awadalla R, Liu S, Kemp-Casey A, Gnjidic D, Patanwala A, Stevens J, et al. Impact of an Australian/New Zealand organisational position statement on extended-release opioid prescribing among surgical inpatients: a dual centre before-and-after study. Anaesthesia 2021;76(12):1607-1615
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Opioid Analgesic Stewardship in Acute Pain Clinical Care Standard - Acute care edition. 2022. Available from https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/opioid-analgesic-stewardship-acute-pain-clinical-care-standard-2022
- Kim T, Zhou CE, Sara RA, Lightfoot NJ. The effect of perioperative sustained-release opioid use on long-term opioid dispensing following total knee arthroplasty: a retrospective cohort study. N Z Med J 2021;134(1544):57-68

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/anzca6

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar profilaxia antibiótica além da recomendada. A profilaxia em dose única deve ser administrada no momento correto (0-60 minutos antes da incisão cirúrgica) e, se em casos excecionais, for necessária a administração pós-operatória, esta deve ser limitada a 24 horas.

Justificação /

A infeção do local cirúrgico é uma complicação pós-operatória com uma incidência de 2-5%, representando morbilidade e mortalidade considerável. Vários estudos realizados nos últimos anos demonstraram que a profilaxia antibiótica cirúrgica adequada pode reduzir a taxa de infeção da ferida cirúrgica.

Para tal, o antibiótico deve ser eficaz contra os agentes patogénicos com maior probabilidade de contaminar a ferida e deve ser administrado no momento e na dose certa, de forma a garantir um nível sérico e uma concentração tecidular eficazes no momento da potencial contaminação. De acordo com as recomendações atuais de prevenção da infeção do local cirúrgico, deve ser cumprido um intervalo de 60 minutos antes da incisão ou, no caso de cirurgias com garrote, 60 minutos antes da insuflação do mesmo. Uma dose única é geralmente suficiente. Uma segunda dose deve ser administrada se a duração da cirurgia exceder o dobro da semi-vida do antibiótico ou em caso de perda de sangue > 1.500 ml. A administração pós-operatória não é geralmente necessária, mas, caso ocorra, deve ser limitada a 24 horas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kim T, Zhou CE, Sara RA, Lightfoot NJ. The effect of perioperative sustained-release opioid use on long-term opioid dispensing following total knee arthroplasty: a retrospective cohort study. N Z Med J 2021;134(1544):57-68 Senn LV, Widmer A, Zanetti G, Kuster S. Aktualisierte Empfehlungen zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe in der Schweiz, 2015. Swiss-noso Bulletin. 2015;20:1 –8

- Allegranzi B, Bischoff P, de Jonge S, Kubilay NZ, Zayed B, Gomes SM, et al.; WHO Guidelines Development Group. New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. Lancet Infect Dis. 2016 Dec;16(12):e276–87. dx.doi.org/10.1016/ S1473-3099(16)30398-X.

Recomendação original disponível em:

https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/translate-to-franzoesisch-anaesthesiologie-und-perioperative-medizin-2024

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever opióides após alta hospitalar em doente(s) "opioide naive". Se, no entanto, for necessário, a prescrição deve ser acompanhada de um esquema inequívoco para a redução da dose e a suspensão a médio prazo.

Justificação /

A resposta à dor e o seu tratamento no pós-operatório são variáveis, pelo que a administração de opióides deve ser adaptada individualmente. Sempre que possível, os opióides devem ser reduzidos e interrompidos durante o internamento, de forma a limitar o risco de efeitos secundários e o desenvolvimento de dependência. Os doentes que são "opioide naive" no momento da admissão hospitalar não devem, se possível, ter alta com opióides prescritos. Se necessário, um esquema inequívoco para a redução da dose e suspensão a médio prazo deve ser fornecido.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Levy N, Quinlan J, El-Boghdadly K, Fawcett WJ, Agarwal V, Bastable RB, et al. An international multidisciplinary consensus statement on the prevention of opioid-related harm in adult surgical patients. Anaesthesia 2021; 76: 520-536.
- Macintyre PE, Quinlan J, Levy N, Lobo DN. Current Issues in the Use of Opioids for the Management of Postoperative Pain: A Review. JAMA Surg 2022; 157: 158-166

Recomendação original disponível em:

https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/translate-to-franzoesisch-anaesthesiologie-und-perioperative-medizin-2024

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médico

Recomendação /

Escolha não realizar correção cirúrgica ou endovascular de aneurisma fusiforme assintomático da aorta abdominal com diâmetro inferior a 5 cm nas mulheres e 5.5 cm nos homens.

Justificação /

A correção cirúrgica ou endovascular de aneurismas fusiformes assintomáticos da aorta abdominal com diâmetro inferior a 5 cm em mulheres e 5,5 cm em homens não está indicada. O risco de rotura é baixo em aneurismas assintomáticos de diâmetro inferior a 5 cm nas mulheres e 5.5 cm nos homens.
As complicações peri operatórias, superam os potenciais benefícios. O acompanhamento clínico regular, com controlo por imagem é a abordagem recomendada.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.11.002

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar endarterectomia carotídea/stenting carotídeo em doentes com estenose carotídea assintomática, de elevado risco cirúrgico e com esperança média de vida inferior a 5 anos.

Justificação /

A endarterectomia carotídea ou o stenting carotídeo não estão recomendados em doentes com estenose carotídea assintomática, de elevado risco cirúrgico e com esperança média de vida inferior a 5 anos. Nestes casos os riscos do procedimento superam os benefícios. A redução do risco do acidente vascular cerebral, após endarterectomia carotídea ou stenting carotídeo ocorre ao longo de vários anos. O tratamento deve dar prioridade ao controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovascular, estilo de vida saudável, cessação tabágica, antiagregante e estatina.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2023 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2022.04.011

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar rastreio de doença arterial periférica oclusiva, com índice Doppler tornozelo-braço, em doentes assintomáticos, de baixo risco cardiovascular.

Justificação /

Em indivíduos assintomáticos e com baixo risco cardiovascular, a probabilidade de deteção de doença arterial periférica oclusiva é baixa, tornando o rastreio com índice Doppler tornozelo-braço desnecessário. A realização indiscriminada de meios complementares de diagnóstico produz falsos positivos, gastos em saúde, com consequentes exames adicionais que não beneficiam o doente. O rastreio com índice Doppler tornozelo-braço deve ser reservado para indivíduos com elevado risco ou com sintomas sugestivos de doença arterial periférica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha o índice Doppler tornozelo-braço para confirmar o diagnóstico de doença arterial periférica oclusiva.

Justificação /

O índice Doppler tornozelo-braço é recomendado como o exame mais adequado para confirmar o diagnóstico de doença arterial periférica oclusiva devido à sua elevada sensibilidade e especificidade para identificar obstruções arteriais significativas. O índice Doppler tornozelo-braço é uma ferramenta validada, amplamente disponível e de baixo custo, que permite distinguir com precisão doentes com e sem doença arterial periférica oclusiva. Além disso, o índice Doppler tornozelo-braço oferece informações prognósticas relevantes, ajudando a avaliar o risco cardiovascular e apoia a decisão terapêutica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar métodos de imagem, como o eco-Doppler, para o diagnóstico de claudicação intermitente de causa arterial.

Justificação /

Não se recomenda o uso de métodos de imagem, como o eco-Doppler, no diagnóstico inicial de claudicação intermitente de causa arterial. O diagnóstico deve basear-se na história clínica, exame objetivo e testes simples, como o índice Doppler tornozelo-braço. A imagem, nesta fase, pouco contribui para o diagnóstico, pode atrasar o tratamento e gerar custos desnecessários. Deve ser reservada para casos específicos, como para planear intervenções.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não recorrer a métodos de imagem, como o eco-Doppler, em doentes com claudicação intermitente, de causa arterial, com indicação para tratamento médico.

Justificação /

Os métodos de imagem, como o eco-Doppler não devem ser utilizados em doentes com claudicação intermitente de causa arterial com indicação para tratamento médico. Nestes doentes o diagnóstico é realizado através de história clínica, exame objetivo e testes não-invasivos, como o índice Doppler tornozelo-braço. Os métodos de imagem não alteram a abordagem terapêutica e devem ser reservados para doentes com indicação para intervenção cirúrgica ou endovascular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar revascularização cirúrgica ou endovascular em doentes assintomáticos com doença arterial periférica oclusiva.

Justificação /

A revascularização cirúrgica ou endovascular não é recomendada em doentes assintomáticos com doença arterial periférica oclusiva. Esta recomendação baseia-se na ausência de benefícios face aos riscos de complicações associados à intervenção. O tratamento destes doentes deve ser médico, centrando-se no controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovascular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não considerar a revascularização cirúrgica ou endovascular como primeira linha de tratamento em doentes com claudicação intermitente de causa arterial.

Justificação /

A revascularização cirúrgica ou endovascular não é considerada a primeira opção de tratamento em doentes com claudicação intermitente com origem arterial. O tratamento de primeira linha consiste no controlo dos fatores de risco aterosclerótico, programa de marcha, cessação tabágica, estilo de vida saudável, toma de estatina e antiagregante.
A revascularização deve ser reservada para os casos refratários, com sintomas limitantes apesar de tratamento médico otimizado, desde que o doente aceite os riscos associados à intervenção.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha excluir obesidade, síndrome metabólico e diabetes em todos os doentes com doença arterial periférica.

Justificação /

O rastreio de obesidade, síndrome metabólico e diabetes em doentes com doença arterial periférica é recomendável devido à associação entre estas patologias e a progressão da aterosclerose. A obesidade, o síndrome metabólico e a diabetes aumentam a probabilidade de eventos cardiovasculares graves e eventos adversos de membro. O controlo destas doenças poderá contribuir para a redução da morbimortalidade cardiovascular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha recomendar a vigilância dos fatores de risco cardiovascular, incluindo cessação tabágica, controlo da pressão arterial, um estilo de vida saudável (exercício físico e dieta equilibrada), bem como a prescrição de estatina e antiagregante plaquetário nos doentes com aneurisma da aorta abdominal.

Justificação /

Esta recomendação aplica-se a todos os doentes com o diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal, independentemente do tamanho do aneurisma ou da indicação cirúrgica, e visa reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovascular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha recomendar cessação tabágica em todos os doentes fumadores com suspeita ou com doença arterial periférica confirmada.

Justificação /

O tabagismo está associado a progressão da doença arterial periférica, eventos cardíacos major e a amputação de membro.
O médico deve questionar sobre a presença de hábitos tabágicos, recomendar cessação tabágica, recomendar terapia comportamental e prescrever farmacoterapia adequada.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha prescrever estatina de alta intensidade nos doentes com doença arterial periférica.

Justificação /

O tratamento com estatinas de alta intensidade reduz os níveis de colesterol LDL, o risco de eventos cardiovasculares graves (como o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral) e reduz eventos específicos de membros, como a amputação. As estatinas atrasam a progressão da doença arterial periférica, estabilizam as placas de aterosclerose e melhoram a função endotelial. A sua prescrição é suportada pela evidência científica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha incentivar todos os doentes com doença arterial periférica a realizar 150-300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada, por semana.

Justificação /

A atividade física aeróbica regular nos doentes com doença arterial periférica melhora a capacidade funcional, reduz a progressão da doença e diminui a mortalidade e morbilidade cardiovascular. É uma estratégia custo-eficaz e baseada em evidência científica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha recomendar um programa de marcha, idealmente supervisionado, como tratamento de primeira linha em doentes com claudicação intermitente.

Justificação /

Exercícios supervisionados e estruturados aumentam a distância máxima de marcha, melhoram a qualidade de vida e diminuem as limitações funcionais. O exercício supervisionado é o tratamento de primeira linha, quando comparado com tratamentos invasivos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ESVS 2024 Guidelines DOI: 10.1016/j.ejvs.2023.08.067

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar ecocardiograma transtorácico "por rotina" como teste inicial para avaliar a estrutura, a função ou as válvulas cardíacas em doente sem sintomas ou sinais de doença cardiovascular.

Justificação /

A ecocardiografia é uma técnica segura, disponível e eficaz para a avaliação da estrutura e função cardíaca, contudo o seu uso para rastreio de patologia cardiovascular na população em geral é uma medida dispendiosa e não diminui a taxa de eventos cardiovasculares, nomeadamente mortalidade global, mortalidade cardiovascular, enfarte do miocárdio ou acidente vascular cerebral.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Steeds R, Garbi M, Cardim N, Kasprzak J, Sade E, Nihoyannopoulos P, Popescu B, Stefanidis A, Cosyns B, Monaghan M, Aakhus S, Edvardsen T, Flachskampf F, Galiuto L, Athanassopoulos G, Lancellotti P. EACVI appropriateness criteria for the use of transthoracic echocardiography in adults: a report of literature and current practice review. European Heart Journal - Cardiovascular Imaging. 2017; 18:1191–1204.
- ACCF/ASE/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 2011; 24:229-67.
- Hackett I, Ward RP. Appropriate Use Criteria for Echocardiography in the Era of Value-Based Care: Mission Accomplished or Future Mandates? Curr Cardiol Rep. 2020;22(8):69.
- Lindekleiv H, Løchen M, Mathiesen E, Njølstad I, Wilsgaard T, Schirmer H. Echocardiographic Screening of the General Population and Long-term Survival. A Randomized Clinical Study. JAMA Intern Med. 2013; 173(17):1592-1598.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cardiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar por rotina exames imagiológicos contrastados no pós-operatório de cirurgia de obesidade.

Justificação /

O uso por rotina de exames imagiológicos contrastados após cirurgia bariátrica é uma prática comum em centros de referência. Esta prática está associada a um internamento mais prolongado, sem que tenha qualquer efeito no diagnóstico ou na taxa de fistulização.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rahman U, Docimo S, Pryor AD, Bates A, Obeid NR, Spaniolas K. Routine contrast imaging after bariatric surgery and the effect on hospital length of stay. Surg Obes Relat Dis. 2018 Apr;14(4):517-520. doi: 10.1016/j.soard.2017.12.023.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não colocar drenos por rotina em cirurgia de obesidade.

Justificação /

A colocação de drenos por rotina em cirurgia de obesidade tem sido amplamente debatida. Não existe, contudo, evidência de que a drenagem por rotina traga algum benefício para os doentes, podendo inclusivamente aumentar a sua morbilidade.
O uso de drenos abdominais deve estar limitado a casos muito selecionados com risco elevado de complicações.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Doumouras AG, Maeda A, Jackson TD. The role of routine abdominal drainage after bariatric surgery: a metabolic and bariatric surgery accreditation and quality improvement program study. Surg Obes Relat Dis. 2017 Dec;13(12):1997-2003. doi: 10.1016/j.soard.2017.08.019.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar o doseamento da tiroglobulina sérica na avaliação inicial da doença nodular da tiróide com o objetivo de diagnosticar os tumores malignos.

Justificação /

A tiroglobulina sérica é um marcador tumoral muito importante no seguimento dos doentes operados por carcinoma diferenciado da tiróide de origem folicular. Em indivíduos não submetidos a tiroidectomia as concentrações séricas da tiroglobulina encontram-se frequentemente aumentadas em muitas doenças benignas da tiróide apresentando, por vezes, valores muito elevados. Por este motivo, o doseamento da tiroglobulina é um marcador inespecífico de patologia tiroideia não podendo contribuir para a determinação da natureza dos nódulos (benigna ou maligna) e, portanto, não deve ser pedido com essa finalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016; 26:1–133.
- Spencer CA. Assay of Thyroid Hormones and Related Substances. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, McLachlan R, Morley JE, New M, Perreault L, Purnell J, Rebar R, Singer F, Trence DL, Vinik A, Wilson DP, editors. Fonte Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2017 Feb 20.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar ecografia tiroideia por rotina ou como exame de rastreio em indivíduos sem sinais e/ou sintomas de patologia tiroideia (ex: doentes com função tiroideia normal e sem nódulos palpáveis) e não pertencendo a grupos de risco para carcinoma da tiróide.

Justificação /

A ecografia é um exame indispensável na avaliação da doença nodular da tiróide permitindo diagnosticar e caracterizar morfologicamente os nódulos tiroideus, sendo o método de eleição para a estratificação do risco de malignidade.
A utilização pouco criteriosa da ecografia leva frequentemente à identificação de nódulos. A grande maioria destes nódulos, mesmo quando evolui, tem um comportamento habitualmente muito indolente sem consequências graves para a saúde. Os exames efetuados sem indicação correta, podem levar a achados incidentais, os quais podem implicar mais procedimentos diagnósticos, tratamentos desnecessários ou vigilância prolongada. A realização de ecografia tiroideia deve ser ponderada caso a caso.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Russ G et al. European Thyroid Association Guidelines for ultrasound malignancy risk stratification of thyroid nodules in adults: the EU-TIRADS. Eur Thyroid J 2017; 6: 225-237.
- Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ et al. US Preventive Services Task Force. Screening for Thyroid Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2017; 317(18):1882-1887.
- Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic"—screening and overdiagnosis. N Engl J Med 2014; 371(19):1765-1767.
- Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedüs L, Paschke R. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules-2016 Update. Endocr Pract 2016; 22(5):622–39.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever antibiótico pré-operatório com intuito profilático na cirurgia limpa da tiroide em doentes sem risco acrescido de infeção.

Justificação /

A taxa de infeção do local cirúrgico em cirurgia limpa da tiroide é muito baixa pelo que a profilaxia antibiótica pré-operatória não está indicada. O uso abusivo dos antibióticos em cirurgia limpa aumenta tendencialmente a taxa de resistência aos antimicrobianos, diminuindo a capacidade de utilização efetiva destes medicamentos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Dale W. Bratzler et al. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health-Syst Pharm 2013; 70:195-283.
- World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva 2016.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar radiografias simples, tomografias computorizadas ou ressonâncias magnéticas na avaliação inicial da disfunção da articulação temporo-mandibular.

Justificação /

Não obtenha rotineiramente radiografias simples (Rx), tomografias computadorizadas (TC) ou ressonâncias magnéticas (RM) para avaliação ou referenciação de doentes com disfunção da articulação temporo-mandibular (DTM). A abordagem da DTM é geralmente conservadora e multidisciplinar. A requisição generalizada de Rx ou TC das articulações temporomandibulares (ATM`s) tem geralmente pouca informação clínica e impacto no tratamento do doente.
A orientação dos tratamentos adequados e eventuais meios complementares de diagnóstico deve resultar de uma avaliação por médico especializado na área, sendo que as opções terapêuticas são determinadas pela avaliação clínica e não imagiológica do doente. Quando pedido um Rx, a ortopantomografia (OPG) dá mais informação do que o Rx simples das ATM`s. O pedido da TC ou da RM deve estar reservado ao especialista na área, em oportunidades determinadas no seguimento do doente e quando tal possa alterar a sua orientação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Talmaceanu D, Lenghel LM, Bolog N, Hedesiu M, Buduru S, Rotar H, Baciut M, Baciut G. Imaging modalities for temporomandibular joint disorders: an update. Clujul Med. 2018 Jul;91(3):280-287. doi: 10.15386/cjmed-970. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30093805; PMCID: PMC6082607.
- Fu KY. [Necessity and normalization of imaging examination on temporomandibular disorders]. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2019 Aug 9;54(8):505-509. Chinese. doi: 10.3760/cma.j.issn.1002-0098.2019.08.001. PMID: 31378026.
- Liang H. Imaging in Orofacial Pain. Dent Clin North Am. 2018 Oct;62(4):533-551. doi: 10.1016/j.cden.2018.05.003. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30189981.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Maxilo-facial da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Sociedade Portuguesa de Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar uma ecografia por rotina para o diagnóstico de uma hérnia umbilical ou inguinal.

Justificação /

As hérnias umbilicais e inguinais são um dos motivos mais frequentes para a referenciação dos médicos assistentes ao especialista de Cirurgia Pediátrica. A história clínica e a observação do doente são geralmente suficientes para se chegar a um diagnóstico correto. A realização por rotina de ecografia nestas situações não é necessária e não ajuda o Cirurgião Pediátrico no diagnóstico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- LeBlanc KE, LeBlanc LL, LeBlanc KA. Inguinal hernias: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2013 Jun 15;87(12):844-8.
- Miller J, Cho J, Michael MJ, Saouaf R, Towfigh S. Role of imaging in the diagnosis of occult hernias. JAMA Surg. 2014 Oct;149(10):1077-80.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/paediatric-surgery/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar uma tomografia computorizada (TC) na avaliação de uma suspeita de apendicite numa criança antes de considerar como opção a realização de ecografia.

Justificação /

Apesar da TC ser precisa na avaliação de uma suspeita de apendicite na população pediátrica, a ecografia tem quase a mesma capacidade, se realizada por profissionais experientes. A apendicite pode ser diagnosticada com base no exame objetivo do doente. Nos casos em que é necessário recorrer à Imagiologia, a ecografia (incluindo ecografias seriadas) é a modalidade inicial de eleição na criança. Se os resultados forem inconclusivos, podem então ser complementados com uma TC. Esta forma de atuação diminui os potenciais riscos da radiação e tem uma excelente acuidade, com sensibilidade e especificidade na ordem dos 94%.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Krishnamoorthi R, Ramarajan N, Wang NE, Newman B, Rubesova E, Mueller CM, et al. Effectiveness of a staged US and CT protocol for the diagnosis of pediatric appendicitis: Reducing radiation exposure in the age of ALARA. Radiology. 2011 Apr; 259(1):231-9.
- Saito JM, Yan Y, Evashwick TW, Warner BW, Tarr PI. Use and accuracy of diagnostic imaging by hospital type in pediatric appendicitis. Pediatrics. 2013 Jan; 131(1):e37-44.
- Schuh S, Chan K, Langer JC, Kulik D, Preto-Zamperlini M, Aswad NA, et al. Properties of serial ultrasound clinical diagnostic pathway in suspected appendicitis and related computed tomography use. Acad Emerg Med. 2015 Apr; 22(4):406-14.
- Wan MJ, Krahn M, Ungar WJ, Caku E, Sung L, Medina LS, et al. Acute appendicitis in young children: Cost-effectiveness of US versus CT in diagnosis–a markovdecision analytic model. Radiology. 2009 Feb; 250(2):378-86.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-surgeons-computed-tomography-to-evaluate-appendicitis-in-children/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar uma ecografia por rotina num rapaz com criptorquidia (testículo não descido) ou testículo retráctil.

Justificação /

A ocorrência de um testículo não descido é a anomalia congénita génito-urinária mais frequente no rapaz. O diagnóstico é baseado na observação do doente e, caso seja necessário, em exames de imagem. Existe evidência de que não é necessária a realização por rotina de ecografia numa criança com suspeita de testículo não descido ou retráctil antes da referenciação ao Cirurgião Pediátrico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Tasian GE, Copp HL. Diagnostic performance of ultrasound in nonpalpable cryptorchidism: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics. 2011Jan;127(1):119-28.
- Tasian GE, Yiee JH, Copp HL. Imaging use and cryptorchidism: determinants of practice patterns. J Urol. 2011 May;185(5):1882-7.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-urological-association-ultrasounds-on-boys-with-cryptorchidism/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não adiar a referenciação por criptorquidia (testículo não descido) após os 6 meses de idade.

Justificação /

A idade ideal para a correção cirúrgica de um testículo não descido é entre os 6 e os 12 meses. A orquidopexia (fixação do testículo) não deve ser realizada antes dos 6 meses, porque os testículos podem ainda descer espontaneamente durante os primeiros meses de vida. A melhor evidência científica recomenda a realização de orquidopexia entre os 6 e os 12 meses. A intervenção cirúrgica dentro deste período pode otimizar a função espermatogénica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Chan E, Wayne C, Nasr A; FRCSC for Canadian Association of Pediatric Surgeon Evidence-Based Resource. Ideal timing of orchiopexy: a systematic review. Pediatr Surg Int. 2014 Jan;30(1):87-97.
- Kim SO, Hwang EC, Hwang IS, Oh KJ, Jung SI, Kang TW, et al. Testicular catch up growth: the impact of orchiopexy age. Urology. 2011 Oct; 78(4):886-9.
- Kollin C, Karpe B, Hesser U, Granholm T, Ritzén EM. Surgical treatment of unilaterally undescended testes: testicular growth after randomization to orchiopexy at age 9 months or 3 years. J Urol. 2007 Oct;178(4 Pt 2):1589-93; discussion 1593.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/paediatric-surgery/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não adiar a medição da bilirrubina total e conjugada (direta) num recém-nascido com icterícia persistente além das 2 semanas de idade.

Justificação /

A atresia das vias biliares (AVB) manifesta-se clinicamente cerca das 2 semanas de vida com icterícia (devido a hiperbilirrubinémia conjugada) e fezes acólicas. Todos os recém-nascidos com icterícia que persiste além das 2 primeiras semanas de vida devem realizar análises para avaliar os níveis de bilirrubina total e conjugada (direta) no sangue. Se a fração de bilirrubina conjugada (direta) for > 20% da bilirrubina total, a criança deve ser imediatamente referenciada, para um especialista, para avaliar se existe AVB. O diagnóstico atempado e a realização de intervenção cirúrgica antes dos 30 dias de vida possibilitam os melhores resultados possíveis em termos de sobrevivência do doente com o seu fígado nativo, sem necessidade de transplante hepático.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Guidelines for detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late preterm newborn infants (35 or more weeks' gestation) - Summary. Paediatr Child Health. 2007 May; 12(5):401-18.
- Schreiber RA, Barker CC, Roberts EA, Martin SR, Alvarez F, Smith L, et al. Biliary atresia: the Canadian experience. J Pediat r. 2007 Dec; 151(6):659-65, 665.e1.
- Wildhaber BE, Majno P, Mayr J, Zachariou Z, Hohlfeld J, Schwoebel M, et al. Biliary atresia: Swiss national study, 1994-2004. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008 Mar; 46(3):299-307.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/paediatric-surgery/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha o regime de ambulatório para realização de cirurgias frequentes e de menor complexidade em crianças saudáveis com mais de 60 semanas de idade gestacional.

Justificação /

A alta hospitalar precoce, com consequente redução do tempo de internamento, contribui para a diminuição do risco de infeções, dos custos associados e da ansiedade tanto da criança quanto da família [1].

A recuperação em ambiente familiar tende a ser mais segura, rápida e com menor risco de complicações [2].

A adesão das famílias ao regime de ambulatório depende fundamentalmente de um esclarecimento pré-operatório eficaz e de orientações claras e objetivas sobre os cuidados no pós-operatório [1].

Embora cada caso deva ser avaliado individualmente pelo cirurgião e pelo anestesiologista, de uma forma geral, as correções cirúrgicas de hérnia epigástrica, umbilical e inguinal, de hidrocele, varicocele e criptorquidia, de fimose, ou excisão de lesões cutâneas e subcutâneas (*nevus*, cicatriz queloide, quisto, lipoma e outros tumores benignos, *sinus pilonidalis*) são consideradas adequadas para realização em regime de ambulatório em crianças saudáveis com mais de 60 semanas de idade gestacional [2, 3].

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

1. Dutton RP, Bryskin RB, Starks MR, Shukla AS. Pediatric Anesthesia in the Community. Adv Anesth. 2023;41:127-142. doi:10.1016/j.aan.2023.06.002. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.aan.2023.06.002
2. Krane EJ, D'souza G. Guidelines for Pediatric Ambulatory Surgery. Stanford University School of Medicine; 2015 [lecture document]. Disponível em: https://med.stanford.edu/content/dam/sm/pedsanesthesia/documents/ambulatory-anes.pdf
3. Pang LM, Knapp A. Anesthesia for ex-premature infants and children. In: UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-ex-premature-infants-and-children

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não protelar a avaliação cirúrgica na dor testicular aguda em idade pediátrica.

Justificação /

Na presença de dor testicular súbita associada aos seguintes sinais / sintomas – aumento do volume testicular, testículo endurecido, ausência de reflexo cremastérico, náusea ou vómito e/ou testículo subido - deve ser levantada a suspeita de torção testicular, e referenciar o mais rapidamente possível para um hospital com atendimento urgente de Cirurgia Pediátrica / Urologia [1, 2, 4].

A torção testicular é uma das causas de escroto agudo em idade pediátrica, sobretudo no período pubertário. Trata-se de uma emergência urológica. O tratamento nas primeiras 6 horas resulta em mais de 90% de viabilidade testicular. No entanto, essa percentagem reduz-se para menos de 10% se o tratamento ocorrer após 24 horas [1, 2, 3].

Na ausência de ecografia disponível, existem escalas de avaliação clínica (como a Escala de TWIST anexa) que devem ser aplicadas na orientação destes doentes. Nos casos em que a pontuação corresponde a risco intermédio ou alto, o doente deve ser referenciado o mais rapidamente possível a um hospital com atendimento urgente por Cirurgia Pediátrica / Urologia [1, 2, 3, 4].

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

1. Choudhury, P., Saroya, K. K., Anand, S., Agarwal, P., Jain, V., Dhua, A. K., Yadav, D. K., Agarwala, S., Bajpai, M., Mawar, S., Afroz, M., Verma, V., Singh, H., & Goel, P. (2023). Unjumbling the TWIST score for testicular torsion: systematic review and meta-analysis. Pediatric Surgery International, 39(1), 1–13.
2. Lacy, A., Smith, A., Koyfman, A., & Long, B. (2023). High risk and low prevalence diseases: Testicular torsion. American Journal of Emergency Medicine, 66(2023), 98–104.
3. Kwenda, E. P., Locke, R. A., DeMarco, R. T., & Bayne, C. E. (2021). Impact of hospital transfer on testicular torsion outcomes: A systematic review and meta-analysis. Journal of Pediatric Urology, 17(3), 293.e1-293.e8.
4. Qin, K. R., & Qu, L. G. (2022). Diagnosing with a TWIST: Systematic Review and Meta-Analysis of a Testicular Torsion Risk Score. Journal of Urology, 208(1), 62–70.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Anexo

Escala de TWIST (Barbosa et Al)

CLÍNICA	Pontuação
Aumento do volume testicular	2
Testículo endurecido	2
Ausência de reflexo cremastérico	1
Náusea ou vómito	1
Testículo subido	1

RISCO	Pontuação	Atitude
Baixo	0 – 2	Ecografia desnecessária; **vigilância** e **reavaliação periódica**
Intermédio	3 – 4	Ecografia com *doppler*; **referenciar se exame suspeito**
Alto	5 – 7	Ecografia dispensável; **referenciar imediatamente**

Recomendação /

Escolha não realizar mamografias de rotina antes da cirurgia mamária.

Justificação /

As mamografias em doentes submetidas a cirurgia mamária devem ser solicitadas com base em recomendações de diretrizes baseadas na evidência clínica disponível, incluindo casos de aumento e redução da mama não complicados, e mastopexia.
As recomendações disponíveis advogam mamografias anuais de rastreio em doentes de faixas etárias específicas. Não está recomendada a realização de exames adicionais em doentes submetidas a cirurgia eletiva mamária, exceto se existirem aspetos preocupantes da história ou achados durante o exame físico que sugiram a necessidade de uma investigação mais profunda.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American College of Radiology. ACR Practice Parameter for the Performance of Screening and Diagnostic Mammography [Internet] Reston (VA): American College of Radiology; 2014.
- American Society of Breast Surgeons. Position statement on screening mammography. Columbia (MD): American Society of Breast Surgeons; 2011 Aug 15.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Breast cancer screening. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2011 Aug 11.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2009 Nov 17; 151(10):716–26, W–236.
- American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms [Internet] [updated 2015 Apr 9; cited 2015 May 7.] Available from: http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breastcancer-early-detection-acs-recs

Recomendação original disponível em:
https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/ASPS-Choosing-Wisely-List.pdf

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar mamografias de rotina e seguimento em doentes submetidas a reconstrução mamária após mastectomia.

Justificação /

A evidência científica indica que o exame clínico é suficiente para detetar a recidiva neoplásica local em doentes submetidas à reconstrução mamária após mastectomia completa. As diretrizes atuais recomendam os exames clínicos regulares para deteção de cancro de mama. Os estudos de imagem não são recomendados como parte da vigilância de rotina. Não obstante, a imagem diagnóstica é indicada se houver sintomatologia ou achados físicos que levantem a suspeita de recidiva. Nos casos de reconstrução mamária após mastectomia parcial ou tumorectomia mamária, a mamografia está recomendada. É ainda importante realizar mamografia contra lateral em mulheres submetidas a mastectomia unilateral.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Society of Plastic Surgeons. Evidence-based clinical practice guideline: breast reconstruction with expanders and implants. Arlington Heights (IL): American Society of Plastic Surgeons; 2013 March. 23 p.
- American College of Radiology. ACR Practice Parameter for the Performance of Screening and Diagnostic Mammography [Internet] Reston VA): American College of Radiology; 2014. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.acr.org/~/media/3484ca30845348359bad4684779d492d.pdf
- National Comprehensive Cancer Network: Clinical Practice Guidelines in Oncology: Breast Cancer Screening and Diagnosis [Internet]. 2014. [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf

Recomendação original disponível em:
https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/ASPS-Choosing-Wisely-List.pdf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar radiografias simples em caso de trauma facial.

Justificação /

A evidência atual advoga que a tomografia computadorizada (TC) maxilofacial, a qual se encontra disponível na maioria dos centros de trauma, é o método mais sensível para detetar fraturas em caso de trauma facial. A evidência também indica que o uso da radiografia simples não melhora a qualidade do atendimento e origina exposição desnecessária a radiação. A radiografia simples para diagnóstico e tratamento é útil em caso de lesão/trauma dentário e/ou mandibular isolado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sitzman TJ, Hanson SE, Alsheik NH, Gentry LR, Doyle JF, Gutowski KA. Clinical criteria for obtaining maxillofacial computed tomographic scans in trauma patients. Plast Reconstr Surg. 2011 Mar;127(3):1270–8.
- Stacey DH, Doyle JF, Mount DL, Snyder MC, Gutowski KA. Management of mandible fractures. Plast Reconstr Surg. 2006 Mar;117(3):48e–60e.

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/ASPS-Choosing-Wisely-List.pdf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar antibióticos profiláticos por mais de 24 horas após um procedimento cirúrgico.

Justificação /

A evidência disponível sugere que a interrupção da profilaxia antibiótica até 24 horas após a cirurgia é suficiente para prevenir a infeção no local cirúrgico, em comparação com prolongar a profilaxia antibiótica por mais de 24 horas após a cirurgia. O uso prolongado de antibióticos pode aumentar a incidência de bactérias resistentes a antibióticos e aumenta o risco de outras infeções. Em situações nas quais um dreno cirúrgico seja colocado próximo de um dispositivo protésico (implante mamário ou expansor de tecido), não há evidência para recomendar a descontinuação de antibióticos e, portanto, neste caso a decisão é deixada ao critério do cirurgião.
Esta recomendação não se aplica a procedimentos cirúrgicos cardiotorácicos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, Fish DN, Napolitano LM, Sawyer RG, Slain D, Steinberg JP, Weinstein RA; American Society of Health-System Pharmacists; Infectious Disease Society of America; Surgical Infection Society; Society for Healthcare Epidemiology of America. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm. 2013 Feb 1;70(3):195–283.
- Bratzler DW, Houck PM. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. Clin Infect Dis. 2004 Jun 15;38(12):1706–15.

Recomendação original disponível em:
https://www.choosingwisely.org/wp-content/uploads/2015/02/ASPS-Choosing-Wisely-List.pdf

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever terapêutica antifúngica oral por suspeita de fungos nas unhas sem a confirmação de infeção fúngica, sobretudo numa criança.

Justificação /

Aproximadamente metade das unhas distróficas não são causadas por infeção fúngica, percentagem que aumenta na criança. Outras causas, tais como distrofia congénita, psoríase das unhas e tumores subungueais devem ser excluídas.
Ao fazê-lo, evitamos a exposição do doente a potenciais efeitos adversos sistémicos dos fármacos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gupta AK, Versteeg SG, Shear NH. Onychomycosis in the 21st Century: An Update on Diagnosis, Epidemiology, and Treatment. J Cutan Med Surg 2017;21(6):525-539.
- Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, Shear NH, Friedlander SF. Onychomycosis in children: Safety and efficacy of antifungal agents. Pediatr Dermatol 2018 [Epub ahead of print].

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Dermatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar antibióticos orais para o tratamento da dermatite atópica, sem que exista evidência clínica de infeção.

Justificação /

A colonização da pele de crianças e adultos com dermatite atópica (DA) pela bactéria Staphylococcus aureus observa-se na maioria dos casos, sem que tal represente infeção. Nunca se demonstrou que o uso de antibióticos por rotina na DA melhore a doença. A sua utilização pode aumentar o risco de resistências bacterianas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Travers JB, Kozman A, Yao Y, et al. Treatment outcomes of secondarily impetiginized pediatric atopic dermatitis lesions and the role of oral antibiotics. Pediatr Dermatol 2012;29(3):289-96.
- Błażewicz I, Jaśkiewicz M, Bauer M, et al. Decolonization of Staphylococcus aureus in patients with atopic dermatitis: a reason for increasing resistance to antibiotics? Postepy Dermatol Alergol 2017;34(6):553-560.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Dermatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não indicar testes prick (picada) cutâneos ou a pesquisa de IgE específicas (como o RAST) no sangue para a avaliação de rotina do eczema ou dermatite.

Justificação /

A maioria dos eczemas ou estados inflamatórios da pele não são causadas por reações alérgicas e estes testes detetam apenas sensibilizações ou reações de tipo imediato (tipo I). Quando se suspeita que um eczema é causado pelo contacto com uma substância externa, o melhor exame de diagnóstico é o denominado teste epicutâneo (*patch*) que coloca a pele do doente em contato com os constituintes de produtos suspeitos. O mecanismo imunológico destes produtos é geralmente retardado (tipo IV) e não imediato.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Nosbaum A, Hennino A, Berard F, Nicolas JF. Patch testing in atopic dermatitis patients. Eur J Dermatol. 2010; 20(5):563-6.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Dermatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar por rotina antibióticos para o tratamento do edema e eritema bilaterais dos membros inferiores, exceto se existir evidência clara de infeção.

Justificação /

As infeções cutâneas bilaterais dos membros inferiores que cursam com edema e eritema, como as dermo-hipodermites, são muito raras, pelo que se devem excluir outras causas, tais como a dermatite de estase ou o eczema de contacto, irritativo ou alérgico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Weng QY, Raff AB, Cohen JM, et al. Costs and consequences associated with misdiagnosed lower extremity cellulitis. JAMA Dermatol 2017; 153:141-146.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Dermatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não submeter a exérese cirúrgica um nevo melanocítico só porque tem pelo ou se localiza nas mãos e/ou nos pés.

Justificação /

É frequente nos nevos melanocíticos, sobretudo nos congénitos de maiores dimensões, a presença de pelos (hipertricose), sem que tal signifique aumento do risco de malignidade. De igual modo, a simples localização nas mãos e/ou nos pés não constitui indicação para exérese cirúrgica. A exérese de um nevo melanocítico deve proceder à avaliação global do risco, assente nas caraterísticas do doente (idade, história familiar, fotótipo, entre outros) e do nevo (ex.:avaliação dermatoscópica).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Schaffer JV. Update on melanocytic nevi in children. Clin Dermatol. 2015;33(3):368-86.
- Gathings RM, Reddy R, Bhatia AC, et al. Nevus spilus: is the presence of hair associated with an increased risk for melanoma? Cutis. 2016 Sep; 98(3):171-174.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Dermatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não tratar utentes assintomáticos com isolamento de espécies de Candida em urinocultura sem fatores de risco adicionais.

Justificação /

A candidúria assintomática é frequente em doentes hospitalizados. A abordagem da candidúria assintomática baseia-se na eliminação de factores de predisposição para este fenómeno (algaliação, p.e.) sempre que possível. A terapêutica antifúngica está recomendada apenas em doentes de alto risco para a doença disseminada (neutropenia, muito baixo peso à nascença, candidatos a procedimento urológico).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Peter G. Pappas, Carol A. Kauffman, David R. Andes, Cornelius J. Clancy, Kieren A. Marr, Luis Ostrosky-Zeichner, Annette C. Reboli, Mindy G. Schuster, Jose A. Vazquez, Thomas J. Walsh, Theoklis E. Zaoutis, Jack D. Sobel, Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases, Volume 62, Issue 4, 15 February 2016, Pages e1–e50, https://doi.org/10.1093/cid/civ933

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha conhecer a forma correta e segura de remover uma carraça do seu corpo.

Justificação /

Se encontrar uma carraça presa à pele, esta deve ser removida o mais rapidamente possível. Nunca esmague a carraça ainda agarrada à sua pele. Use uma pinça de pontas finas limpa e desinfectada (ou um dispositivo específico para remoção de carraças), agarre a carraça na porção mais próxima da pele possível e puxe-a num movimento vertical, com leveza, sem esmagar o corpo. Se verificar que a porção da boca ficou presa à pele, tente posteriormente remover o que ficou. Após a remoção, lave bem a pele com álcool ou água e sabão. Caso a carraça esteja viva, não a esmague com os dedos pelo risco mantido de infecção.
As carraças podem ser portadoras de bactérias, vírus, parasitas ou fungos (menos comumente) que podem levar a doenças nos humanos. Quanto mais rápido remover a carraça e da forma mais correta, menor o risco. Se desenvolver um *rash* ou febre semanas depois de uma picada por carraça, contacte o/a seu/sua médico/a e informe-o/a da picada por carraça, local da picada e em que região (nacional ou internacional).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- https://www.cdc.gov/ticks/removing_a_tick.html
- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/healthtopics/emerging_and_vectorborne_diseases/tick_borne_diseases/public_health_measures/Documents/HCP_presentation_lowres.pdf
- Brites-Neto J, Duarte KM, Martins TF. Tick-borne infections in human and animal population worldwide. Vet Wordl. 2015 Mar;8(3):301-15. Doi: 10.14202/vetworld.2015.301-315. Epub 2015 Mar 12. PMID: 27047089; PMCID: PMC4774835
- https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/CEVDI_Carracas.pdf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não testar nem tratar a infeção por Clostridioides difficile na ausência de diarreia.

Justificação /

A pesquisa de Clostridioides difficile só deve ser realizada em amostras de fezes diarreicas (exceto nos casos raros de íleo). Na ausência de diarreia, a presença de Clostridioides difficile indica apenas estado de portador, que não necessita de tratamento nem, portanto, de ser pesquisado.
Também não se recomenda repetir o teste para avaliar a cura da infeção após tratamento adequado e resposta clínica favorável uma vez que ele pode manter-se positivo por várias semanas. A resolução da diarreia é o critério de resolução da infeção.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Crobach MJ, Planche T, Eckert C, et al. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update of the diagnostic guidance document for Clostridium difficile infection. Clin Microbiol Infect. 2016; 22 Suppl 4:S63-S81. doi:10.1016/j.cmi.2016.03.010.
- McDonald LC, Gerding DN, Johnson S, et al. Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adults and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA). Clin Infect Dis. 2018;66(7):987-994. doi:10.1093/cid/ciy149.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha requisitar pelo menos dois pares de hemoculturas, cada um constituído por um frasco de aerobiose e um de anaerobiose, na investigação de uma infeção grave.

Justificação /

As infeções da corrente sanguínea associam-se a elevada morbimortalidade, pelo que importa otimizar o seu diagnóstico para melhorar o respetivo prognóstico. As hemoculturas são o método de eleição de diagnóstico destas infeções, sendo o volume de sangue colhido um dos principais determinantes da recuperação de bactérias e fungos da corrente sanguínea. Regra geral, devem ser colhidos dois pares de hemoculturas (na suspeita de endocardite ou infeção fúngica, por exemplo, recomenda-se a colheita de três pares) por episódio, antes do início de tratamento antimicrobiano, idealmente colhidos de locais de punção diferente ou separados por pelo menos 30 minutos. Entende-se por par de hemocultura a colheita de sangue através de uma mesma punção ou acesso que é depois inoculado em dois frascos de meios de cultura diferentes – aerobiose e anaerobiose. Cada frasco deve conter entre 8 a 10 mL.
O frasco de anaerobiose deve ser colhido independentemente da suspeita de um agente anaeróbio como causador da infeção. Muitos microrganismos sobrevivem quer na presença quer na ausência de oxigénio. Assim, o frasco de anaerobiose permite o crescimento não só de microrganismos anaeróbios obrigatórios como também de microrganismos aeróbios ou anaeróbios facultativos, podendo mesmo ser o único frasco positivo.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Ransom EM, Burnham CD. Routine Use of Anaerobic Blood Culture Bottles for Specimens Collected from Adults and Children Enhances Microorganism Recovery and Improves Time to Positivity. J Clin Microbiol. 2022;60(9):e0050022. doi:10.1128/jcm.00500-22.
- Miller JM, Binnicker MJ, Campbell S, et al. Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2024 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). Clin Infect Dis. Published online March 5, 2024. doi:10.1093/cid/ciae104.

- Lin PC, Chang CL, Chung YH, Chang CC, Chu FY. Revisiting factors associated with blood culture positivity: Critical factos after the introduction of automated continuous monitoring blood culture systems. Medicine (Baltimore). 2022;101(30):e29693. Published 2022 Jul 29. doi:10.1097/MD.0000000000029693.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar antibióticos para tratar infeções das vias aéreas superiores.

Justificação /

O uso de antibióticos para tratar infeções respiratórias superiores não complicadas, como rinossinusite, faringite e traqueobronquite aguda, é frequentemente desnecessário e pode causar mais danos do que benefícios. A maioria (90%) dessas infeções é causada por vírus, para os quais os antibióticos são ineficazes. No caso de infeção confirmada por Streptococcus pyogenes e Bordetella pertussis deve ser utilizada antibioterapia adequada.
O uso indiscriminado de antibióticos para infeções virais contribui significativamente para o desenvolvimento de resistência antimicrobiana, um problema de saúde pública crescente em todo o mundo. Além disso, o uso desnecessário de antibióticos pode causar efeitos adversos indesejados, como diarreia, erupções cutâneas e infeções fúngicas.
Em vez de prescrever antibióticos, é importante educar os pacientes sobre a natureza viral dessas infeções e recomendar tratamentos de suporte para aliviar os sintomas, como repouso, hidratação adequada, analgésicos e antipiréticos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. Cochrane Database Systemic Review 2013; CD000247.
- Hersh, A. L., et al. (2013). Principles of Judicious Antibiotic Prescribing for Upper Respiratory Tract Infections in Pediatrics. Pediatrics, 132(6), 1146–1154.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha pesquisar Plasmodium spp. em doentes com síndrome febril regressados de área tropical ou subtropical no último ano (em particular se regressaram no último mês).

Justificação /

A malária é uma doença parasitária grave transmitida pelo mosquito Anopheles, presente em áreas tropicais e subtropicais, cujos sintomas são inespecíficos (febre, calafrios, mialgias, cefaleias, astenia, náuseas) e surgem habitualmente no primeiro mês após regresso de área endémica, mas podem manifestar-se apenas ao fim de vários anos. Se não diagnosticada e tratada atempadamente, a malária pode ser fatal.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- https://www.cdc.gov/parasites/malaria/index.html
- https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria
- https://emedicine.medscape.com/article/221134-differential?form=fpf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar controlo imagiológico após tratamento antimicrobiano adequado da osteomielite para comprovar melhoria clínica.

Justificação /

Há baixa correlação entre a resposta clínica e a resolução dos achados na ressonância magnética, na tomografia computadorizada e nos estudos nucleares nos doentes com osteomielite.
Como a resolução radiológica é posterior à melhoria clínica, o controlo imagiológico pode levar ao prolongamento desnecessário da terapia antimicrobiana.
A repetição do exame imagiológico está apenas indicada nos casos em que há falta de resposta clínica ou aquando da presença de abcesso não drenado no exame inicial.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Euba G, et al. Long-term clinical and radiological magnetic resonance imaging outcome of abscess-associated spontaneous pyogenic vertebral osteomyelitis under conservative management. Semin Arthritis Rheum. 2008 Aug;38(1):28-40. PMID: 18055000.
- Zarrouk V, et al. Imaging does not predict the clinical outcome of bacterial vertebral osteomyelitis. Rheumatology (Oxford). 2007 Feb;46(2): 292-5. PMID: 16877464.
- Zimmerli W. Clinical practice. Vertebral osteomyelitis. N Engl J Med. 2010 Mar 18;362(11):1022-9. PMID: 20237348.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir a urocultura após tratamento antimicrobiano adequado da infecção urinária.

Justificação /

Se os sintomas da infecção urinária desaparecerem após o término do tratamento antibiótico, não há indicação nem necessidade de urocultura de controlo para provar o sucesso terapêutico. Caso esses sintomas persistirem, ou resolverem temporariamente mas retornarem nas duas semanas seguintes, dever-se-á realizar a urocultura com teste de sensibilidade aos antimicrobianos.

As reinfecções são comuns em 20% a 40% das mulheres, enquanto nos homens, embora menos prováveis, também são possíveis, devido à tendência das bactérias se alojarem na próstata.

Perante infecções urinárias de repetição, com uma frequência de pelo menos três por ano ou duas nos últimos seis meses, é imprescindível procurar orientação médica para complementar o estudo das mesmas com métodos diferentes das culturas microbiológicas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Paris 2024. ISBN 978-94-92671-23-3
- Piggott KL, Trimble J, Leis JA. Reducing unnecessary urine culture testing in residents of long-term care facilities. BMJ. 2023; 382:e075566. Published 2023 Aug 9. doi:10.1136/bmj-2023-075566
- Bixler BR, Anger JT. Updates to Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. J, Urol. 2022;208(4):754-756. doi:10.1097/JU.0000000000002888
- https://www.urologyhealth.org/urology-a-z/u/urinary-tract-infections-in-adults

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não colher zaragatoas superficiais nem utilizar antibióticos na gestão de úlceras crónicas.

Justificação /

Colher zaragatoas superficiais de úlceras crónicas é uma prática comum, mas muitas vezes desnecessária. Estas zaragatoas frequentemente isolam apenas bactérias colonizadoras da superfície da úlcera, o que pode levar a resultados culturais enganosos e ao uso inadequado de antibióticos.

As úlceras crónicas, como as úlceras de pressão, úlceras venosas ou úlceras diabéticas, são frequentemente colonizadas por bactérias sem causar infeção. A colheita de zaragatoas deve ser reservada para casos em que há sinais clínicos de infeção, como rubor, calor, dor ou drenagem purulenta.

Antes de colher uma zaragatoa de uma úlcera crónica, avalie cuidadosamente se os sinais de infeção estão presentes. Evitar a colheita desnecessária pode reduzir custos, minimizar o uso indiscriminado de antibióticos e ajudar a prevenir a resistência bacteriana.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- O'Meara S, Al-Kurdi D, Olugun Y, Antibiotics and antiseptics for Venous ulcers. Cochrane Database Systematic Review 2014; CD003557.
- Lipsky, B. A., et al. (2012). 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infectionsa. Clinical Infectious Diseases, 54(12), e132–e173.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha agendar a sua consulta do viajante pelo menos quatro semanas antes de viajar.

Justificação /

A consulta do viajante é um momento dedicado à preparação para problemas de saúde que possam surgir durante a viagem, podendo ser prescritas vacinas e medicações para prevenir algumas doenças. De forma a garantir a sua administração atempada que permita a avaliação de eventuais efeitos adversos e o desenvolvimento de uma resposta máxima protetora, agende a sua consulta pelo menos quatro semanas da partida.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Wendt S, Beier D, Paquet D, Trawinski H, Fuchs A, Lübbert C. Medical Advice for Travelers. Dtsch Arztebl Int. 2021;118(21):349–356. doi:10.3238/arztebl.m2021.0127.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha rastrear todos os utentes adultos para infecção por VIH independentemente da exposição.

Justificação /

Todos as pessoas com idade entre os 18 e os 64 anos devem ser rastreadas para a infecção por VIH pelo menos uma vez. Este rastreio deve ser efectuado independentemente da exposição de risco, devendo ser repetido anualmente, independentemente da idade, em populações de risco acrescido para a infecção por VIH. Esta estratégia permitirá garantir um diagnóstico mais precoce da infecção por VIH, reduzindo o risco de complicações associadas ao diagnóstico tardio e com impacto significativo na transmissibilidade da infecção.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Direção Geral da Saúde. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Norma nº 058/2011 atualizada a 10/12/2014.
- CDC. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. MMWR 2006;55:1-17.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever terapêutica com testosterona em homens normais ou com suspeita de cancro da próstata ou da mama.

Justificação /

Após os 50 anos de idade, os níveis sanguíneos da testosterona podem sofrer um declínio lento e progressivo, sendo possível que um homem apresente alguns sintomas atribuíveis à instalação de um défice de androgénios. Se um homem apresentar, em jejum matinal, concentrações baixas de testosterona no sangue periférico (confirmadas em manhãs diferentes), não se recomenda a terapêutica hormonal se clinicamente não existirem sintomas e sinais clínicos do défice de testosterona, devido aos inúmeros riscos a que o indivíduo poderá estar sujeito.
Não se recomenda este tratamento pois os seus efeitos podem ser muito graves, para a saúde do indivíduo assintomático; mesmo em muitos casos comprovados de défice da testosterona é relativamente frequente a diminuição da frequência da administração ou a redução da dose deste androgénio. Os efeitos adversos associam-se a aumentos da retenção de líquidos e da frequência de micções, acne, aumento das regiões mamárias, a alterações dos níveis do colesterol no sangue, a atrofia dos testículos (com potenciais alterações do espermograma e da fertilidade) e aumento do número de glóbulos vermelhos e da hemoglobina (com aparecimento de dores nos músculos, hipertensão arterial, dores na zona do coração e coágulos), agravamento da apneia do sono; assim um aumento do risco de doença cardiovascular é uma possibilidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Wu FCW, Tajar A, Beynon JM, Pye SR, Silman AJ, Finn JD, O'Neill TW, Bartfai G, Casanueva FF, Forti G, Giwercman A, Han TS, Kula K, Lean ME, Pendleton N, Punab M, Boonen S, Vanderschueren D, Labrie F, Huhtaniemi IT; EMAS Group. Identification of late-onset hypogonadism in middle-aged and elderly men. N Engl J Med. 2010;363(2):123–35
- Bhasin S, Brito JP, Cunningham GR, Hayes FJ, Hodis HN, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Wu FC, Yialamas MA. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2018;103(5):1715-44

- American Urological Association. Evaluation and Management of Testosterone Deficiency Clinical Practice Guideline. 2018. [Internet]. Linthicum (MD): American Urological Association; 2018 [cited 2018 May 11]. http://auanet.org/guidelines/evaluationand-management-of-testosterone-deficiency

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar o doseamento de T3 livre ou total na monitorização do tratamento substitutivo do hipotiroidismo primário com levotiroxina (T4).

Justificação /

A T4 produzida pela tiróide ou proveniente da medicação é convertida em T3 em virtualmente todos os órgãos.
As concentrações sanguíneas da T3 podem não traduzir correctamente os níveis intracelulares da hormona que regulam a produção de TSH e os efeitos das hormonas tiroideias em múltiplos órgãos. Deste modo, os níveis de T3 total ou livre no sangue podem ser enganadores. O verdadeiro significado de concentrações de T3 dentro dos valores de referência ou ligeiramente baixos é desconhecido. Na grande maioria dos doentes um valor de TSH normal indica que a dose de levotiroxina é correta sendo suficiente para a monitorização do tratamento.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Jonklaas J, Bianco AC, Bauer AJ, Burman KD, Cappola AR, Celi FS, Cooper DS, Kim BW, Peeters RP, Rosenthal MS, Sawka AM; American Thyroid Association Task Force on Thyroid Hormone Replacement. Guidelines for the treatment of hypothyroidism: prepared by the American Thyroid Association task force on thyroid hormone replacement. Thyroid 2014;24:1670-751.
- Nasr C. Is a serum TSH measurement sufficient to monitor the treatment of primary hypothyroidism? Cleve Clin J Med 2016;83(8):571-573.
- Esfandiari NH, Papaleontiou M. Biochemical Testing in Thyroid Disorders. Endocrinol Metab Clin North Am 2017;46(3):631-648.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar ecografia tiroideia por rotina ou como exame de rastreio em indivíduos sem sinais e/ou sintomas de patologia tiroideia (ex: doentes com função tiroideia normal e sem nódulos palpáveis) e não pertencendo a grupos de risco para carcinoma da tiróide.

Justificação /

A ecografia é um exame indispensável na avaliação da doença nodular da tiróide permitindo diagnosticar e caracterizar morfologicamente os nódulos tiroideus, sendo o método de eleição para a estratificação do risco de malignidade.
A utilização pouco criteriosa da ecografia leva frequentemente à identificação de nódulos. A grande maioria destes nódulos, mesmo quando evolui, tem um comportamento habitualmente muito indolente sem consequências graves para a saúde. Os exames efetuados sem indicação correta, podem levar a achados incidentais, os quais podem implicar mais procedimentos diagnósticos, tratamentos desnecessários ou vigilância prolongada. A realização de ecografia tiroideia deve ser ponderada caso a caso.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Russ G et al. European Thyroid Association Guidelines for ultrasound malignancy risk stratification of thyroid nodules in adults: the EU-TIRADS. Eur Thyroid J 2017; 6: 225-237.
- Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ et al. US Preventive Services Task Force. Screening for Thyroid Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA 2017;317(18):1882-1887.
- Ahn HS, Kim HJ, Welch HG. Korea's thyroid-cancer "epidemic"—screening and overdiagnosis. N Engl J Med 2014;371(19):1765-1767.
- Gharib H, Papini E, Garber JR, Duick DS, Harrell RM, Hegedüs L, Paschke R. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Management of Thyroid Nodules-2016 Update. Endocr Pract 2016;22(5):622–39.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar a automonitorização glicémica diária por rotina em pessoas com diabetes tipo 2 estável que estejam sob antidiabéticos que não causem hipoglicemia.

Justificação /

A automonitorização da glicemia é útil para otimizar a terapêutica farmacológica da diabetes tipo 2, sobretudo se estiverem envolvidos fármacos que causem hipoglicemia. Contribui para ajustar as medidas de estilo de vida, de modo a ser atingido o objetivo de controlo individualizado. Esta monitorização, por si só, não melhora o controlo metabólico, mas fornece informação relevante que deve ser integrada no plano geral de abordagem da doença.
Uma vez atingido um adequado controlo da diabetes, atualmente definido pelo alvo individualizado de hemoglobina glicada (HbA1c), e na ausência de hipoglicemias relevantes, a automonitorização glicémica é pouco útil, sobretudo quando são apenas utilizados fármacos que não provocam hipoglicemia. Esta monitorização poderá, no entanto, ter interesse em situações específicas, nomeadamente nas situações de doença aguda, nas alterações do esquema terapêutico da diabetes, nas variações significativas de peso, nos desvios relevantes da HbA1c e nas situações em que a automonitorização seja necessária para atingir os alvos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bosi E, Scavini M, Ceriello A, Cucinotta D, Tiengo A, Marino R, on behalf of the Prisma Study Group. Intensive Structured Self-Monitoring of Blood Glucose and Glycemic Control in Noninsulin-Treated Type 2 Diabetes - The PRISMA randomized trial. Diabetes Care. 2013; 36:2887–2894.
- Machry RV, Rados DV, Gregorio GR, Rodrigues TC. Self-monitoring blood glucose improves glycemic control in type 2 diabetes without intensive treatment: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Research and Clinical Practice. 2018; 142 (2018) 173 –187.
- Endocrine Society. Five Things Physicians and Patients Should Question. Released October 16, 2013*; updated July 13, 2017; #3 updated July 2, 2018; Last reviewed 2019 - https://www.choosingwisely.org/societies/endocrine-society/
- Speight J, Browne J. and Furler J. Testing times! Choosing wisely when it comes to monitoring type 2 diabetes. Medical jornal of Australia. 2015; vol. 203, no. 9, pp. 354-356.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar o doseamento da tiroglobulina sérica na avaliação inicial da doença nodular da tiróide com o objetivo de diagnosticar os tumores malignos.

Justificação /

A tiroglobulina sérica é um marcador tumoral muito importante no seguimento dos doentes operados por carcinoma diferenciado da tiróide de origem folicular. Em indivíduos não submetidos a tiroidectomia as concentrações séricas da tiroglobulina encontram-se frequentemente aumentadas em muitas doenças benignas da tiróide apresentando, por vezes, valores muito elevados. Por este motivo, o doseamento da tiroglobulina é um marcador inespecífico de patologia tiroideia não podendo contribuir para a determinação da natureza dos nódulos (benigna ou maligna) e, portanto, não deve ser pedido com essa finalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, Pacini F, Randolph GW, Sawka AM, Schlumberger M, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid 2016;26:1–133.
- Spencer CA. Assay of Thyroid Hormones and Related Substances. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, McLachlan R, Morley JE, New M, Perreault L, Purnell J, Rebar R, Singer F, Trence DL, Vinik A, Wilson DP, editors. Fonte Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2017 Feb 20.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Geral da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir o doseamento de anticorpos antitiroideus [antiperoxidase (anti-TPO) e/ou antitiroglobulina] no seguimento de doentes com doença auto-imune da tiróide com doseamento anterior positivo.

Justificação /

Os anticorpos antitiroideus [antiperoxidase (anti-TPO) e/ou antitiroglobulina] quando positivos na presença de doença tiroideia, particularmente hipotiroidismo, podem contribuir para determinar a sua origem auto-imune. Neste contexto o doseamento dos anticorpos só excecionalmente influencia a orientação dos doentes porque o tratamento é dirigido às consequências funcionais (hipotiroidismo) e não à sua causa (auto-imunidade). Tratando-se de uma situação crónica, uma vez diagnosticada a doença auto-imune da tiróide, não há indicação para repetição do doseamento dos anticorpos antitiroideus.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Garber JR, Cobin RH, Gharib H, Hennessey JV, Klein I, Mechanick JI, Pessah-Pollack R, Singer PA, Woeber KA; American Association Of Clinical Endocrinologists And American Thyroid Association Taskforce On Hypothyroidism In Adults. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Thyroid. 2012;22(12):1200-35.
- Spencer CA. Assay of Thyroid Hormones and Related Substances. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, Chrousos G, Dungan K, Grossman A, Hershman JM, Kaltsas G, Koch C, Kopp P, Korbonits M, McLachlan R, Morley JE, New M, Perreault L, Purnell J, Rebar R, Singer F, Trence DL, Vinik A, Wilson DP, editores. Fonte Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2017.
- Carvalho GA, Perez CL, Ward LS. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013;57(3):193-204.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Endocrinologia e Nutrição da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não remover amálgamas dentárias a não ser que fracassem.

Justificação /

Amálgamas dentárias (que contêm mercúrio) libertam pequenas quantidades desse material. Ensaios clínicos aleatorizados demonstram que o mercúrio presente em amálgamas não produz doença. A remoção profilática deste tipo de amálgamas é desnecessária e sujeita o indivíduo à absorção de maiores doses de mercúrio do que se a amálgama permanecesse no lugar. Além disso, a colocação de restaurações de resina composta é conhecida por causar um aumento transitório nos níveis urinários de bisfenol-A, para os quais são desconhecidos os efeitos na saúde e elevados niveis de evidência sugerem maiores taxas de falha em resinas compostas versus restaurações com amálgama. As amálgamas são o que conhecemos vulgarmente por "chumbo" e são um conjunto de metais que, apesar de não conterem chumbo, após mistura adequada, aparentam a cor do chumbo e daí a sua designação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Maserejian NN, et al. Changes in urinary bisphenol A concentrations associated with placement of dental composite restorations in children and adolescents. J Am Dent Assoc. 2016 Aug;147(8):620-30. PMID: 27083778.
- National Center for Toxicological Research, U.S. Food and Drug Administration. White Paper: FDA Update/Review of Potential Adverse Health Risks Associated with Exposure to Mercury in Dental Amalgam [Internet]. 2009 [cited 2018 Feb].
- Rasines Alcaraz MG et al. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Mar 31;(3):CD005620. PMID: 24683067.
- Rathore M, et al. The Dental Amalgam Toxicity Fear: A Myth or Actuality. Toxicol Int. 2012 May-Aug; 19(2): 81–88. PMCID: PMC3388771.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/recommendation/hospital-dentistry/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar de forma rotineira procedimentos cirúrgicos irreversíveis, aparelhos ortodônticos, desgastes oclusais e restaurações como primeira opção de tratamento dos distúrbios da articulação temporomandibular.

Justificação /

Existe pouca evidência de que os distúrbios da articulação temporomandibular (DTM) (definidos como distúrbios músculo - esqueléticos, não a lesão de oclusão traumática) sejam sempre progressivos e existe evidência de que, em muitos casos, doentes com DTM têm remissões espontâneas sem tratamento. Portanto, a abordagem é geralmente conservadora e inclui estratégias reversíveis, como educação do doente, medicação, fisioterapia e/ou uso de aparelhos oclusais que não alteram a forma ou a posição dos dentes ou o alinhamento dos maxilares.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Al-Ani MZ, Davies SJ, Gray RJM, Sloan P, Glenny A-M. Stabilisation splint therapy for temporomandibular pain dysfunction syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD002778.
- Treatment for Temporomandibular Joint Dysfunction: guidelines. Ottowa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CA); 2010 May 17. 6 p.
- De Boever JA, Nilner M, Orthlieb JD, Steenks MH; Educational Committee of the European Academy of Craniomandibular Disorders. Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner. J Orofac Pain. 2008 Summer;22(3):268-78.
- Guidelines: diagnosis & management of temporomandibular disorders & related musculoskeletal disorders. Toronto (ON): Royal College of Dental Surgeons of Ontario (CA); 11 p.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/dentists-managing-tmj-disorders/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar opioides na dor do pós-operatório de cirurgia oral e maxilar até que tenha sido usada uma dose otimizada de anti-inflamatórios não esteróides (AINE) / paracetamol.

Justificação /

Para controlo da dor pós-operatória de cirurgia oral e maxilar, a dose e a frequência de um analgésico não opiáceo (ibuprofeno e / ou paracetamol) devem ser otimizadas.
Se isso não for suficiente para controlar a dor, um opioide pode ser apropriado. Não prescreva opioides para o tratamento da dor sem avaliar a condição clínica do paciente, possíveis efeitos colaterais, opções alternativas de analgésicos, ocupação laboral e capacidade crítica da segurança para realizar atividades, como conduzir veículos motorizados. Se um analgésico opioide for considerado, pondere limitar o número de comprimidos prescritos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bailey E, et al. Ibuprofen and/or paracetamol (acetaminophen) for pain relief after surgical removal of lower wisdom teeth. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 12;(12):CD004624. PMID: 24338830.
- Haas DA. An update on analgesics for the management of acute postoperative dental pain. J Can Dent Assoc. 2002 Sep;68(8):476-82. PMID: 12323103.
- Moore P, et al. Benefits and harms associated with analgesic medications used in the management of acute dental pain [Internet]. 2018 Apr [cited 2018 April].
- DGS – Norma de Orientação Clínica 062/2011- Prescrição de Analgésicos em Patologia Dentária - actualização de 2014 http://nocs.pt/analgesicos-em-patologia-dentaria/

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/hospital-dentistry/
Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha recomendar pasta de dentes com flúor.

Justificação /

O benefício de pasta de dentes com fluoretos resulta do seu efeito tópico no esmalte dentário, interrompendo a desmineralização do esmalte causada por ácidos provenientes do metabolismo bacteriano e reforçando a remineralização da superfície do esmalte. O benefício anti-cárie (anti cavidade) começa com a erupção do primeiro dente deciduo. O uso de pasta de dentes com fluoretos nas quantidades recomendadas para a idade, minimiza o risco de fluorose dentária, uma descoloração esbranquiçada do esmalte.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Fluoride Therapy. Pediatr Dent 2014; 36(6): 171-74.
- American Dental Association Council on Scientific Affairs. Fluoride toothpaste use for young children. J Am Dent Assoc. 2014 Feb; 145(2):190-1.
- Wright JT, Hanson N, Ristic H, Whall CW, Estrich CG, Zentz RR. Fluoride toothpaste efficacy and safety in children younger than 6 years: a systematic review. J Am Dent Assoc. 2014 Feb; 145(2):182-9.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/dentists-non-fluoride-toothpaste-for-infants-and-children/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não substituir restaurações apenas por serem antigas.

Justificação /

As restaurações dentárias (obturações) falham devido ao desgaste excessivo, fratura do material ou do dente, perda de retenção ou deterioração recorrente por outras causas. Quanto maior o tamanho da restauração e/ou maior o número de superfícies restauradas, maior a probabilidade do seu insucesso. Os materiais restauradores apresentam diferentes taxas de durabilidade e falham por diferentes razões, mas a idade não deve ser usada como um critério de falha. A remoção mecânica completa e a substituição de obturações pode enfraquecer os dentes. Sempre que possível, a reparação de pequenos defeitos, em vez da substituição total da restauração, pode salvar a estrutura dentária e aumentar a vida útil das restaurações.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rasines Alcaraz MG, Veitz-Keenan A, Sahrmann P, Schmidlin PR, Davis D, Iheozor-Ejiofor Z. Direct composite resin fillings versus amalgam fillings for permanent or adult posterior teeth. Cochrane Database of Syst Rev. 2014, Issue 3. Art No: CD005620. DOI: 10.1002/14651858.CD005620.pub2.
- Sharif MO, Merry A, Catleugh M, Tickle M, Brunton P, Dunne SM, Aggarwal VR, Chong LY. Replacement versus repair of defective restorations in adults: resin composite. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Feb 8;2:CD005970.
- Blum IR et al. Factors influencing repair of dental restorations with resin composite. Clin Cosmet Investig Dent. 2014 Oct 17;6:81-7. PMID: 25378952.
- Gordan VV, et al. Alternative treatments to replacement of defective amalgam restorations: results of a seven-year clinical study. J Am Dent Assoc. 2011 Jul;142(7):842-9. PMID: 21719808.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/dentists-replacing-old-restorations/
https://choosingwiselycanada.org/hospital-dentistry/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar frenectomia lingual em formas leves de anquiloglossia, se não houver alterações funcionais associadas.

Justificação /

Tem-se observado um aumento do número de diagnósticos de anquiloglossia na primeira infância, com consequente aumento do número de frenectomias linguais.
A anquiloglossia é referida como causa de dificuldades na amamentação, mastigação e deglutição, alterações na fala, perturbações no crescimento crâniofacial e lesões gengivais. Contudo a relação de causalidade não é inequívoca, nem existe ainda evidência que a sua correcção tenha efeito positivo nos problemas referidos.
Formas graves de anquiloglossia e que restringem severamente o movimento da língua devem ser corrigidos.
Formas leves devem ser cuidadosamente avaliadas e as suas eventuais repercussões funcionais.
Escolha realizar frenectomia lingual em casos com grave restrição do movimento ou quando comprovadamente associada a alterações funcionais persistentes.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CPF, et al. Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. Cochrane Database of Syst Rev. 2017;(3):CD011065.
- Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of ankyloglossia for reasons other than breastfeeding: a systematic review. Pediatrics. 2015;135(6):E1467-E1474.
- Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, Brietzke SE, Darrow DH, Goldstein N, Levi J, Meyer AK, Parikh S, Simons JP, Wohl DL, Lambie E, Satterfield L. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 May;162(5):597-611. doi: 10.1177/0194599820915457. Epub 2020 Apr 14. PMID: 32283998.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar suplementos dietéticos não vitamínicos, suplementos de ervas ou medicamentos homeopáticos para tratamentos de doenças ou para medidas preventivas de saúde.

Justificação /

As terapias alternativas são muitas vezes consideradas seguras e eficazes apenas porque são "naturais". Existe falta de controle rigoroso na qualidade das substâncias presentes em muitos suplementos fitoterápicos e dietéticos. Faltam muitas vezes evidências sustentáveis de que esses produtos são eficazes, mas existem evidências substanciais de que podem causar danos. Riscos indiretos para a saúde também ocorrem quando esses produtos atrasam ou substituem formas mais eficazes de tratamento ou quando comprometem a eficácia de medicamentos convencionais.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Woodward KN. The potential impact of the use of the homeopathic and herbal medicines on monitoring the safety of prescription products. Hum Exp Toxicol. 2005;24:219–33.
- Thompson E, Barron S, Spence D. A preliminary audit investigating remedy reactions including adverse events in routine homeopathic practice. Homeopathy. 2004;93:203–9.
- Farah MH, Edwards R, Lindquist M, Leon C, Shaw D. International monitoring of adverse health effects associated with herbal medicines. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2000;9(2):105–12.
- Drew AK, Myers SP. Safety issues in herbal medicine: implications for the health professions. Med J Aust. 1997;166:538–41.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-academy-medical-toxicology-homeopathic-medications-herbal-and-dietary-supplements

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Farmacologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever produtos homeopáticos, pois não há evidências da sua eficácia. Quando os pacientes optam por aceder aos tratamentos homeopáticos, os profissionais de saúde devem discutir a falta de benefício com os pacientes.

Justificação /

Os produtos homeopáticos estão amplamente disponíveis para os consumidores a partir de uma variedade de plataformas, incluindo a internet, supermercados e farmácias. Muitos consumidores não são conhecedores da ausência de evidências que suportem o uso de produtos homeopáticos para tratar ou prevenir doenças. Os consumidores podem colocar a saúde em risco ao escolherem produtos homeopáticos e rejeitarem ou retardarem tratamentos para os quais há boas evidências de segurança e eficácia. Muitos dos produtos homeopáticos são vendidos com pouca ou nenhuma informação. Todos os profissionais de saúde, particularmente farmacêuticos e médicos, têm um papel fundamental na educação dos consumidores para que eles possam tomar decisões informadas sobre a melhor forma de gerir a sua saúde utilizando a medicina baseada em evidência.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Ernst E. Homeopathy: what does the 'best' evidence tell us? Med J Aust.2010;192(8): 458-60.
- National Health and Medical Research Council. 2015. NHMRC Statement on homeopathy and NHMRC Information paper – Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. At: https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cam02
- Posadski P, Alotaibi A, Ernst E. Adverse effects of homeopathy: a systematic review of published case reports and case series. International Journal of Clinical Practice. 2012 Dec 1;66(12):1178-88.
- Stonemann P, Sturgis P, Allum N, et al. Incommensurable Worldviews? Is public use of complementary and alternative medicines incompatible with support for science and conventional medicine? PL0s one. 2013;8(1): e53174.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org.au/recommendations/pharmaceutical-society-of-australia

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Farmacologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não continuar ou adicionar à prescrição medicamentos para administração a longo prazo, exceto se houver uma indicação apropriada e uma expectativa razoável de benefício.

Justificação /

Os medicamentos de longo prazo devem ser descontinuados se não forem necessários (por exemplo, medicamentos para a pirose e a hipertensão), pois podem reduzir a qualidade de vida e ter valor reduzido para um idoso frágil com expectativa de vida limitada (por exemplo, estatinas e medicamentos para osteoporose). A prescrição de medicamentos para atingir "alvos" laboratoriais ou outros (por exemplo, glicemia e pressão arterial) pode ter efeitos perigosos para a mobilidade, mortalidade e qualidade de vida quando administrados a um idoso debilitado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Beckett NS, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med. 2008 May 1;358(18):1887-98. PMID:18378519.
- Dalleur O, et al. Inappropriate prescribing and related hospital admissions in frail older persons according to the STOPP and START criteria. Drugs Aging. 2012 Oct;29(10):829-37. PMID: 23044639.
- James PA, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014 Feb 5;311(5):507-20. PMID: 24352797.
- Tinetti ME, et al. Antihypertensive medications and serious fall injuries in a nationally representative sample of older adults. JAMA Intern Med. 2014 Apr;174(4):588-95. PMID: 24567036.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/long-term-care/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Farmacologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha suspender inibidor da bomba de protões (IBP) após 2 meses em doentes com doença de refluxo gastro-esofágico (DRGE) sem esofagite ou com esofagite grau A, após aconselhamento de modificações de estilo de vida; caso não seja possível, escolha manter o utente sob a dose mínima eficaz.

Justificação /

Em doentes com DRGE não erosiva ou com esofagite grau A, recomenda-se inicialmente terapêutica com IBP dose *standard* durante 2 meses bem como modificações do estilo de vida (evitar decúbito após refeições, perda ponderal, elevação da cabeceira da cama, evicção de alimentos precipitantes).
Após os 2 meses deverá suspender-se a terapêutica, não havendo indicação para reavaliação endoscópica nos casos de DRGE não erosiva ou com esofagite grau A. Caso haja recorrência dos sintomas com impacto na qualidade de vida, deverá manter-se terapêutica antissecretora na dose mínima eficaz. No caso de sintomas ligeiros ocasionais, devem-se preferir antiácidos *on demand*.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Philip O. Katz, Lauren B. Gerson and Marcelo F. Vela Am J Gastroenterol 2013; 108:308–328; doi:10.1038/ajg.2012.444

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar vigilância endoscópica intensiva em utentes com esófago de Barrett curto (<3 cm) sem displasia (tendo em atenção se a endoscopia foi realizada com alta definição e com o protocolo de biopsias adequado).

Justificação /

Em doentes com esófago de *Barrett* (aspeto endoscópico compatível e biopsias com metaplasia intestinal), recomenda-se vigilância endoscópica periódica dado o risco aumentado de adenocarcinoma esofágico. Apesar de o risco de adenocarcinoma em doentes com esófago de *Barrett* curto (<3 cm) sem displasia, a incidência é relativamente baixa, pelo que o intervalo de vigilância recomendado é de 5 anos.
Contudo, deve ter-se em atenção se a endoscopia diagnóstica foi realizada com endoscópio de alta definição e se foi realizado o protocolo de biopsias de *Seattle* (4 biopsias a cada 2 cm de esófago de *Barrett*). Relembra-se que nos utentes com esófago de *Barrett* está recomendada terapêutica com inibidor da bomba de protões para diminuir dano adicional à mucosa esofágica e que em caso de displasia o utente deve ser seguido em centro de referência.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. Bas Weusten *et al*. Endoscopy 2017;49.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever terapêutica com inibidor da bomba de protões (IBP) de longa duração sem antes tentar suspender ou reduzir a terapêutica para a dose mínima eficaz.

Justificação /

A terapêutica com IBP de longa duração pode ser necessária na doença de refluxo gastro-esofágico ou na dispepsia funcional (síndroma de dor epigástrica). Após curso inicial de 4-8 semanas de terapêutica com IBP deve ser tentada a sua suspensão, devendo esta ser reiniciada se houver recorrência dos sintomas com impacto na qualidade de vida. A terapêutica com antiácidos *on demand* é uma alternativa em caso de sintomas ligeiros ocasionais.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Philip O. Katz, Lauren B. Gerson and Marcelo F. Vela Am J Gastroenterol 2013; 108:308–328; doi:10.1038/ajg.2012.444.
- Management of Dyspepsia. Moayyedi PM *et al*. Am J Gastroenterol 2017; doi: 10.1038/ajg.2017.154.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever inibidor da bomba de protões (IBP) a doentes assintomáticos, sem lesões na endoscopia digestiva alta (erosões/úlceras) mas com biopsias a mostrar gastrite crónica sem infeção Helicobacter pylori.

Justificação /

A gastrite crónica é um diagnóstico histológico que pode estar presente mesmo na ausência de alterações endoscópicas e de sintomas (a correlação entre a clínica e o diagnóstico histológico é baixa). Nesta situação, o IBP não trata a gastrite crónica, e ao contrário da crença, não protege o estômago, podendo mesmo contribuir para o desenvolvimento de atrofia gástrica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Deprescribing proton pump inhibitors. Farrell B et al. Can Fam Physician. 2017 May; 63(5): 354-364.
- Influence of proton pump inhibitors on gastritis diagnosis and pathologic gastric changes. Nasser SC *et al*. World J Gastroenterol. 2015 Apr 21; 21(15):4599-4606.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar serologia de Helicobacter pylori para confirmar a eficácia do tratamento da infeção.

Justificação /

A serologia *Helicobacter pylori* permanece geralmente positiva durante anos após o tratamento da infeção, podendo persistir durante toda a vida. Assim, a serologia positiva após tratamento não tem qualquer valor diagnóstico. Para confirmação da erradicação eficaz escolha utilizar o teste respiratório da ureia (^{13}C), antigénio fecal ou endoscopia digestiva alta com biopsias (se clinicamente indicado).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Management of Helicobacter pylori infection the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Malfertheiner P et al. Gut 2012; 61:646e664. doi:10.1136/gutjnl-2012-302084.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever Pesquisa de Sangue Oculto Fecal (PSOF) em utentes com retorragias/hematoquésias e/ou com anemia ferropénica.

Justificação /

Na investigação de retorragias/hematoquésias e/ou anemia ferropénica não está indicada a realização de PSOF.
No caso de retorragias/hematoquésias, é de esperar um resultado positivo que levará à realização de exames endoscópicos; um resultado negativo, na presença de perdas hemáticas visíveis, também não exclui a presença de lesões pelo que está indicada a investigação da causa, geralmente através de exames endoscópicos.
No caso de anemia ferropénica em homens ou em mulheres pós-menopáusicas está indicada a realização de colonoscopia (considerando-se também a realização simultânea ou subsequente de endoscopia digestiva alta). Neste contexto, tanto uma PSOF positiva como negativa levará à realização de exames endoscópicos, pelo que este teste diagnóstico não tem influência na abordagem da situação clínica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Iron Deficiency Anemia: Evaluation and Management. Short MW et al. Am Fam Physician. 2013 Jan 15;87(2):98-104.
- Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. Goddard AF et al. Gut 2011; 60:1309e1316. doi:10.1136/gut.2010.228874.
- Fecal occult blood testing as a diagnostic test in symptomatic patients is not useful: A retrospective chart review. Narula N. *et al* Can J Gastroenterol Hepatol. 2014 Sep; 28(8): 421–426.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) nos 5 anos seguintes a colonoscopia total de rastreio, normal, com preparação adequada.

Justificação /

Após realização de rastreio de cancro colo-retal (CCR) por colonoscopia total, com preparação adequada e sem deteção/exérese de pólipos, em doente sem história familiar de cancro colo-retal, recomenda-se realização de nova colonoscopia em 10 anos (a menos que surjam novos sintomas/sinais que indiquem realização mais precoce). A realização de PSOF nos primeiros 5 anos após colonoscopia de alta qualidade não está indicada, podendo levar a exames endoscópicos desnecessários dada a maior probabilidade de falsos positivos na PSOF.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Rex DK et al. Am J Gastroenterol advance online publication, 6 June 2017; doi: 10.1038/ajg.2017.174.
- Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Hassan C *et al*. Endoscopy 2013; 45: 842–851.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir colonoscopia antes dos 5 anos em utentes que realizaram polipectomia de 1-2 pequenos (<1cm) adenomas tubulares com displasia de baixo grau (tendo em atenção se a colonoscopia foi completa e com preparação intestinal adequada), a menos que surjam novos sintomas/sinais de alarme.

Justificação /

O risco de adenomas avançados/neoplasia colo-retal metácronos em indivíduos que removeram 1-2 pequenos (<1cm) adenomas tubulares com displasia de baixo grau aproxima-se do risco da população geral, pelo que se recomenda que a colonoscopia de vigilância seja realizada 5-10 anos após a colonoscopia diagnóstica. Deve ter-se em atenção se a colonoscopia foi completa, a qualidade da preparação intestinal e a presença de história familiar de cancro colo-retal, que pode modificar os intervalos de vigilância.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Hassan C *et al*. Endoscopy 2013; 45: 842–851.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não recomendar rastreio de cancro colo-retal (CCR) em utentes assintomáticos, sem história familiar e com esperança de vida <10 anos.

Justificação /

Dado a história natural da sequência adenoma-carcinoma colo-retal, não se recomenda a realização de rastreio em utentes com expectativa de vida inferior a 10 anos. Sugere-se que a idade seja um fator a ter em conta – está recomendado o rastreio entre os 50-75 anos, embora se possa considerar a realização de rastreio, dependendo do estado geral e comorbilidades, em utentes com 75-85 anos. Também a vigilância após polipectomia deve ser interrompida quando seja questionável o benefício para o utente. Apesar de a expectativa de vida poder ser difícil de estimar, existem ferramentas *online* que podem ajudar, complementando a impressão clínica do médico assistente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Rex DK *et al*. Am J Gastroenterol advance online publication, 6 June 2017; doi: 10.1038/ajg.2017.174.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar controlo imagiológico a utentes assintomáticos com hemangiomas hepáticos típicos <5 cm.

Justificação /

Os hemangiomas são frequentes (5-20% da população) e a maior parte das vezes diagnosticados incidentalmente. O diagnóstico de hemangiomas típicos <3 cm é geralmente realizado através de ecografia abdominal, com elevada acuidade, dada a sua aparência típica (lesão homogénea, hiperecogénica bem definida, com reforço acústico), só estando indicada realização de exames adicionais (TC/RM) em caso de dúvida diagnóstica, lesões >3 cm e em caso de lesão de novo em fígado cirrótico.
A maioria dos hemangiomas permanecem assintomáticos, estáveis ou com escasso crescimento, e as complicações (rotura, hemorragia, infeção, S. Kasabach-Merritt) são extremamente raras em hemangiomas <5 cm, não estando recomendada a realização de controlo ecográfico rotineiro.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. European Association for the Study of the Liver (EASL). Journal of Hepatology 2016 vol. 65 j 386–398.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar testes de intolerância alimentar não validados em doentes com sintomas gastrointestinais inespecíficos, como dor abdominal, distensão abdominal e alterações dos hábitos intestinais.

Justificação /

Os testes de intolerância alimentar, especialmente os que se baseiam no doseamento de anticorpos IgG contra alimentos, são amplamente comercializados e utilizados na prática clínica para avaliar sintomas gastrointestinais. No entanto, esses testes carecem de validação científica, não estando recomendados pelas autoridades de saúde para o diagnóstico de intolerâncias alimentares.

A presença de anticorpos IgG contra alimentos específicos geralmente indica apenas exposição alimentar e tolerância imunológica, não significando intolerância ou alergia. Por outro lado, a utilização destes testes pode levar a diagnósticos errados, recomendação de dietas restritivas e consequentes deficiências nutricionais desnecessárias.

Atualmente, os únicos testes de intolerâncias alimentares suportados por evidência científica incluem os anticorpos para a doença celíaca, os testes de intolerância à lactose e os testes de eliminação e reintrodução de alimentos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gargano, D., Appanna, R., Santonicola, A., De Bartolomeis, F., Stellato, C., Cianferoni, A., Casolaro, V., & Iovino, P. (2021). Food Allergy and Intolerance: A Narrative Review on Nutritional Concerns. Nutrients, 13(5), 1638. https://doi.org/10.3390/nu13051638
- Carr, S., Chan, E., Lavine, E., & Moote, W. (2012). CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG. Allergy, asthma, and clinical immunology: official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology, 8(1), 12. https://doi.org/10.1186/1710-1492-8-12.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não suspender Ácido Acetilsalicílico (AAS) antes de todos os procedimentos endoscópicos.

Justificação /

Apesar de existir um risco de hemorragia associada à realização de estudos endoscópicos com finalidade diagnóstica, este é muito baixo, ocorrendo em menos de 1/1000 procedimentos (incluindo quando são realizadas biópsias).
Mesmo o caso das endoscopias que incluam procedimentos terapêuticos, como no caso da maioria das polipectomias, apesar do risco hemorrágico ser maior - de cerca de 2-3%, quando se verifica hemorragia intra ou pós-procedimento, uma proporção significativa são auto-limitadas ou, se necessária intervenção, existem diversas modalidades terapêuticas endoscópicas invasivas que permitem o controlo hemostático, raramente tendo desfechos fatais.
Por outro lado, a suspensão de um fármaco anti-agregante utilizado como profilaxia secundária, aumenta cerca de 3 vezes o risco de eventos trombóticos cardiovasculares ou cerebrovasculares, o que pode acarretar consequências devastadoras e resultar em mortalidade ou morbilidade significativa a longo prazo.
A gestão de antiagregantes e anticoagulantes deve ter em conta o risco cardiovascular e fatores de risco para hemorragia dos doentes individuais, bem como as preferências do doente.
Deste modo, doentes sob ácido acetilsalicílico (AAS) em monoterapia como prevenção secundária, que vão ser submetidos a procedimentos endoscópicos eletivos, devem, na grande maioria das situações, manter a terapêutica com ASA. Duas exceções, nas quais está recomendada a suspensão temporária do AAS, incluem a realização de ampulectomia endoscópica ou de disseção endoscópica da submucosa. Nos casos em que se opte pela suspensão da AAS, esta deve ser reiniciada precocemente, em 48-72 horas.
Já nos doentes sobre dupla antiagregação, deve manter-se o AAS, suspendendo-se temporariamente o segundo anti-agregante (10 dias antes no caso da Ticlopidina ou 7 dias antes para os inibidores do recetor da P2Y12 – Clopidogrel, Prasugrel ou Ticagrelor) nos doentes que vão ser submetidos a procedimentos (potencialmente) terapêuticos.
Nos casos dos doentes sob AAS como profilaxia primária, este deve ser suspenso antes de procedimentos endoscópicos com alto risco hemorrágico (com intuito terapêutico), uma vez que o risco hemorrágico demonstrou ser superior ao potencial benefício cardiovascular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Veitch, A. M., Radaelli, F., Alikhan, R., Dumonceau, J. M., Eaton, D., Jerrome, J., ... & Van Hooft, J. E. (2021). Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. *Endoscopy*, 53(09), 947-969.
- Coelho-Prabhu, N., Forbes, N., Thosani, N. C., Storm, A. C., Pawa, S., Kohli, D. R., ... & Qumseya, B. J. (2022). Adverse events associated with EGD and EGD-related techniques. Gastrointestinal endoscopy, 96(3), 389-401.
- Ferlitsch, M., Moss, A., Hassan, C., Bhandari, P., Dumonceau, J. M., Paspatis, G., ... & Bourke, M. J. (2017). Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline. Endoscopy, 49(03), 270-297.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir estudos endoscópicos em doentes com suspeita de hemorragia do intestino delgado após resultado de cápsula endoscópica negativo.

Justificação /

Nos doentes com suspeita de hemorragia do intestino delgado (evidente ou oculta) cujo resultado da cápsula endoscópica se revelou negativo para lesões potencialmente sangrantes (estando assegurada uma adequada preparação intestinal), o risco de recorrência de hemorragia a curto prazo é baixo. Assim, nestes casos não está recomendada a repetição de endoscopia digestiva alta, colonoscopia ou cápsula endoscópica, devendo ser adotada uma atitude de "watchful waiting".

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Small-bowel capsule endoscopy and device-assisted enteroscopy for diagnosis and treatment of small-bowel disorders: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022. Pennazio M *et al*. Endoscopy 2022; 55: 58–95

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Gastrenterologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não fazer testes genéticos a menores de 16 anos nem a outras pessoas sem autonomia exceto para diagnóstico.

Justificação /

A capacidade de obter informação genética em saúde tem crescido exponencialmente. O acesso a informação genética em saúde, com ou sem relevância médica, obriga a que seja previamente confirmada a sua potencial utilidade. No caso de pessoas sem autonomia, nomeadamente menores de 16 anos, a realização de testes genéticos só se justifica se em benefício do próprio e está limitada às seguintes circunstâncias:

Testes genéticos diagnósticos e de farmacogenética – a pedido de um médico que assegura o aconselhamento genético anterior à sua realização e posterior à transmissão dos resultados e com consentimento informado, esclarecido e livre por escrito dos tutores legais e assentimento do próprio em função da sua idade e maturidade.

Testes genéticos pré-sintomáticos e preditivos – apenas se o seu resultado permitir uma intervenção médica preventiva ou terapêutica comprovadamente eficaz e apenas na idade em que esteja indicada essa intervenção, a pedido de um médico especialista em Genética Médica e com consentimento informado, esclarecido e livre por escrito dos tutores legais e assentimento do próprio em função da sua idade e maturidade.

Testes genéticos de heterozigotia para doenças recessivas ou confirmação ou exclusão da presença de alteração cromossómica estrutural equilibrada – exclusivamente em contexto de consulta pré-concecional ou pré-natal, a pedido de um médico especialista em Genética Médica e com consentimento informado, esclarecido e livre por escrito dos tutores legais e assentimento do próprio em função da sua idade e maturidade.

Escolha não fazer testes genéticos a menores de 16 anos nem a outras pessoas sem autonomia exceto se:

- houver necessidade de confirmar ou excluir uma causa genética para uma doença existente;
- se houver comprovada utilidade para benefício da pessoa naquela idade;
- for pedido por um médico responsável por realizar o aconselhamento genético;
- com consentimento informado esclarecido e livre por escrito;

O acesso a informação genética adicional, nomeadamente informação em saúde que não seja informação médica, é limitadora da autonomia futura da criança e tem potenciais efeitos discriminatórios e negativos na sua saúde mental pelo que não é recomendada e é proibida pela legislação e regulamentação nacionais.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lei nº 12/2005 de 26 de janeiro | Decreto-Lei nº 131/2014 de 29 de agosto | Portaria nº91/2024/1 de 11 de março | Despacho nº 9108/97 da Ministra da Saúde de 18 de setembro de 1997
- Norma 015/2013 atualizada a 04/11/2015 da Direção-Geral da Saúde
- Sociedade Europeia de Genética Humana (ESHG) Eur J Hum Genet. 2009 Jun;17(6):720-1. doi: 10.1038/ejhg.2009.26. Epub 2009 Mar

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Genética Médica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar variantes genéticas de significado clínico incerto como evidência de diagnóstico genético ou de risco genético.

Justificação /

As variantes de significado clínico incerto (VSCI) não são clinicamente operacionáveis, isto é, não devem ser consideradas como evidência de um diagnóstico genético ou condição de risco genético. Decorre desta ponderação que não devem ser usadas para diagnóstico ou rastreio genético.

A probabilidade de identificação de VSCI em testes genéticos de nova geração é tanto maior quanto maior for a extensão de genoma analisado, o grau de resolução molecular do teste genético em apreço e o desconhecimento da variação genética da população. Por comparação com outras populações europeias, o conhecimento da variação genética da população portuguesa é ainda relativamente limitado, pelo que, em Portugal o achado de VSCI em testes genéticos requisitados em contextos clínicos é previsivelmente mais frequente.

A classificação de variantes genéticas como VSCI não é estática: à medida que aumenta o conhecimento sobre o seu significado biológico e clínico, as VSCI são reclassificáveis para categorias desambiguadas, seja como patogénicas ou como benignas. Existe a expectativa de que dentro de uma década o achado de VSCI em testes genéticos de diagnóstico possa ser residual.

Deve ponderar-se a realização de estudos de co segregação intrafamiliar apenas quando os seus resultados permitam a reclassificação da VSCI.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Richards S et al (2015) Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. Genet Med 17:405 424.
- Fowler DM & Rehm HL (2024) Will variants of uncertain significance still exist in 2030? Am J Hum Genet 111:5-10.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Genética Médica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não fazer teste de rastreio de heterozigotias para doenças monogénicas recessivas exceto em contexto de casal.

Justificação /

O rastreio de portador (teste de heterozigotia) para doenças monogénicas refere-se ao teste utilizado para identificar se uma pessoa saudável é portadora (heterozigota) de uma variante causal (patogénica ou provavelmente patogénica) associada a doença recessiva (autossómica ou ligada ao X).

Recomenda-se que os casais em contexto pré-concecional ou excecionalmente no primeiro trimestre da gravidez recebam informação sobre a possibilidade e utilidade do rastreio de portador para doenças monogénicas de hereditariedade recessiva. Sempre que possível, o aconselhamento genético e o referido rastreio devem ser realizados antes da gravidez para permitir aos casais conhecer o seu risco reprodutivo e considerar todas as opções reprodutivas disponíveis (incluindo não engravidar, utilizar o teste genético pré-implantação ou gâmetas de dadores ou ainda engravidar e utilizar ou não o diagnóstico pré-natal).

O rastreio de portador é uma ferramenta útil, mas só deve ser realizado se estiverem reunidas todas as seguintes condições:

1. Houver orientação médica e aconselhamento genético disponíveis antes e depois do teste;
2. O casal compreender o objetivo, os riscos e limitações e decidir realizá-lo de forma informada, esclarecida e livre;
3. O resultado do teste integrado (resultado combinado do casal) for útil para a tomada de decisões reprodutivas, como a utilização de teste genético pré-implantação, diagnóstico pré-natal específico ou outras;

O rastreio de portador tem maior utilidade clínica nas seguintes circunstâncias:

1. Quando existe história de doença hereditária autossómica recessiva ou ligada ao X na família com confirmação molecular (teste genético diagnóstico com identificação de variante patogénica ou provavelmente patogénica);
2. Quando existe consanguinidade do casal (primos em primeiro grau ou mais próximos)

Escolha não realizar o teste fora do contexto de casal ou se não for útil para a gestão de uma gravidez, uma vez que os resultados podem gerar ansiedade, dúvidas e gastos desnecessários, sem benefícios reais para o planeamento familiar.

Sempre que possível, mesmo se existir história de doença monogénica na família, opte por realizar o rastreio de portador pan-étnico e alargado, que inclua as doenças genéticas com frequência de heterozigotia igual ou superior a 1/200 [nível 3 para as doenças AR (tabelas 1 a 5) e genes associados a doenças XL (tabela 6) segundo o ACMG].

O rastreio de portador não substitui o rastreio neonatal, que deve ser realizado conforme as recomendações nacionais e, de igual modo, o rastreio neonatal não diminui o potencial benefício do rastreio de portador no período pré-concecional e pré-natal.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Committee Opinion No. 690. Carrier screening in the age of genomic medicine. Obstet. Gynecol129, e35–e40 (2017).
- Screening for autosomal recessive and X-linked conditions during pregnancy and preconception: a practice resource of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG), Genet Med. 2021 October ; 23(10): 1793–1806.
- Responsible implementation of expanded carrier screening – Background document including Recommendations of the European Society of Human Genetics. Eur J Hum Genet 2016;24
- An ESHG-ESHRE survey on the current practice of expanded carrier screening in medically assisted reproduction; Hum Reprod. 2024 Aug 1;39(8):1844-1855

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Genética Médica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar doseamentos hormonais na pós-menopausa ou após a realização de histerectomia, por rotina, para diagnóstico da menopausa ou monitorização da terapêutica de substituição.

Justificação /

A frequência e gravidade dos sintomas da menopausa não se correlacionam com os níveis da hormona folículo-estimulante (FSH) ou do estradiol no sangue. Na verdade, os níveis de estrogénio durante a vida reprodutiva são, geralmente, muito superiores aos necessários para reduzir esses sintomas. O tratamento com terapêutica hormonal de substituição baseia-se na escolha da menor dose possível que seja efetiva a reduzir os sintomas. A utilização dos doseamentos hormonais séricos para ajustar a terapêutica de substituição pode resultar em sobre-tratamento, ou seja, administração de doses mais elevadas do que as necessárias para reduzir e gerir os sintomas.
Nas mulheres submetidas a histerectomia em idade reprodutiva é frequentemente complexo diagnosticar o início da pós-menopausa. No entanto, fundamentar o diagnóstico da pós-menopausa apenas em valores da FSH elevados pode resultar no atraso do diagnóstico e consequente ausência de tratamento em mulheres com sintomas graves e incapacitantes.
Assim, o uso deste teste, não confiável, pode contribuir para cuidados que ficam aquém dos cuidados ideais.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Harlow SD, et al. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. 2012 Apr;97(4):1159-68.
- National Institute for Health and Care Excellence. Menopause: diagnosis and management. 2015 Nov.
- Reid R, et al. Managing menopause. J Obstet Gynaecol Can. 2014 Sep;36(9):830-833.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar anualmente citologia cervical (esfregaço de papanicolaou) em mulheres entre os 25 e 65 anos de idade.

Justificação /

O rastreio organizado do cancro do colo do útero é uma medida de saúde pública que tem como objetivo reduzir a incidência e mortalidade associada a esta neoplasia. A infeção persistente por HPV é condição necessária para que haja progressão para neoplasia intra-epitelial cervical e desenvolvimento de cancro. Estima-se que o aparecimento do cancro do colo do útero ocorra 5 a 20 anos após o início da infeção pelo HPV.
O rastreio permite identificar e tratar precocemente lesões precursoras. Atualmente, pode ser realizado por vários métodos: citologia convencional, citologia em meio líquido e o teste do HPV ou associação dos dois últimos. Estudos concluem que o rastreio nas mulheres entre 20 e 24 anos apresenta pouco efeito sobre as taxas de incidência do cancro do colo do útero.
As linhas de orientação europeia, no que diz respeito à citologia convencional (esfregaço de papanicolaou) em mulheres não incluídas em situações especiais, aconselham a sua realização de 3 em 3 anos entre os 25 e os 65 anos, uma vez que intervalos mais curtos não apresentam benefício na diminuição da mortalidade. No entanto, deve ser realizada anualmente, com o profissional de saúde, uma avaliação ginecológica de modo a identificar casos particulares.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Screening for cervical cancer. Practice Bulletin No. 131. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2012 Nov;120(5):1222-38.
- Arbin, M, Antilla A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality in Cervical Cancer Screening. Second Edition. Ann Oncol 2010; 21: 448-58.
- Arbyn M, Antilla A, Jordan J, et al. European Commission. In. European Guidelines in Cervical Screening. 2nd edition. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008 pp: 1-291.
- Davey D; Cox JT; Austin M et al. Cervical cytology specimen adequacy: patient management guidelines and optimizingspecimen collection. J Low Genit Tract Dis 2008; 12(2): 71-81.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-obstetricians-and-gynecologists/
https://choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar seguimento ecográfico em caso de quistos do ovário inocentes.

Justificação /

Os quistos do ovário são sacos, cheios de líquido, localizados no ovário. Podem ser simples ou hemorrágicos, e em mulheres em idade reprodutiva são quase sempre fisiológicos, ou seja, resultado do ciclo menstrual normal. Cerca de 1 em cada 5 mulheres na pós-menopausa também pode ter um quisto do ovário, por norma, pequeno, não associado a sintomas e clinicamente inocente. O cancro de ovário, embora classicamente associado à existência de massas no ovário, não resulta destes quistos de características benignas. Após uma ecografia de boa qualidade em mulheres em idade reprodutiva, não se recomenda o seguimento de um corpo lúteo ou de um quisto simples com <5 cm de maior diâmetro.
Nas mulheres na pós-menopausa também não se recomendam ecografias de seguimento para quistos simples com <1 cm de maior diâmetro.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Levine D, Brown DL, Andreotti RF, Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. Radiology 2010 256:943-54.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion: number 280, December 2002. The role of the generalista obstetrician-gynecologist in the early detection of ovarian cancer. Obstet Gynecol 2002;100(6):1413–1416.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Management of adnexal masses. Obstet Gynecol 2007;110(1):201–214.
- Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. Ultrasound Obstet Gynecol 2000;16(5):500–505.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-radiology-follow-up-imaging-for-adnexal-cysts/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar antibióticos para tratamento do estreptococos do grupo b isolado no exsudado vaginal/ rectal, antes do início do trabalho de parto.

Justificação /

Grávidas portadoras de estreptococcos do grupo B, identificado no exsudado vaginal e/ou retal, não devem receber antibioterapia antes do início do trabalho de parto ou da rotura da bolsa de águas. A antibioterapia na altura do resultado cultural positivo, não reduz a incidência da colonização por este agente no momento do parto (altura de maior risco para a transmissão vertical para o feto) e por isso não deve ser realizada.
Nos casos de isolamento de estreptococcos do grupo B em exame cultural da urina, a grávida deve receber antibioterapia no momento do diagnóstico e posteriormente, fazer antibioterapia profilática no momento do parto.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Klebanoff MA, Regan JA, Rao AV, et al. Outcome of the Vaginal Infections and Prematurity Study: results of a clinical trial of erythromycin among pregnant women colonized with group B streptococci. Am J Obstet Gynecol 1995; 172:1540.
- Weeks JW, Myers SR, Lasher L, et al. Persistence of penicillin G benzathine in pregnant group B Streptococcus carriers. Obstet Gynecol 1997; 90: 240–3.
- Bland ML, Vermillion ST, Soper DE. Late third-trimester treatment of rectovaginal group B streptococci with benzathine penicillin G. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 372–6.
- Baecher L, Grobman W. Prenatal antibiotic treatment does not decrease group B Streptococcus colonization at delivery. Int J Gynaecol Obstet 2008; 101:125–8.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.co.uk/i-am-a-clinician/recommendations/#1528715940309-e6054b7d-ff3d

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não agendar induções do trabalho de parto ou cesarianas eletivas, antes das 39 semanas + 0 dias.

Justificação /

O parto no termo, antes das 39 semanas + 0 dias associa-se a maior morbilidade neonatal, maior necessidade de recurso aos serviços de saúde durante o primeiro ano de vida e risco aumentado de dificuldade de aprendizagem (quando comparado com gestações com mais de 39 semanas). A indução do trabalho de parto ou a cesariana eletiva antes de atingida esta idade gestacional devem ser evitadas, exceto na presença de patologia materna ou fetal que o justifique. O desconforto e a ansiedade materna relacionados com a gravidez normal não constituem indicações para a término da gravidez antes das 39 semanas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Main E, Oshiro B, Chagolla B, et al. (California Maternal Quality Care Collaborative). Elimination of non-medically indicated (elective) deliveries before 39 weeks gestational age. California: March of Dimes; First edition July 2010. California Department of Public Health; Maternal, Child and Adolescent Health Division; Contract No: 08-85012.
- Mozurkewich E et al. Indications for induction of labour: a best-evidence review. BJOG 2009, 116:626–636.
- Dietz PM, Rizzo JH, England LJ, et al. Early term delivery and health care utilization in the first year of life. J Pediatr 2012; 161:234.
- Zhang X, Kramer MS. Variations in mortality and morbidity by gestational age among infants born at term. J Pediatr 2009; 154:358.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-obstetricians-and-gynecologists/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar sistematicamente episiotomia em partos vaginais espontâneos.

Justificação /

Em mulheres com parto vaginal espontâneo, a realização de episiotomia seletiva resulta numa menor taxa de trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menor taxa de complicações. Em estudos a curto e a longo prazo, a realização de episiotomia não provou ser superior na diminuição da taxa de lacerações do esfíncter anal.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD000081.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2017; 2:CD000081.
- Hale RW, Ling FW. Episiotomy: Procedure and repair techniques. American College of Obstetricians and Gynecologists; Washington, DC, 2007.
- Lee L, et al. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. 2016 Sep;38(9):843-865. PMID: 27670710.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não recomendar repouso no leito, por rotina, em grávidas com gravidez gemelar, restrição do crescimento fetal, antecedentes de aborto, risco de parto pré-termo ou doença hipertensiva.

Justificação /

A evidência científica não demonstrou melhoria dos resultados obstétricos com o repouso no leito ou a restrição da atividade física. Estas recomendações têm um impacto desfavorável, aumentando o risco tromboembólico e favorecendo a atrofia muscular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Mc Call CA, Grimes DA, Lyerly AD. “Therapeutic” bed rest in pregnancy: unhethical and unsupported by data. Obstet Gynecol. 2013;121:1305-8.
- Grobman WA,Gilbert SA, Iams JD, spongCY, et al. Activity restriction among women with a short cervix. Obstet Gynecol. 2013;121:1181-6.
- Brennan MC, Moore LE. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. Obstet Gynecol Clin north am. 2013; 40:27-35.
- Sosa CG, Althabe F, Belizán jM et al. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. Cochrane Database of Syst Rev 2015. Issue 3. Art. No.: CD 003581.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar ecografias obstétricas com objetivos que não se prendem a indicações clínicas, como por exemplo, gravar vídeos ou disponibilizar fotografias tridimensionais.

Justificação /

A ecografia obstétrica integra o painel de cuidados pré-natais e destina-se a rastreio pré-natal de aneuploidias, deteção de anomalias fetais estruturais, avaliação do desenvolvimento fetal, da placenta, da quantidade de líquido amniótico e perfil biofísico. A idade gestacional da sua realização está bem definida nas recomendações de vigilância pré-natal. A realização de ecografia obstétrica com objetivos fora de uma indicação clínica é desaconselhada, por envolver gastos desnecessários de recursos e desvirtuar a sua utilização como método complementar de diagnóstico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ACOG Committee Opinion. Number 297, August 2004. Nonmedical use of obstetric ultrasonography. ACOG Committee on Ethics. Obstet Gynecol 2004 aug;104(2):423-4.
- US Food and Drug Administration. Fetal Keepsake videos. December 9, 2015.
- Abramowicz JS, Barnett SB; ISUOG WFUMB. The safe use of non-medical ultrasound: a summary of the proceedings of the joint safety symposiumof ISUOG and WFUMB. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009 May; 33(5):617-20.
- American Institute of ultrasound in Medicine. Prudent use in pregnancy. Laurel (mD): AIUM; December 2015.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ginecologia-Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar gamaglobulina endovenosa como 1ª linha de tratamento da trombocitopenia imune assintomática (PTI).

Justificação /

Os corticóides são a 1ª linha de tratamento, reservando-se a gamaglobulina endovenosa para casos graves com discrasia hemorrágica em que seja necessário obter uma resposta rápida, ou quando os corticóides são contra-indicados. Não há evidência que demonstre a necessidade de associar gamaglobulina aos corticóides como 1ª linha de tratamento da PTI assintomática.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Neunert C, et al. The American Society of Hematology 2011 evidence-based practice guideline for immune thrombocytopenia. Blood 2011;117:4190-4207.
- Neunert CE. Current management of immune thrombocytopenia. Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. 2013;276-282.
- Provan D, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood 2010; 115:168-186.
- Lambert MP, Gernsheimer TB. Clinical updates in adult immune thrombocytopenia. Blood 2017, 129: 2829-2835.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir uma citologia aspirativa para diagnóstico de um caso suspeito de linfoma.

Justificação /

O diagnóstico de linfoma necessita de material adequado que permita definir a arquitetura celular do gânglio para um diagnóstico histopatológico e imunofenotípico adequado. A citologia aspirativa não permite essa análise e pode atrasar o diagnóstico de linfoma. Embora a biopsia ganglionar seja o exame de referência, pode ser difícil de realizar dependendo da localização do gânglio, podendo necessitar de anestesia geral e correndo o risco de ter complicações. No mínimo deve ser obtida uma biopsia guiada por imagem para garantir um diagnóstico adequado e rápido de um linfoma.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- de Kerviler E, et al. Image-guided core-needle biopsy of peripheral lymph nodes allows the diagnosis of lymphomas. Eur. Radiol. Mar 2007; 17:843-849.
- Demharter J, et al. Percutaneous core-needle biopsy of enlarged lymph nodes in the diagnosis and subclassification of malignant lymphomas. Eur. Radiol. 2001;11:276-283.
- Health Quality Ontario. The Diagnostic Accuracy of Fine-Needle Aspiration Cytology in the Diagnosis of Lymphoma: A Rapid Review [Internet]. 2014 (cited 2014 Jul 21].
- Swerdlow SH. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 4th ed. World Health Organization; 2008.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prolongar a anticoagulação por mais de 3 meses num doente com um 1º episódio de trombose venosa ocorrido no contexto de um fator de risco major transitório.

Justificação /

Prolongar a anticoagulação por mais de 3 meses tem riscos e é dispendioso. Doentes com um 1º episódio de trombose venosa desencadeado por um fator de risco importante, como cirurgia, trauma ou cateter venoso, têm um reduzido risco de recorrência uma vez resolvido o fator de risco. As linhas orientadoras sugerem que um tratamento de 3 meses é suficiente. Excluem-se desta indicação os casos associados a fatores de risco não considerados major (anticoncepção oral, gravidez, imobilidade resultante de viagens prolongadas, etc), dado que o risco de repetição de um episódio trombótico é intermédio ou não está claramente definido.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kearon C, Akl EA, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 141 (suppl 2):e419S-e494S.
- Boutitie F, Pinede L, Schulman S, Agnelli G, Raskob G, Julian J, Hirsh J, Kearon C. Influence of preceding length of anticoagulant treatment and initial presentation of venous thromboembolism on risk of recurrence after stopping treatment: analysis of individual participants' data from seven trials. British Medical Journal 2011; 342:d3036.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Em doentes com leucemia linfática crónica (LLC) assintomática, nos estádios iniciais, escolha não realizar avaliação da medula óssea nem tomografia axial computorizada (TAC) no diagnóstico nem no "follow-up".

Justificação /

Em doentes com LLC recém diagnosticados e assintomáticos não há benefício na realização de TAC e o diagnóstico, fora do âmbito de ensaios clínicos, pode ser confirmado pela análise morfológica e imunofenotípica do sangue periférico. Nestes doentes, o acompanhamento deve ser feito com base na avaliação clínica e nos resultados do hemograma.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Oscier D, Dearden C, Eren E, Fegan C, Follows G, Hillmen P, Illidge T, Matutes E, Milligan DW, Pettitt A, Schuh A, Wimperis J. British Committee for Standards in Haematology. Guidelines on the diagnosis, investigation and management of chronic lymphocytic leukaemia. British Journal of Haematology 2012; 159:541-64.
- Eichhorst B, Hallek M, Dreyling M, Group EGW. Chronic lymphocytic leukaemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 2010;21 Suppl 5:162-4.
- Hallek M, Cheson BD, Catovsky D. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute-Working Group 1996 guidelines. Blood 2008; 111:5446-56.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir unidades de concentrado eritrócitário em doentes hemodinamicamente estáveis, sem hemorragia ativa, sem doença coronária, sem lesão neurocrítica aguda e sem sintomas, se tiverem hemoglobina ≥7,0 g/dL.

Justificação /

A decisão para transfundir deve basear-se numa combinação de vários fatores: valor de hemoglobina, patologias associadas e situação clínica do doente. O limiar do valor de hemoglobina para transfusão permanece controverso, mas a evidência atual recomenda que seja utilizado um limiar restritivo (<7,0 g/dL) para a maioria dos doentes estáveis sem evidência de oxigenação tecidual inadequada. Em doentes com doença cardiovascular preexistente recomenda-se um limiar de 8,0 g/dL. Existem ainda outras exceções, nomeadamente doentes com síndrome coronário agudo, com choque séptico e sinais de hipoperfusão refratária, ou com lesão neurocrítica aguda, nos quais devem ser utilizados limiares de hemoglobina mais elevados (a individualizar). No doente com hemorragia ativa aguda, o valor da hemoglobina é um mau indicador da necessidade transfusional, a qual também deve ser individualizada.
A transfusão de uma única unidade de concentrado eritrocitário deve ser o padrão para doentes hospitalizados que não apresentem hemorragia ativa. Só devem ser prescritas unidades adicionais após a reavaliação clínica do doente e do seu valor de hemoglobina.
Cada unidade de sangue transfundida está associada a um aumento de riscos para o doente. Comparativamente a uma política transfusional menos restritiva, o uso de unidades de concentrado eritrocitário para um limiar de hemoglobina <7 g/dL reduz complicações, nomeadamente infeções associadas a cuidados de saúde e pode diminuir mortalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Walsh TS, Boyd JA, Watson D, Hope D, Lewis S, Krishan A, Forbes JF, Ramsay P, Pearse R, Wallis C, et al.; RELIEVE Investigators. Restrictive versus liberal transfusion strategies for older mechanically ventilated critically ill patients: a randomized pilot trial. Crit Care Med 2013; 41: 2354–2363.
- 321: 983-997.Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. 2013; 2013:638-644.

- Practice Guidelines for Perioperative Blood Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Anesthesiology. 2015;122(2):241-75.
- Mueller M, van Remoortel H, Meybohm P et al. Patient blood management recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA 2019. 321:983-997.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar testes diagnósticos sem benefício comprovado na avaliação de alergias, como o doseamento de imunoglobulina G (IgG) ou de uma bateria indiscriminada de imunoglobulina E (IgE) específicas.

Justificação /

Para um diagnóstico correto de alergia e posterior tratamento são necessários testes (cutâneos ou sanguíneos), selecionados com base na história clínica do doente. A realização de testes de utilidade não comprovada pode conduzir a diagnósticos e tratamentos inadequados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cox L, Williams PB, Sicherer S, Oppenheimer J, Sher L, Hamilton R et al. Pearls and pitfalls of allergy diagnostic testing: report from the American College of Allergy, Asthma and Immunology/ American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Specific IgE Test Task Force. Ann All Asthma Immunol 2008; 101:580–92.
- Bernstein IL, Li JT, Bernstein DI, Hamilton R, Spector SL, Tan R et al. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. 2008; 100 (3 Suppl 3):S1-148.
- Shah R, Greenberger PA. Chapter 29: Unproved and controversial methods and theories in allergy-immunology. Allergy Asthma Proc. 2012; 33 Suppl 1: 100-102.
- Hammond C, Lieberman JA. Unproven Diagnostic Tests for Food Allergy. Immunol Allergy Clin North Am. 2018; 38(1):153-163.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-academy-allergy-asthma-immunology-diagnostic-tests-for-allergy-evaluation/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar exames auxiliares de diagnóstico em doentes com urticária aguda, sem desencadeantes específicos.

Justificação /

A urticária aguda é habitualmente autolimitada, não existindo na maioria dos casos desencadeantes alérgicos associados. A realização de exames auxiliares de diagnóstico é geralmente desnecessária.
A suspeita de urticária aguda desencadeada por algum alergénio específico, como alimento ou medicamento é a exceção. Nestes casos, os exames auxiliares de diagnóstico podem ter utilidade, de modo a confirmar quais os fatores desencadeantes específicos da urticária.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Zuberbier T, Latiff A, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA2LEN/EuroGuiDerm/ APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. Allergy. 2022;77(3):734-766.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não fazer dietas de evicção alimentar sem evidência de necessidade e benefício.

Justificação /

A alergia alimentar engloba diversas formas de doença, com características clínicas diversas e, uma vez estabelecido este diagnóstico, o tratamento consiste na eliminação do(s) alimento(s) da dieta. Esta evicção inclui não só os alimentos ingeridos na forma natural / integral, mas também os alimentos utilizados como ingredientes, muitas vezes ocultos. De uma forma geral, a alergia alimentar pode aumentar o risco de regimes nutricionais inadequados, com um impacto negativo no estado nutricional, bem como na qualidade de vida do doente e da família.
A maioria das reações adversas a alimentos são autodiagnosticadas e não são baseadas em testes validados, acabando por levar a dietas de evicção na tentativa do doente de melhorar a sua qualidade de vida, apesar do benefício dessas dietas poder não existir e, de, pelo contrário, as mesmas se associarem a consequências deletérias. As dietas de evicção
alimentar motivadas por suspeita de alergia alimentar devem ser propostas e acompanhadas por um médico Imunoalergologista, devendo o doente procurar uma consulta desta especialidade sempre que achar que tem sintomas sugestivos deste diagnóstico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Dietary management of IgE and non-IgE-mediated food allergies in pediatric patients. Pediatr Allergy Immunol. 2024 Mar;35(3):e14100.
- Myths and Facts about Food Intolerance: A Narrative Review. Nutrients. 2023 Nov 30;15(23):4969.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não tratar a sua asma apenas com broncodilatadores de curta duração de ação (exemplos: salbutamol e terbutalina).

Justificação /

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que se caracteriza por sintomas respiratórios (pieira, falta de ar, opressão torácica e tosse), que variam ao longo do tempo e em intensidade, associados a obstrução variável do fluxo aéreo expiratório.
Os objetivos de tratamento da asma devem contemplar o melhor controlo possível dos sintomas a longo prazo e minimizar o risco futuro associado à doença, nomeadamente mortalidade, crises de asma, obstrução fixa permanente do fluxo aéreo e efeitos adversos associados à terapêutica.
As recomendações internacionais de tratamento da asma, por questões de segurança, desaconselham o tratamento da asma em adultos, adolescentes e crianças apenas com SABA (beta-2 agonistas de ação rápida; exemplos: salbutamol e terbutalina). A estratégia terapêutica recomendada deve centrar-se na corticoterapia inalada para reduzir o risco de crises graves e para controlo dos sintomas.
O uso excessivo de SABA associa-se a um maior risco de exacerbações e a um impacto negativo na saúde dos doentes. Esta sobreutilização de SABA é um indicador de mau controlo da asma, devendo motivar a procura de ajuda médica e, após avaliação cuidada, ajustar o plano de tratamento da asma.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2024. Disponível em https://ginasthma.org/gina-reports/ (Consultado em maio de 2024).
- Guía Española para El Manejo del Asma (GEMA 5.4). Disponível em https://www.gemasma.com (Consultado em maio de 2024).

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não suspender a medicação inalatória de manutenção a doentes com asma, durante a gravidez.

Justificação /

A prescrição e utilização de fármacos durante gravidez constitui uma grande preocupação por parte do médico assistente e da grávida doente. As vantagens do tratamento da asma durante a gravidez, ultrapassam possíveis riscos associados aos fármacos atualmente recomendados. Por esta razão, a necessidade de manter um bom controlo de sintomas e prevenir possíveis exacerbações, justifica a necessidade do cumprimento da terapêutica da asma durante a gravidez. Nas doses recomendadas, os corticosteróides inalados, os beta 2-agonistas e o montelucaste não estão associados a um aumento de anomalias fetais.
Uma asma não controlada pode associar-se tanto a complicações fetais (parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, aumento da mortalidade perinatal) como maternas (pré-eclampsia).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lim A, Stewart K, Konig K, et al. Systematic review of the safety of regular preventive asthma medication during pregnancy. Ann Pharmacother. 2011; 45:931-945.
- Murphy VE, Gibson PG. Asthma in pregnancy. Clinics in chest medicine. 2011;32:93-110.
- Venkatesan P. GINA report for asthma. Lancet Respir Med. 2023 Jul;11(7):589.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunoalergologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir concentrados de eritrócitos em doentes com deficiência de ferro sem instabilidade hemodinâmica.

Justificação /

A transfusão de sangue tornou-se uma resposta médica de rotina, apesar de existirem alternativas mais baratas e seguras em alguns contextos.
Nos casos de doentes em período pré-operatório com deficiência de ferro e doentes com deficiência de ferro crónica, sem instabilidade hemodinâmica (mesmo que apresentem níveis baixos de hemoglobina), deve ser administrado ferro por via oral e/ou intravenosa.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- AABB. Guidelines for patient blood management and blood utilization. Bethesda (MD): AABB; 2011. 52 p
- Lin DM, Lin ES, Tran MH. Efficacy and safety of erythropoietin and intravenous iron in perioperative blood management: a systematic review. Transfus Med Rev. 2013 Oct;27(4):221–34.
- Friedman AJ, Chen Z, Ford P, Johnson CA, Lopez AM, Shander A, Waters JH, van Wyck D. Iron deficiency anemia in women across the life span. J Womens Health (Larchmt). 2012 Dec;21(12):1282–9.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar produtos derivados de sangue rotineiramente para a reversão da anticoagulação por varfarina.

Justificação /

Na maioria dos casos, a vitamina K é suficiente para a reversão da anticoagulação por varfarina. Concentrados de complexo de protrombina ou plasma devem ser usados apenas em doentes com hemorragia grave ou que necessitam de cirurgia de emergência.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Holbrook A, Schulman S, Witt DM, Vandvik PO, Fish J, Kovacs MJ, Svensson PJ, Veenstra DL, Crowther M, Guyatt GH; American College of Chest Physicians. Evidence-based management of anticoagulant therapy: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e152S–84S.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir sangue O negativo, excepto em doentes com grupo sanguíneo O negativo e em transfusões de emergência em mulheres em idade fértil com grupo sanguíneo desconhecido.

Justificação /

As unidades de sangue O negativo estão em falta crónica devido, em parte, à sua sobreutilização em doentes que não apresentam grupo sanguíneo O negativo. As transfusões de glóbulos vermelhos O negativos devem restringir-se a: (1) doentes com grupo sanguíneo O negativo; ou (2) mulheres em idade fértil com grupo sanguíneo desconhecido, que necessitem de transfusão de emergência antes do teste de grupo sanguíneo poder ser realizado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- The Chief Medical Officer's National Blood Transfusion Committee (UK). The appropriate use of group O RhD negative red cells. Manchester (UK): National Health Service; 2008.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não transfundir unidades de concentrado eritrócitário em doentes hemodinamicamente estáveis, sem hemorragia ativa, sem doença coronária, sem lesão neurocrítica aguda e sem sintomas, se tiverem hemoglobina ≥7,0 g/dL.

Justificação /

A decisão para transfundir deve basear-se numa combinação de vários fatores: valor de hemoglobina, patologias associadas e situação clínica do doente. O limiar do valor de hemoglobina para transfusão permanece controverso, mas a evidência atual recomenda que seja utilizado um limiar restritivo (<7,0 g/dL) para a maioria dos doentes estáveis sem evidência de oxigenação tecidual inadequada. Em doentes com doença cardiovascular preexistente recomenda-se um limiar de 8,0 g/dL. Existem ainda outras exceções, nomeadamente doentes com síndrome coronário agudo, com choque séptico e sinais de hipoperfusão refratária, ou com lesão neurocrítica aguda, nos quais devem ser utilizados limiares de hemoglobina mais elevados (a individualizar). No doente com hemorragia ativa aguda, o valor da hemoglobina é um mau indicador da necessidade transfusional, a qual também deve ser individualizada.
A transfusão de uma única unidade de concentrado eritrocitário deve ser o padrão para doentes hospitalizados que não apresentem hemorragia ativa. Só devem ser prescritas unidades adicionais após a reavaliação clínica do doente e do seu valor de hemoglobina.
Cada unidade de sangue transfundida está associada a um aumento de riscos para o doente. Comparativamente a uma política transfusional menos restritiva, o uso de unidades de concentrado eritrocitário para um limiar de hemoglobina <7 g/dL reduz complicações, nomeadamente infeções associadas a cuidados de saúde e pode diminuir mortalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Walsh TS, Boyd JA, Watson D, Hope D, Lewis S, Krishan A, Forbes JF, Ramsay P, Pearse R, Wallis C, et al.; RELIEVE Investigators. Restrictive versus liberal transfusion strategies for older mechanically ventilated critically ill patients: a randomized pilot trial. Crit Care Med 2013; 41: 2354–2363.
- 321: 983-997.Szczepiorkowski ZM, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. Hematology Am. Soc. Hematol. Educ. Program. 2013; 2013:638-644.

- Practice Guidelines for Perioperative Blood Management An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Blood Management. Anesthesiology. 2015;122(2):241-75.
- Mueller M, van Remoortel H, Meybohm P et al. Patient blood management recommendations from the 2018 Frankfurt Consensus Conference. JAMA 2019. 321:983-997.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Hematologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar hemogramas em série em doentes clinicamente estáveis.

Justificação /

A transfusão de glóbulos vermelhos ou plaquetas deve basear-se no primeiro valor laboratorial do dia, a menos que o doente apresente hemorragia ativa ou instabilidade hemodinâmica. Múltiplas colheitas de sangue diárias para reavaliar se um parâmetro hematológico ultrapassou o limiar de transfusão (ou colheitas de sangue desnecessárias para outros testes laboratoriais) podem levar a excessiva flebotomia e transfusões desnecessárias.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Napolitano LM, Kurek S, Luchette FA, Corwin HL, Barie PS, Tisherman SA, Hebert PC, Anderson GL, Bard MR, Bromberg W, Chiu WC, Cipolle MD, Clancy KD, Diebel L, Hoff WS, Hughes KM, Munshi I, Nayduch D, Sandhu R, Yelon JA; American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine; Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Workgroup. Clinical practice guideline: red blood cell transfusion in adult trauma and critical care. Crit Care Med. 2009 Dec;37(12):3124–57.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Imunohemoterapia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar, por rotina, ecocardiograma e/ou prova de esforço a jovens atletas com electrocardiograma normal e uma história clínica e exame objectivo inocentes.

Justificação /

Em atletas jovens, a realização de electrocardiograma recorrendo a critérios de interpretação adequados à população atlética tem uma sensibilidade e especificidade >90% para diagnosticar as patologias cardiovasculares potencialmente letais.
Exames como o ecocardiograma ou prova de esforço, quando usados de forma rotineira, não aumentam a acuidade diagnóstica comparativamente à realização de história clínica, exame objectivo e electrocardiograma, estando inclusivamente associados a um aumento do número de falsos positivos.
Por estes motivos, não se justifica solicitar esses exames complementares de diagnóstico em jovens atletas com história clínica, exame objectivo e electrocardiograma sem alterações.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lahav D, Leshno M, Brezis M. Is an exercise tolerance test indicated before beginning regular exercise? A decision analysis. J Gen Intern Med. 2009 Aug;24(8):934-8
- Riding NR, Sharma S, Salah O, Khalil N, Carré F, George KP, et al. Systematic echocardiography is not efficacious when screening na ethnically diverse cohort of athletes in West Asia. Eur J Prev Cardiol. 2015 Feb;22(2):263-70
- Harmon KG, Zigman M, Drezner JA. The effectiveness of screening history, physical exam, and ECG to detect potentially lethal cardiac disorders in athletes: a systematic review/meta-analysis. J Electrocardiol. 2015 May-Jun;48(3):329-38.
- Riding NR, Sheikh N, Adamuz C, Watt V, Farooq A, Whyte GP, *et al.* Comparison of three current sets of electrocardiographic interpretation criteria for use in screening athletes. Heart. 2015 Mar;101(5):384-90.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Desportiva da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não recomendar a libertação cirúrgica do canal cárpico sem a existência de estudo electroneuromiográfico prévio que confirme o diagnóstico e classifique a sua gravidade.

Justificação /

A libertação cirúrgica do canal cárpico é um tratamento muito eficaz para a síndrome do canal cárpico. No entanto, os resultados da cirurgia correlacionam-se com a combinação concordante da semiologia clínica e dos achados electroneuromiográficos. Se apenas uma das duas avaliações, ou a semiologia ou os resultados electroneuromiográficos, for concordante com o diagnóstico de síndrome do canal cárpico, a correlação com os resultados de uma cirurgia de libertação é mais fraca. Para além da concordância das duas avaliações se correlacionar com melhores resultados clínicos da cirurgia, a classificação da gravidade da STC por critérios electroneuromiográficos consegue predizer melhor o tempo até à – e o grau de – resolução dos sintomas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Basiri K, et al. Practical approach to electrodiagnosis of the carpal tunnel syndrome: A review. Adv Biomed Res. 2015 Feb 17;4:50. PMID: 25802819.
- Bland JD. Do nerve conduction studies predict the outcome of carpal tunnel decompression? Muscle Nerve. 2001 Jul;24(7):935-40. PMID: 11410921.
- Fowler JR, et al. Pre-operative electrodiagnostic testing predicts time to resolution of symptoms after carpal tunnel release. J Hand Surg Eur Vol. 2016 Feb;41(2):137-42. PMID: 25770901.
- Ono S, et al. Optimal management of carpal tunnel syndrome. Int J Gen Med. 2010 Aug 30;3:255-61. PMID: 20830201.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/physical-medicine-rehabilitation/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não tratar por rotina bacteriúrias assintomáticas em doentes cateterizados/algaliados (cateterismo suprapúbico ou uretral permanente ou intermitente), exceto em caso de preparação para cirurgia urológica, estudo urodinâmico ou em caso de gravidez.

Justificação /

As infeções das vias urinárias em doentes cateterizados são muito frequentes, recomendando-se que, por via de regra, apenas sejam tratadas as que produzirem sintomas. O 2006 Consortium for Spinal Cord Medicine Guidelines for Healthcare Providers propõe que sejam preenchidos os seguintes três critérios antes de um doente com lesão medular ser medicado para infeção urinária: (1) bacteriúria significativa; (2) piúria; e (3) sinais e sintomas de infeção das vias urinárias. Não obstante, a Direção do Colégio de MFR considera importante observar se os agentes isolados em urocultura são ou não produtores de urease, dado o seu potencial litogénico. Nesta exceção específica, pode considerar-se o tratamento de uma bacteriúria assintomática.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Consortium for Spinal Cord Medicine. Bladder management for adults with spinal cord injury: a clinical practice guideline for health-care providers. J Spinal Cord Med. 2006; 29(5): 527–573. PMID: 17274492. Hsieh J, et al. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence: Bladder Management Following Spinal Cord Injury, version 5.0 [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 26]. Nicolle LE, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005 Mar 1;40(5):643-54. PMID: 15714408.
- Guidelines da European Association of Urology (https://uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf)

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Doenças Infeciosas da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever ortóteses para crianças com pes planus ("pé chato") flexível e sem sintomas.

Justificação /

O *pes planus* (plural *pedes plani*) é comum em crianças. Embora raramente conduza a algum tipo de incapacidade, constitui uma grande preocupação para os pais, sendo um motivo frequente de consulta ao médico. A maioria dos *pedes plani* pediátricos caracteriza-se por um arco longitudinal interno normal em descarga, que se torna mais plano em carga (ou seja, dizem-se dinâmicos). Este tipo de *pes planus* é, na maioria das vezes, assintomático, não-patológico e desaparece espontaneamente até à adolescência. A evidência científica actual sugere que é seguro e apropriado adoptar uma atitude meramente observacional em crianças com *pes planus* flexível e sem sintomas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Carr JB 2nd, et al. Pediatric Pes Planus: A State-of-the-Art Review. Pediatrics. 2016 Mar;137(3):e20151230. PMID: 26908688.
- Halabchi F, et al. Pediatric flexible flatfoot; clinical aspects and algorithmic approach. Iran J Pediatr. 2013;23:247-60. PMID: 23795246.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/sport-exercise-medicine/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir por rotina o doseamento das hormonas tiroideias em indivíduos assintomáticos (excluindo gravidez).

Justificação /

Não existe, de momento, evidência de benefício no rastreio ou tratamento do hipotiroidismo ou hipertiroidismo subclínico, em pessoas assintomáticas, nem está bem definido qual o limiar de TSH para iniciar tratamento. A maioria dos casos reverterão espontaneamente, particularmente nas pessoas com um TSH inferior a 10 mIU/L. Apenas uma pequena percentagem (até 5 ou 2%, respectivamente) irá progredir para doença clínica.
O doseamento das hormonas tiroideias em indivíduos assintomáticos poderá levar a resultados falsos positivos, sobrediagnóstico e sobretratamento, não sendo ainda bem conhecidos os efeitos secundários da medicação nestes indivíduos.
O pedido da função tiroideia está indicado nas seguintes situações: na presença de doentes com sintomas de disfunção tiroideia; no ajuste terapêutico em doentes com diagnóstico recente de hipotiroidismo ou hipertiroidismo; no diagnóstico e monitorização de alterações da função tiroideia na gravidez.
Outras situações mais raras incluem o diagnóstico e a monitorização do tratamento do hipotiroidismo central, resistência às hormonas tiroideias em órgãos-alvo e adenomas hipofisários secretores de TSH.
O pedido de avaliação da função tiroideia, quando realizado, deve ser feito recorrendo inicialmente à TSH, de forma isolada.
Se o doseamento sérico da TSH estiver alterado, o pedido de T4 em pessoas com níveis de TSH anormais pode diferenciar entre disfunção subclínica da tiroide (níveis normais de T4) e disfunção 'evidente' (níveis anormais de T4).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2015 May 5;162(9):641-50
- UK Guidelines for the use of thyroid function tests, July 2016
- The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn. East Melbourne, Vic: RACGP, 2016.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha deixar de recomendar 'check-ups' anuais a adultos assintomáticos, sem fatores de risco e sem problemas de saúde diagnosticados.

Justificação /

Os chamados exames de rotina (*check-ups*) são uma razão comum para que muitos adultos saudáveis, sem fatores de risco, consultem o médico. Aliás, entre os adultos portugueses, 99.2% acreditam que devem fazer exames de rotina ao sangue e à urina com uma periocidade anual, sendo que 87.4% referem ter realizado esses exames.

A prescrição de exames gerais, de rotina, em adultos assintomáticos, sem fatores de risco, é um procedimento que não reduz a morbilidade ou a mortalidade em geral, por doença cardiovascular ou cancro. Além disso, a realização destes exames pode resultar em danos não-intencionais para o utente.

A evidência disponível demonstra que a aplicação de exames complementares de diagnóstico de forma indiscriminada conduz a falsos positivos que podem conduzir a uma sequência de testes desnecessários. A decisão de se efetuarem testes laboratoriais de rastreio, assim como a escolha dos testes a fazer deve ser baseada na idade, sexo e fatores de risco de cada pessoa. Não há, portanto, uma lista de exames que se deva aplicar a toda a gente de forma indiscriminada.

Estas recomendações referem-se exclusivamente a exames gerais de saúde. Não abrange as visitas por doença aguda, o acompanhamento de doenças crónicas ou consultas médicas para fins de rastreios baseados em prova científica. Assim, os profissionais de saúde devem considerar colocar mais ênfase nas intervenções baseadas em prova científica para cada doente em particular, em oposição aos pedidos "*check-ups*" anuais não dirigidos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Krogsbøll LT, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012 Nov 20;345:e7191.
- Martins C, Azevedo L, Ribeiro O, Sá L, Santos P, et al. A Population-Based Nationwide Cross-Sectional Study on Preventive Health Services Utilization in Portugal—What Services (and Frequencies) Are Deemed Necessary by Patients? PLOS ONE 8(11): e81256. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081256

- Si S, et al. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2014 Jan;64(618):e47-53.
- The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. US Preventive Services Task Force Guides to Clinical Preventive Services. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2014. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235846/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha fazer uma tentativa de redução ou suspensão dos inibidores da bomba de protões (IBPs) nos utentes sem indicação para terapêutica prolongada.

Justificação /

Os IBP são habitualmente vistos como seguros e bem tolerados. No entanto, estão associados a efeitos adversos graves, particularmente frequentes nos idosos. Os efeitos adversos mais graves incluem risco aumentado de infeção por *Clostridium difficile*, défice de vitamina B12, vitamina C, ferro, cálcio e magnésio, fraturas, nefrite intersticial, pneumonia adquirida na comunidade, redução da eficácia do clopidogrel e reaparecimento acentuado (*rebound*) de hipersecreção ácida após suspensão do IBP.

As indicações para o uso prolongado de IBP são a existência de esófago de *Barrett*, doença de refluxo gastro-esofágico com esofagite grave, síndrome de Zollinger-Ellison ou história documentada de hemorragia gastrointestinal de etiologia ulcerosa.

Alguns medicamentos também necessitam de ser administrados sob gastroprotecção: anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) apenas quando usados de forma crónica ou em pessoas com antecedentes de doença ulcerosa péptica ou outra complicação grave do tratamento (renal, hepática ou gastrointestinal); inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) apenas quando co-prescritos com AINEs; aspirina em baixa dose apenas quando co-prescrita com AINEs ou ISRS, ou em doentes com história de doença ulcerosa péptica.

Deste modo, para as restantes situações (ex: doença de refluxo gastroesofágico, esofagite ligeira a moderada, profilaxia de úlcera de stress ou doença ulcerosa péptica), 4 a 8 semanas após a iniciação do IBP, deve ser feita uma avaliação do doente, de forma a tentar uma redução da dose ou suspensão do mesmo.

Recomenda-se a reavaliação de medicações que possam agravar a dispepsia (ex: bloqueadores dos canais de cálcio, nitratos, teofilinas, bifosfonatos, anti-inflamatórios esteróides e não-esteróides) e o aconselhamento de estilos de vida saudáveis, incluindo aconselhamento alimentar, redução de peso, redução de stress e cessação tabágica. Aconselhe a evicção de fatores precipitantes da dispepsia identificados pelo doente (ex: tabaco, álcool, café, chocolate, gorduras, excesso de peso). Medidas não farmacológicas, tais como a elevação da cabeceira da cama (com prancha de madeira ou tijolos, não almofadas) ou jantar bastante tempo antes de se deitar podem ajudar no controlo sintomático de alguns doentes.

Para controlo de sintomas dispépticos esporádicos, a toma de antiácidos e de antagonistas dos recetores H2 em SOS é mais apropriada do que de IBP, uma vez que os primeiros são mais rápidos a atuar.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- "Gastro-Oesophageal Reflux Disease and Dyspepsia in Adults: Investigation and Management| Guidance and Guidelines | NICE." Acedido a 5/5/2018. Disponível em [https://www.nice.org.uk/guidance/cg184].
- NHS PrescQIPP Safety of Long Term Proton Pump Inhibitors (PPIs) Bulletin 92 May 2015. Acedido a 10/5/2018. Disponível em [https://www.prescqipp.info/resources/send/166-safety-of-long-term-ppis/1942-bulletin-92-safety-of-long-termppis].
- UpToDate. "Proton Pump Inhibitors: Overview of Use and Adverse Effects in the Treatment of Acid Related Disorders". Acedido a 10/5/2018. Disponível em [https://www.uptodate.com/contents/proton-pump-inhibitors-overview-of-use-and-adverse-effects-in-the-treatment-of-acidrelated-disorders?csi=fc4dec4f-44a5-473c-8765-b62c3cd182cf&source=contentShare].
- Direcção-Geral da Saúde. Norma 036/2011. Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas. Lisboa, 2011.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha desaconselhar a automonitorização da glicemia capilar em pessoas com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) não insulino-tratada.

Justificação /

Os níveis de hemoglobina glicada A1c (HbA1c) são os mais importantes para orientar a promoção de intervenções nos estilos de vida e gerir a terapêutica do doente com DM2 não insulino-tratada. No entanto, em Portugal, a automonitorização da glicemia capilar é prescrita em mais de um terço dos pacientes com DM2 tratados apenas com antidiabéticos orais, apesar da evidência acumulada da sua eficácia ser limitada nesta população.
Nas pessoas com DM2 não insulino-tratada, a automonitorização da glicemia capilar leva a uma redução estatisticamente, mas não clinicamente significativa de HbA1c aos seis meses (estimativa pontual -0,34%; IC 95%: -0,52 a -0,17), efeito esse que desaparece aos 12 meses de seguimento. A evidência sugere que a automonitorização da glicemia capilar não afeta positivamente a satisfação, o bem-estar ou a qualidade de vida dos doentes, podendo inclusivamente ser considerada uma tarefa dolorosa, inconveniente e morosa.
Com base na evidência apresentada, recomendamos desaconselhar a automonitorização da glicemia capilar nestes doentes.
Exceções a esta recomendação podem incluir: indivíduos com episódios de hipoglicemia sintomática, operadores de máquinas pesadas medicados com sulfonilureias, idosos com insuficiência renal, mulheres grávidas ou no período préconcepcional, situações de doença aguda, doentes submetidos a terapêutica com corticóides orais, bem como na educação a curto prazo sobre a influência da dieta na glicémia.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Malanda UL, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin, Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jan 18:1.
- Risso T, Furtado C. Rational use of blood glucose test strips for self-monitoring in patients with diabetes mellitus: Economic impact in the Portuguese healthcare system. Diabetes Res Clin Pract, 2017 Dec;134:161-167.

- Machry RV, Rados DV, Gregório GR, Rodrigues TC. Self-monitoring blood glucose improves glycemic control in type 2 diabetes without intensive treatment: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2018 Aug;142:173-187.
- Gomes T, Martins D, Tadrous M, Paterson JM, Shah BR et al. Association of a Blood Glucose Test Strip Quantity-Limit Policy With Patient Outcomes: A Population-Based Study. JAMA Intern Med. 2017 Jan 1;177(1):61-66.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar o rastreio de bacteriúria assintomática por rotina. Este rastreio está recomendado apenas durante a gravidez e antes de intervenções genitourinárias que envolvam incisão da mucosa.

Justificação /

A bacteriúria assintomática é uma situação relativamente frequente, com prevalência variável de acordo com a idade, género, atividade sexual e existência de anomalias genitourinárias. No entanto, não está associada a complicações a longo prazo.

Em indivíduos sem fatores de risco, não existe evidência que comprove o benefício clínico do rastreio e tratamento da bacteriúria. O benefício está comprovado apenas em duas situações: na gravidez, na cirurgia da próstata ou outras cirurgias urológicas invasivas, sendo por isso recomendado o rastreio e tratamento nestes casos. Na gravidez, o rastreio e tratamento da bacteriúria assintomática reduz o risco de pielonefrite, de parto prematuro e de baixo peso ao nascer e nas intervenções genitourinárias traumáticas previne bacteriémia e sépsis.

Nos restantes casos, o rastreio de bacteriúria assintomática e a prescrição de antibióticos para o seu tratamento apresenta desvantagens relevantes, com implicações na segurança e qualidade dos cuidados, incluindo risco de falsos positivos ou falsos negativos, aumento do risco de reações adversas e aumento dos custos económicos.

Além disso, o tratamento da bacteriúria assintomática pode eliminar bactérias de baixa virulência que suprimem o desenvolvimento de infeções, promovendo o desenvolvimento de infeções sintomáticas do trato urinário (ITUs) por bactérias como o *Clostridum difficile* e outros microorganismos resistentes ao tratamento antibiótico.

Embora a prevalência de bacteriúria assintomática seja elevada nos doentes algaliados, a taxa de complicações, nomeadamente progressão para infecção urinária, é baixa, pelo que o rastreio não está recomendado nesta população.

Também não existe evidência de benefício na pesquisa e tratamento de bacteriúria assintomática nas pessoas com diabetes, idosos ou indivíduos institucionalizados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Zalmanovici Trestioreanu A, Lador A, Sauerbrun-Cutler MT, Leibovici L. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4, Art. No.:CD009534.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2015). Urinary tract infections in adults. NICE guideline (QS90).
- US Preventive Service Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: evidence for the U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2008;149:43-47.
- Grabe, et al. EAU Urological Infections Guidelines Panel. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology 2015. Retrieved from: https://uroweb.org/guideline/urological-infections/ Access date [02 Maio 2018]

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar análises ou imagiologia por rotina, exceto em situações clínicas muito específicas e previamente normalizadas.

Justificação /

A prática de requisitar exames subsidiários diariamente, por rotina, não parece trazer qualquer vantagem clínica, quando comparada com uma estratégia de requisição de exames apenas quando são determinantes para responder a questões clínicas ou para auxiliar em decisões terapêuticas. A requisição de exames por rotina pode, adicionalmente, causar ou facilitar eventos adversos, nomeadamente anemia por flebotomia desnecessária e investigações adicionais decorrentes de achados não patológicos e incidentais.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Peixoto AA, Meneses FA, Barbosa BP, Pessoa LFP, Melo RHT, Fideles GM. Laboratory routine in the ICU: a practice to be abolished? Crit Care 2013; 17: 1.
- Ganapathy A, Adhikari NK, Spiegelman J, Scales DC. Routine chest x-rays in intensive care units: a systematic review and meta-analysis. Crit Care 2012; 16: R68.
- Goddard K, Austin SJ. Appropriate regulation of routine laboratory testing can reduce the costs associated with patient stay in intensive care. Crit Care 2011; 15(Suppl 1): P133.
- Iosfina I, Merkeley H, Cessford T, Geller G, Amiri N, Baradaran N, et al. Implementation of an on-demand strategy for routine blood testing in ICU patients. Am J Respir Crit Care Med 2013; 187: A5322.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescindir, sempre que possível, de pelo menos um intensivista (ou formando de Medicina Intensiva equiparado) em presença física, 24 horas por dia, e de uma equipa multiprofissional, que se reúne pelo menos diariamente, em todos os Serviços de Medicina Intensiva (SMI).

Justificação /

Vários estudos salientam o facto de uma estrutura de recursos humanos de tipo "fechado", isto é, em que o SMI é provido de recursos humanos específicos e dedicados, e com formação e diferenciação em Medicina Intensiva, nomeadamente com médicos especialistas em Medicina Intensiva, ser capaz de melhorar vários indicadores de qualidade e segurança de cuidados. Os processos realizados em SMI são constituídos por tarefas complexas, num ambiente facilmente mutável e dependentes da participação de vários profissionais, exigindo, portanto, filosofia de trabalho em equipa. A partilha de informação e a discussão da estratégia de cuidados, nomeadamente em visitas multidisciplinares de periodicidade pelo menos diária, melhora a satisfação dos profissionais e o prognóstico dos doentes.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E, Capuzzo M, Chiche JD, Eddleston J, et al. Task Force on Safety and Quality of European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: A report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Intensive Care Med 2012; 38: 598-605.
- Benham-Hutchins MM, Effken JA. Multi-professional patterns and methods of communication during patient handoffs. Int J Med Inform. 2010; 79: 252-67.
- Parikh A, Huang SA, Murthy P, Dombrovskiy V, Nolledo M, Lefton R, Scardella AT. Quality improvement and cost savings after implementation of the Leapfrog intensive care unit physician staffing standard at a community teaching hospital. Crit Care Med 2012; 40: 2754–2759.
- Vincent JL. Evidence supports the superiority of closed ICUs for patients and families: Yes. Intensive Care Med 2017; 43:122–123.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não atrasar a admissão de um doente crítico no Serviço de Medicina Intensiva.

Justificação /

Um dos papéis fundamentais do intensivista é a adequada e atempada seleção de doentes para tratamento em unidades com camas de nível III (intensivas) e II (intermédios), de forma a que uma equipa de profissionais dirigida ao doente crítico possa, no ambiente de cuidados adequado, definir e implementar a estratégia de cuidados e tratamento. Apesar da cada vez mais frequente presença de intensivista fora das unidades de cuidados intensivos (UCI) e da crescente capacidade de criar ambientes de UCI "avançadas" atenuarem esse efeito, vários estudos apontam o tempo entre admissão no hospital e admissão em UCI como determinante negativo no resultado clínico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Renaud B, Brun-Buisson C, Santin A, Coma E, Noyez C, Fine MJ, Yealy DM, Labarère J. Outcomes of Early, Late, and No Admission to the Intensive Care Unit for Patients Hospitalized with Community-acquired Pneumonia. Acad Emerg Med 2012; 19 (3): 294-303
- Guidance on the Provision of Intensive Care Services. UK Faculty of Intensive Care Medicine, London. 2015. Available at: www.ficm.ac.uk
- Bion J, Dennis A. ICU admission and discharge criteria. DOI:10.1093/med/9780199600830.003.0020. In Oxford Textbook of Critical Care. Edited by Andrew Webb, Derek Angus, Simon Finfer, Luciano Gattinoni, Mervin Singer. Oxford University Press. April 2016. doi: 10.1093/med/9780199600830.001.0001
- Harris S, Singer M, Sanderson C, Grieve R, Harrison D, Rowan K. Impact on mortality of prompt admission to critical care for deteriorating ward patients: an instrumental variable analysis using critical care bed strain. Intensive Care Med 2018; 44: 606–615

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescindir de intensivista na avaliação e tratamento de todo o doente crítico, mesmo que se encontre fora do Serviço de Medicina Intensiva (SMI), nomeadamente em cenário de emergência externa (no serviço de urgência) ou interna, em colaboração com outras especialidades.

Justificação /

O impacto no resultado é tanto maior quanto mais precoce for a intervenção do intensivista em casos de doença crítica. Sendo que as UCI são as células orgânicas dos SMI, estes devem exprimir-se em atividades dentro e fora das UCI, uma vez que a prática da Medicina Intensiva é definida em termos fisiológicos e não em termos geográficos. Como tal, a presença do intensivista na equipa de tratamento do doente com disfunção orgânica aguda ou agudizada ou com elevado risco do seu desenvolvimento é determinante para a maximização do resultado clínico. Em alguns processos e estruturas clínicos exteriores à UCI, como a Sala de Emergência do Serviço de Urgência e a Equipa de Emergência Interna, a participação e liderança de intensivistas é fundamental.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. NICE guideline 94. Chapter 27: Critical care outreach teams. Developed by the National Guideline Centre, hosted by the Royal College of Physicians. March 2018. Available at https://www.nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/27.critical-care-outreach-teams-pdf-172397464640
- Moody S, Griffiths P. Effectiveness of Critical Care Outreach Services – A Literature Review. Working Papers in the Health Sciences 1: 7. Spring ISSN 2051-6266 / 20140032.
- Maharaj R, Raffaele I, Wendon J. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care 2015; 19:254 4.
- Jung B, Daurat A, De Jong A, Chanques G, Mahul M, Monnin M, Molinari N, Jaber S. Rapid response system and hospital mortality in hospitalized patients. Intensive Care Med 2016. doi:10.1007/s00134-016-4254-2.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não decidir acerca da implementação ou continuação de suporte orgânico avançado em doentes com risco muito elevado de morte no decurso desse internamento hospitalar ou com recuperação funcional extremamente improvável, sem considerar, idealmente em equipa clínica e com o doente e a sua família, a alternativa de cuidados focados totalmente no conforto e na paliação.

Justificação /

O objetivo da Medicina Intensiva não é prolongar a vida, quando isso não corresponde à existência de qualidade de vida, avaliada à luz do que é o entendimento do doente, representado pela sua manifestação de vontade e de valores, por ele expressos no momento ou em documento de diretivas avançadas, ou representada pelos que lhe são próximos, nomeadamente a família. O envolvimento do doente e dos seus mais próximos nas decisões relacionadas com o suporte de vida é fundamental para a evicção da obstinação terapêutica, da distanásia e da futilidade terapêutica e para melhorar a qualidade do processo de morte e do luto. A prática de cuidados paliativos, mesmo quando simultâneos com cuidados de terapêutica focada na doença é indiscutivelmente benéfica. As decisões de limitação de suporte vital devem fundamentar-se nos princípios da bioética, ser tomados de forma consensual dentro da equipa clínica assistencial, em harmonia com o doente e a sua família e registadas no processo clínico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- La Calle GH, Ovies AA, Tello VG. A plan for improving the humanisation of intensive care units. Intensive Care Med 2017; 43(4): 547–549.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC et al. Guidelines for family centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. Crit Care Med 2017; 45(1): 103–128.
- Edwards JD, Voigt LP, Nelson JE. Ten key points about ICU palliative care. Intensive Care Med 2017; 43(1): 83–85.
- White DB, Angus DC, Shields AM et al. A randomized trial of a family-support intervention in intensive care units. N Engl J Med 2018; 378(25): 2365–2375.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não atrasar a alta de um doente que reúne todos os critérios clínicos de transferência do Serviço de Medicina Intensiva (SMI) para a enfermaria.

Justificação /

Uma gestão eficiente implica evitar o "no-value" e o "low-value care", isto é que não só não se internem em SMI doentes que não beneficiam de internamento nesse nível, mas também que os internamentos nesta área não se prolonguem para além dos dias que determinam benefício. A escassez, em Portugal, de camas de medicina intensiva (camas de nível III e II) torna este objetivo ainda mais relevante. A gestão combinada de camas de nível III e de nível II dentro do SMI permite melhor e mais constante adequação do nível de cuidados ao necessário e melhor relação custo-eficiência na gestão de fluxos de doentes. Assim, logo que o doente não necessite de internamento em nível III ou II, deve ter alta do SMI, de forma a reduzir "low-value care" e a aumentar a taxa de disponibilidade de camas críticas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Williams T, Leslie G. Delayed discharges from an adult intensive care unit. Aust Health Rev. 2004;28(1):87-96.
- Johnson DW, Schmidt UH, Bittner EA, Christensen B, Levi R, Pino RM. Delay of transfer from the intensive care unit: a prospective observational study of incidence, causes, and financial impact. Critical Care2013; 17:R128.
- Tiruvoipati R, Botha J, Fletcher J, Gangopadhyay H, et al. Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: A multicentre prospective observational study. PLoS One. 2017; 12(7): e0181827.
- Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. Intensive Care Med 2015; 41:589–604.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Intensiva da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever antimicrobianos em doentes com catéter vesical permanente ou intermitente excepto se houver sinais e sintomas de infeção do trato urinário.

Justificação /

Na ausência de sinais e sintomas de infeção do trato urinário (febre, prostração, mal-estar sem outra causa definida, dor ou sensibilidade no flanco ou hipogastro, disúria, polaquiúria ou urgência urinária; e nos doentes medulares, um aumento da espasticidade, disreflexia autonómica, agitação) os antibióticos não têm eficácia demonstrada e o seu uso induz o risco de resistências bacterianas.
Existem apenas duas situações em que deve ser considerado o uso de antimicrobianos em doentes assintomáticos: 1) doentes que vão ser sujeitos a ressecção da próstata e 2) doentes com indicação para cistostomia.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Infectious Diseases Society of America. Diagnosis, prevention, and treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in adults: 2009.
- International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America [Internet]. Arlington (VA): Infectious Diseases Society of America; 2010 [cited 2014 Nov 4].

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-urological-association-antimicrobials-indwelling-or-intermittent-bladdercatheterization/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever antibióticos na Bacteriúria Assintomática (BA).

Justificação /

A BA não é considerada uma infecção activa mas uma colonização por comensais. Estes agentes são menos virulentos e julga-se mesmo que tenham um papel protector contra estirpes mais agressivas.

O uso de antibióticos na BA não é clinicamente benéfico e não melhora a morbilidade ou mortalidade. Exceptuam-se as situações de BA nas grávidas e em doentes que vão ser submetidos a ressecção transuretral da próstata, em que deve ser considerado o uso de antibióticos.

A presença de um cateter vesical aumenta o risco de bacteriúria. No entanto, o uso de antibióticos em doentes assintomáticos não diminui a incidência de infecção do trato urinário associada ao cateter. A menos que haja sintomas urinários ou sintomas sem causa identificável, a BA associada ao cateter não necessita de despiste ou antibioterapia.

O sobretratamento da BA não é custo-efectivo e pode levar à infecção por *Clostridium difficile* e à emergência de resistências bacterianas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Trautner B, Kelly PA, Petersen N, Hysong S, Kell H, Liao KS, Patterson JE, Naik AN. A hospital-site controlled intervention using audit and feedback to implement guidelines concerning inappropriate treatment of catheter-associated asymptomatic bacteriuria. Implement Sci. 2011 Apr 22,6:41.
- Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Diseases Society of America, American Society of Nephrology, American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis. 2005 Mar 1;40(5):643-54.
- M. Grabe (chair), R. Bartoletti, T.E.Bjerklnd Johasen, M.Çek, B.Koves (guidelines Associate), K. G. Naber, R.S.Pickard,P.Tenke, F. Wagenlehner, B.Wult – Urological Infections – ABU. European association of Urology (EAU) – 2018.
- Norma da Direcção Geral de Saúde. Norma 015/2011 de 30 de Agosto de 2011- Terapêutica das infecções do Aparelho Urinário (Comunidade).

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/infectious-diseases-society-antibiotics-for-bacteruria/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Doenças Infecciosas da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não inserir ou manter cateteres vesicais (CV) por incontinência urinária ou conveniência do doente ou família, nem para monitorizar diurese em doentes não críticos. Indicações adequadas para CV: instabilidade hemodinâmica, necessidade de controlo rigoroso da diurese, uropatia obstrutiva, úlceras cutâneas da região perianal ou sagrada, perioperatório de procedimentos urológicos (máximo de 2 dias) e em situações de fim de vida, para conforto do doente e a seu pedido.

Justificação /

As infecções do tracto urinário associadas ao cateter vesical são as infecções associadas aos cuidados de saúde mais frequentes.
O uso de cateteres urinários sem indicações apropriadas aumenta o risco de infecções e está associado a uma maior morbilidade, mortalidade e custos em saúde.
As normas de orientação publicadas recomendam que os hospitais e instituições de cuidados de longa duração desenvolvam, mantenham e promulguem políticas sobre as indicações apropriadas de inserção, técnica de inserção e manutenção do CV, estratégias de descontinuação, indicações de substituição e alternativas ao dispositivo.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Hooton TM, Bradley SF, Cardena DD, Colgan R, Geerlings SR, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambayh PA, Tenke P, Nicolle LE. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America Clin Infect Dis [Internet]. 2010 [cited 2012 Sep 4];50(5):625-663.
- Saint S, Meddings JA, Calfee D, Kowalski CP, Krien SL. Catheter-associated Urinary Tract Infection and the Medicare Rule Changes. Ann Intern Med [Internet]. 2009 Jun 16 [cited 2012 Sep 4];150(12):877–884.
- Centers for Medicare & Medicaid Services, Joint Commission. Standards for hospital care, surgical care improvement project (SCIP), SCIPInf-9; Performance Measure Name: Urinary catheter removed on Postoperative Day 1 (POD 1) or Postoperative Day 2 (POD 2) with day of surgery being day zero. 2013. 2013 Joint Commission National Hospital Inpatient Quality Measures Specification Manual, version 4.11.

- Norma da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017 - "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/society-hospital-medicine-adult-urinary-catheters-for-incontinence-conveniencemonitoring/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever medicação para profilaxia de úlcera de stress em doentes internados em enfermaria excepto se tiverem alto risco de hemorragia digestiva alta.

Justificação /

Os fármacos para a profilaxia das úlceras de stress não estão recomendados em doentes adultos internados fora das Unidades de Cuidados Intensivos, excepto naqueles com alto risco de hemorragia digestiva ou com doença gastrointestinal diagnosticada (doença de refluxo gastroesofágico, úlcera péptica, infeção por *Helicobacter pylori*, síndroma de Zollinger-Ellison e dispepsia funcional). Os inibidores da bomba de protões e os antagonistas dos receptores H2 estão associados a eventos adversos e acréscimo dos custos, aumentando a susceptibilidade a pneumonia adquirida na comunidade e nosocomial e a infeção por *Clostridium difficile*, fracturas da anca e interações medicamentosas (ex.: com o clopidogrel).
A utilização da via endovenosa só tem indicação nos doentes com hemorragia gastrointestinal activa ou nos doentes sem via oral patente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Society of Health System Pharmacists. ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis ASHP therapeutic guidelines on stress ulcer prophylaxis: ASHP commission on therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. AmJ Health Syst Pharm [Internet]. 1999 Feb 1 [cited 2012 Sep 4];56:347–379.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/society-hospital-medicine-adult-medications-for-stress-ulcer-prophylaxis-inpatient/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar urocultura exceto se houver sintomas e sinais claros de infeção do trato urinário (ITU).

Justificação /

A bacteriúria assintomática crónica é frequente nas pessoas sob cuidados de saúde de longa duração ou institucionalizadas, com uma prevalência que pode chegar aos 50%. Uma urocultura positiva na ausência de sintomas de infeção do trato urinário (por exemplo: disúria, poliaquiúria, urgência) tem valor limitado a identificar se os sintomas do doente são causados por uma infeção urinária.
A colonização (uma urocultura positiva sem sinais ou sintomas de ITU) é um problema comum nas instituições de cuidados continuados, nos estabelecimentos residenciais para pessoas idosas ou outras instituições para doentes crónicos.
Contribui para o excesso de utilização de antibióticos e para um risco aumentado de diarreia ou outros efeitos adversos dos fármacos, bem como para a resistência dos microorganismos e para a infeção por *Clostridium difficile*.
Uma preocupação adicional é que o achado de uma bacteriúria assintomática pode levar à presunção que a ITU é a causa de uma mudança aguda do estado de consciência, levando à demora ou à falha do reconhecimento de patologias subjacentes mais graves.
Os doentes com demência avançada podem ser incapazes de reportar sintomas urinários. Nestas situações é aceitável obter uma urocultura se houver sinais objetivos de infeção sistémica como febre (aumento da temperatura igual ou superior a 1.1ºC do basal), leucocitose, um desvio para a esquerda do leucograma ou calafrios na ausência de sintomas adicionais (por exemplo: tosse de novo) que sugiram uma fonte alternativa de infeção.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, Gould CV, Juthani-Mehta M, Lautenbach E, Loeb M, MacCannell T, Malani TN, Mody L, Mylotte JM, Nicolle LE, Roghmann MC, Schweon SJ, Simor AE, Smith PW, Stevenson KB, Bradley SF. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: revisiting the McGeer Criteria. Infec Control Hosp Epidemiol. 2012; 33(10):965-77.

- Arinzon Z, Peisakh A, Shuval I, Shabat S, Berner YN. Detection of urinary tract infection (UTI) in long-term care setting: is the multireagent strip an adequate diagnostic tool? Arch GerontolGeriatr. 2009 Mar-Apr;48(2):227-31.
- High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. J Am Geriatr Soc. 2009 Mar;57(3):375-94.
- High KP, Bradley SF, Gravenstein S, Mehr DR, Quagliarello VJ, Richards C, Yoshikawa TT. Clinical practice guideline for the evaluation of fever and infection in older adult residents of long-term care facilities: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 48: 149-71.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/amda-urine-cultures/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar reavaliações analíticas (hemograma e bioquímica) em doentes estáveis clínica e laboratorialmente.

Justificação /

Os doentes hospitalizados frequentemente têm volumes consideráveis de sangue colhidos (flebotomias diagnósticas) em curtos espaços de tempo para testes diagnósticos. As flebotomias são altamente associadas a alterações na hemoglobina e no hematócrito e podem contribuir para a existência de anemia. A anemia, por sua vez, pode ter consequências significativas, especialmente nos doentes com patologias cardiorrespiratórias. Outras complicações podem resultar das flebotomias diagnósticas seriadas nomeadamente hematomas, flebites, infeções locais ou sistémicas e complicações neuro-vasculares.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Salisbury AC, Reid KJ, Alexander KP, Masoudi FA, Lai SM, Chan PS, Bach RG, Wang TY, Spertus JA, Kosiborod M. Diagnostic blood loss from phlebotomy and hospital-acquired anemia during Acute Myocardial Infarction. Arch Intern Med [Internet]. 2011 Oct 10 [cited 2012 Sep 4];171(18):1646-1653.
- Thavendiranathan P, Bagai A, Ebidia A, Detsky AS, Choudhry NK. Do blood tests cause anemia in hospitalized patients?: The effect of diagnostic phlebotomy on hemoglobin and hematocrit levels. J Gen Intern Med [Internet]. 2005 June [cited 2012 Sep 4];20(6):520–524.
- Stuebing EA, Miner TJ. Surgical vampires and rising health care expenditure: reducing the cost of daily phlebotomy. Arch Surg [Internet]. 2011 May [cited 2012 Sep 4];146(5):524-7.
- World Health Organization (2010) WHO guidelines ondrawing blood: Best practices in phlebotomy. http://www.who.int/en/

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/society-hospital-medicine-adult-repetitive-cbc-chemistry-testing/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha comunicar mortes violentas e/ou de causa ignorada ao Ministério Público através de emissão de Boletim de Informação Clínica e/ou Circunstancial.

Justificação /

Nas instituições de saúde (públicas ou privadas), quando o médico verifica o óbito de causa violenta (decorrente de suicídio, acidente ou homicídio) ou de causa ignorada à data da verificação do óbito, este tem de obrigatoriamente preencher o Boletim de Informação Clínica e/ou Circunstancial (BIC), de forma a fornecer ao Ministério Público toda a informação relevante para a decisão de realização/dispensa de autópsia médico-legal. O BIC deve ser enviado eletronicamente para os serviços do Ministério Público, não devendo ser emitido qualquer Certificado de Óbito até à decisão deste.

A decisão do Ministério Público é registada no SICO e é comunicada simultaneamente, em formato eletrónico, à instituição de saúde que emitiu o BIC e/ou ao serviço médico-legal da área territorial.

Nas situações em que é dispensada a realização de autópsia médico-legal, deve o médico assistente (ou, na sua ausência, o médico que o substitui nas suas funções) emitir o respetivo Certificado de Óbito, no SICO.

O transporte do cadáver para entrega aos agentes funerários ou para os serviços médico-legais deverá ser sempre acompanhada pela Guia de Transporte, emitida no SICO.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lei 45/2004, de 19 agosto
- Norma de Orientação da DGS – Certificado de óbito eletrónico – utilização do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), de 31.12.2013

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha obter consentimento informado no ato médico pericial.

Justificação /

A obtenção de consentimento informado é um processo essencial no âmbito do respeito pela autonomia da pessoa a examinar e deve preceder qualquer ato médico pericial.

O consentimento só é válido se a pessoa a examinar tiver capacidade de decidir livremente e estiver na posse da informação relevante, no momento em que o presta.

Assim, a pessoa a examinar tem o direito de receber e o médico o dever de prestar esclarecimentos sobre os aspetos relevantes do ato médico pericial. O esclarecimento deve ser prestado pelo médico com palavras adequadas, em termos compreensíveis e adaptados a cada examinando.

O médico a atuar como perito deve ainda certificar-se de que a pessoa a examinar tem conhecimento da sua qualidade, da missão de que está encarregue e da sua obrigação de comunicar à entidade mandante os resultados da mesma.

A perícia não deve ser realizada se a pessoa se recusar a deixar-se examinar. Acresce que o médico não pode utilizar métodos ou substâncias farmacodinâmicas que tenham como efeito privar a pessoa a examinar da sua faculdade de se autodeterminar.

O consentimento por regra poder ser obtido oralmente sendo, no entanto, de salientar que a Direção Geral de Saúde considera obrigatório que seja dado por escrito quando ocorre a gravação de pessoas em fotografia ou suporte áudio ou audiovisual, situação comum no contexto pericial.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lei 45/2004, de 19 agosto

- Norma de Orientação da DGS – Certificado de óbito eletrónico – utilização do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), de 31.12.2013

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar cintigrafia tiroideia, por rotina, em doentes com valores normais ou elevados de TSH.

Justificação /

A cintigrafia da tiroide pode ser um exame muito útil nos casos em que a TSH é subnormal por causas não iatrogénicas. Auxilia na definição do tipo de tirotoxicose, seja clínica ou sub-clínica, e ajuda, em patologia nodular, na seleção de nódulos para citologia. A probabilidade de malignidade num nódulo quente é muito baixa, mas perante um nódulo frio não se pode afirmar ou excluir malignidade. A patologia nodular não deve, só por si, motivar a realização de cintigrafia, a não ser que se acompanhe por redução do valor da TSH. Deste modo, a cintigrafia da tiroide é o exame funcional de 2ª linha, devendo a sua realização estar dependente do doseamento da TSH.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Haugen, Alexander, et al., Thyroid. Jan 2016, 26(1): 1-133.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Nuclear da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar cintigrafia de perfusão do miocárdio sob esforço em doentes assintomáticos e de baixa probabilidade pré teste para a presença de doença coronária (com base na história clínica, exame físico, ECG e biomarcadores cardíacos).

Justificação /

A cintigrafia de perfusão do miocárdio é um método estandardizado e bem estabelecido na prática clínica que tem como finalidade detetar doença coronária funcionalmente significativa, assim como estratificar o risco dos doentes quanto à sobrevida livre de eventos cardíacos.
É um método com 40 anos de experiência com milhares de publicações efetuadas em múltiplos cenários clínicos que comprovaram valores de sensibilidade e especificidade iguais ou superiores a 90% em doentes de probabilidade intermédia para a presença de doença coronária.
Os recentes avanços de hardware e software permitem a redução da atividade do radiofármaco a injetar ao doente resultando em menor dose de exposição à radiação, redução do tempo de aquisição das imagens e maior comodidade para os doentes.
Apesar de todas estas vantagens o teste só é apropriado em doentes com probabilidade intermédia para doença coronária determinada com base na clínica e ECG e/ou biomarcadores cardíacos.
Em doentes não pertencentes a esta classe torna -se um exame inútil que pode levar a sobrediagnóstico e exposição inútil do doente a radiação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ACCF/ ASNC Appropriateness Criteria for Single-Photon Emission Computed Tomography Myocardial Perfusion Imaging (SPECT MPI) R. Brindis, Robert Hendel et al., JACC. 2005, vol.46, No.8: 1587-605.
- ACC/AHA Guidelines for the Clinical use of cardiac Radionuclide Imaging. Executive summary. F. klocke, E.Antman et al. Circulation 2003; 108:1404-1418.
- Perceptions of patients and providers on myocardial perfusion imaging for asymptomatic patients, choosing wisely, and professional liability Kristopher P. Kline et al., BMC Health Services research,2017, vol 17, art. 553.
- CW Five things physicians and patients should question: American Society of Cardiology, April 2012 e Canadian Cardiovascular Society, June 2017.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Nuclear da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir DEXA com intervalo inferior a 2 anos, por rotina, na monitorização do tratamento de osteoporose.

Justificação /

A densitometria óssea bifotónica (DEXA) é um exame de utilidade para a confirmação do diagnóstico de osteoporose, bem como, no seguimento dos efeitos da terapêutica desta entidade nosológica. Tendo em linha de conta a variação intrínseca do método, não se aconselha a repetição para comparação de resultados com intervalo inferior a 2 anos. A localização que tem o valor de variação mais baixo é a coluna lombar (~ 1%) e o fémur total (~ 3%).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- 2019 Posição da Sociedade de Densitometria Clínica. https://www.iscd.org/official-positions/2019-iscd-official-positions-adult/
- 2010 Norma 001/2010 DGS

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Nuclear da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), incluindo inibidores da Cox-2, em utentes com hipertensão arterial e/ou alteração da função renal.

Justificação /

A utilização de AINEs, incluindo inibidores da Cox-2, está associada a elevação da pressão arterial, diminuição da eficácia dos anti-hipertensores, retenção hídrica e agravamento da função renal, quer por mecanismos hemodinâmicos, quer por nefrotoxicidade. Prefira a utilização de outros analgésicos, como o paracetamol, metamizol magnésico ou tramadol, que apresentam maior segurança e eficácia comparável aos AINEs.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gooch K, Culleton BF, Manns BJ, Zhang J, Alfonso H, Tonelli M, Frank C, Klarenbach S, Hemmelgarn BR. NSAID use and progression of chronic kidney disease. Am J Med 120: 280 e281–287, 2007.
- Fournier JP, Sommet A, Bourrel R, Oustric S, Pathak A, Lapeyre-Mestre M, Montastruc JL. Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) and hypertension treatment intensification: A population-based cohort study. Eur J Clin Pharmacol: published online ahead of print, April 15, 2012.
- Williams AW, Dwyer AC, Eddy AA, Fink JC, Jaber BL, Linas SL, et al. Critical and Honest Conversations: The Evidence Behind th e “Choosing Wisely” Campaign Recommendations by the American Society of Nephrology. Clin J Am Soc Nephrol 7: 1664–1672, 2012.
- Szeto CC, Sugano K, Wang JG, Fujimoto K, Whittle S, Modi GK, Chen CH, Park JB, Tam LS, Vareesangthip K, Tsoi KKF, Chan FKL. Nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) therapy in patients with hypertension, cardiovascular, renal or gastrointestinal comorbidities: joint APAGE/APLAR/APSDE/APSH/APSN/PoA recommendations. Gut. 2020 Apr;69(4):617-629.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha preservar o património venoso periférico em doentes com doença renal crónica estádios 3-5, que poderão vir a necessitar de construir uma fístula arteriovenosa.

Justificação /

As veias superficiais dos membros superiores são o local preferencial para venopunção e colocação de acessos para administração de terapêutica endovenosa. Estes procedimentos estão associados a lesão vascular por traumatismo direto da parede da veia e a desenvolvimento de fibrose, estenose e trombose vascular. Estas lesões podem ser irreversíveis e impedir a utilização da veia para subsequente criação de uma fístula arteriovenosa. Como tal, nos doentes renais crónicos estádios 3-5, deverão ser, preferencialmente, utilizadas as veias do dorso da mão e face interna do antebraço para flebotomia e colocação de acessos vasculares periféricos. Além disso, os acessos endovenosos deverão ser mantidos apenas enquanto são indispensáveis e deve evitar-se a colocação de cateteres centrais de inserção periférica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Saad T. Vein Preservation and Alternative Venous Access: Exploring the options for patients with chronic kidney disease. Endovascular Today June 2008 pp. 32-36.
- Allen AW, Megargell JL, Brown DB, et al. Venous thrombosis associated with the placement of peripherally inserted central catheters. J Vasc Interv Radiol 11:1309–1314, 2000.
- McLennan G. Vein Preservation: An algorithmic approach to vascular access placement in patients with compromised renal function. JAVA 12:89–91, 2007.
- Hoggard J, Saad T, Schon D, Vesely TM, Royer T. Guidelines for Venous Access in Patients with Chronic Kidney Disease: A Position Statement from the American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology, Clinical Practice Committee, and the Association for Vascular Access. Seminars in Dialysis—Vol 21, No 2 (March–April) 2008 pp. 186–191.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha informar-se sobre as várias alternativas de técnicas substitutivas da função renal.

Justificação /

A decisão de iniciar uma técnica substitutiva da função renal deve fazer parte de um processo de decisão individualizado e interdisciplinar, com envolvimento do doente, família, cuidadores e médico assistente. Este processo inclui a explicação detalhada das opções disponíveis (hemodiálise, diálise peritoneal, transplantação renal e tratamento conservador), a identificação e gestão das expectativas, preferências e objetivos do doente e o fornecimento de informação relativa aos benefícios de cada opção e respetivo prognóstico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kaufman SR, Shim JK, Russ AJ. Old age, life extension, and the character of medical choice. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 61: S175–S184, 2006.
- Schell JO, Patel UD, Steinhauser KE, Ammarell N, Tulsky JA. Discussions of the kidney disease trajectory by elderly patients and nephrologists: A qualitative study. Am J Kidney Dis 59: 495–503, 2012.
- Hussain JA, Flemming K, Murtagh FE, Johnson MJ. Patient and health care professional decision-making to commence and withdraw from renal dialysis: a systematic review of qualitative research. Clin J Am Soc Nephrol. 2015 Jul 7;10(7):1201-15.
- Chan CT, Blankestijn PJ, Dember LM, Gallieni M, Harris DCH, Lok CE, Mehrotra R, Stevens PE, Wang AY, Cheung M, Wheeler DC, Winkelmayer WC, Pollock CA. Dialysis initiation, modality choice, access, and prescription: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. Kidney Int. 2019 Jul;96(1):37-47.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar uma técnica substitutiva da função renal apenas com base no valor do débito de filtrado glomerular em doentes com doença renal crónica estádio 5 que se encontrem assintomáticos e sem outra indicação clínica formal para diálise.

Justificação /

O início de diálise crónica em doentes sem sintomatologia urémica ou outra indicação clínica formal para instituição de técnica substitutiva da função renal (sobrecarga hídrica, hipercaliemia ou acidose metabólica refratárias à terapêutica médica) está associado a uma redução significativa da qualidade de vida do doente, sem melhoria do seu prognóstico a longo prazo. A evidência científica disponível não estabelece qualquer associação entre o valor do débito de filtrado glomerular aquando do início de diálise e a ocorrência de eventos cardiovasculares major ou mortalidade por qualquer causa. Deste modo, doentes com doença renal crónica estádio 5 deverão manter seguimento regular em Consulta de Nefrologia e iniciar atempadamente preparação para o início de técnica substitutiva de função renal, com construção de acesso vascular ou peritoneal, mas com início de diálise apenas perante o desenvolvimento de sintomatologia urémica ou impossibilidade de controlo da volemia, caliemia ou acidose metabólica com medidas dietéticas e terapêutica farmacológica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cooper BA, et al. A randomized, controlled trial of early versus late initiation of dialysis. N Engl J Med. 2010 Aug 12;363(7):609-19. PMID: 20581422.
- Fu EL, et al. Timing of dialysis initiation to reduce mortality and cardiovascular events in advanced chronic kidney disease: nationwide cohort study. BMJ. 2021 Nov 29;375:e066306. doi: 10.1136/bmj-2021-066306. PMID: 34844936.
- National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guideline for Hemodialysis Adequacy: 2015 update. Am J Kidney Dis. 2015 Nov;66(5):884-930. doi: 10.1053/j.ajkd.2015.07.015. Erratum in: Am J Kidney Dis. 2016 Mar;67(3):534. PMID: 26498416.
- Susantitaphong P, et al. GFR at initiation of dialysis and mortality in CKD: a metaanalysis. Am J Kidney Dis. 2012 Jun;59(6):829-40. PMID: 22465328.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar concomitantemente fluidos e diuréticos de ansa em doentes com agravamento da função renal.

Justificação /

A administração de fluidoterapia concomitantemente com diurético de ansa tem poucas indicações formais. Em situações de lesão renal aguda, deverá ser avaliado o estado volémico do doente e delineada estratégia apropriada: hidratação se hipovolemia e diurético de ansa se sobrecarga hídrica.
A administração simultânea de ambos os fármacos não está associada a redução da duração ou gravidade da lesão renal aguda, da necessidade de técnica substitutiva da função renal ou a diminuição da mortalidade. Por outro lado, a utilização de diurético de ansa em estados de normo ou hipovolemia associa-se a aumento da incidência de distúrbios eletrolíticos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cantarovich F, Rangoonwala B, Lorenz H, Verho M, Esnault VL (2004) High-dose furosemide for established ARF: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. Am J Kidney Dis 44:402–409 29.
- Karajala V, Mansour W, Kellum JA (2009) Diuretics in acute kidney injury. Minerva Anestesiol 75:251–257 30.
- Bagshaw SM, Gibney RTN, Kruger P, Hassan I, McAlister FA, Bellomo R. The effect of low-dose furosemide in critically ill patients with early acute kidney injury: A pilot randomized blinded controlled trial (the SPARK study). J Crit Care. 2017 Dec;42:138-146. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.07.030. Epub 2017 Jul 12. PMID: 28732314.
- Arbel Y, Assa BE, Halkin A, Keren G, Schwartz AL, Havakuk O, Leshem-Rubinow E, Konigstein M, Steinvil A, Abramowitz Y, Finkelstein A, Banai S (2014) Forced diuresis with matched hydration in reducing acute kidney injury during transcatheter aortic valve implantation (Reduce-AKI): study protocol for a randomized sham-controlled trial. Trials15:262.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever, por rotina, tomografia computadorizada (TC) de crânio a crianças com traumatismo craniano ligeiro.

Justificação /

Um traumatismo crânio-encefálico ligeiro é uma perda temporária da função neurológica resultante dum impacto no crânio ou de uma lesão de aceleração / desaceleração. Existem fatores preditivos de uma lesão intracraniana mais grave e uma tomografia computorizada (TC) de crânio poderá estar indicada nessas circunstâncias. Em crianças menores de dois anos de idade, uma alteração do estado mental persistente, hematoma do couro cabeludo, perda de consciência superior a cinco segundos, mecanismo de lesão importante, fratura do crânio palpável ou alteração do comportamento normal da criança de acordo com os pais, podem ser sinais duma lesão de maior gravidade.
Em crianças com mais de dois anos, uma alteração prolongada do estado mental, qualquer perda de consciência, história de vómitos, mecanismo de lesão importante, sinais clínicos de fratura da base do crânio ou cefaleia intensa, também implicam a realização de TC de crânio. Qualquer criança com uma lesão traumática no crânio, que tenha défice neurológico, deve realizar TC.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD Jr, Atabaki SM, Holubkov R, Nadel FM, Monroe D, Stanley RM, Borgialli DA, Badawy MK, Schunk JE, Quayle KS, Mahajan P, Lichenstein R, Lillis KA, Tunik MG, Jacobs ES, Callahan JM, Gorelick MH, Glass TF, Lee LK, Bachman MC, Cooper A, Powell EC, Gerardi MJ, Melville KA, Muizelaar JP, Wisner DH, Zuspan SJ, Dean JM, Wootton-Gorges SL. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. Lancet. 2009 Oct 3;374(9696):1160–70.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/societies/american-association-of-neurological-surgeons-and-congress-of-neurological-surgeons/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não administrar corticóides após traumatismo crânio-encefálico grave.

Justificação /

Não se recomenda a administração de fármacos corticoesteróides para reduzir a pressão intracraniana ou melhorar o *outcome* em doentes com traumatismos crânio-encefálicos. O uso de corticóides em alta dose pode aumentar o risco de complicações e de mortalidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bratton SL, Chestnut RM, Ghajar J, McConnell Hammond FF, Harris OA, Hartl R, Manley GT, Nemecek A, Newell DW, Rosenthal G, Schouten J, Shutter L, Timmons SD, Ullman JS, Videtta W, Wilberger JE, Wright DW. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. XV. Steroids. J Neurotrauma. 2007;24 Suppl 1: S91–5.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/societies/american-association-of-neurological-surgeons-and-congress-of-neurological-surgeons/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar a eletromiografia (EMG) para determinar a etiologia de dor axial cervical, torácica ou lombar.

Justificação /

A eletromiografia e o estudo de condução dos nervos permitem avaliar a função dos músculos e nervos. Poderão estar indicados quando existe a suspeita duma lesão neurológica, nomeadamente na presença de dor no braço ou na perna, parestesias ou diminuição da força muscular devido à compressão dum nervo raquidiano. Como a lesão do nervo raquidiano não é uma causa de dor crónica cervical, torácica ou lombar axial isolada (i.e. sem dor irradiada), o EMG não se mostrou útil no diagnóstico da causa subjacente a essa dor.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sandoval AE. Electrodiagnostics for low back pain. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010 Nov; 21(4):767-76.
- NASS Evidence-Based Guideline: North American Spine Society (NASS). Diagnosis and treatment of degenerative lumbar spinal stenosis. Burr Ridge (IL): North American Spine Society (NASS); 2011. 104.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/societies/american-association-of-neurological-surgeons-and-congress-of-neurological-surgeons/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar exames imagiológicos da coluna vertebral [Rx, Tomografia computorizada (TC) ou Ressonância magnética nuclear (RMN)] em doentes com lombalgia aguda inespecífica, sem sinais de alarme ("red flags").

Justificação /

Os exames complementares de diagnóstico da coluna vertebral devem ser evitados nas primeiras quatro a seis semanas após o início duma dor lombar axial. Os sinais de alarme ("*red flags*"), que podem indicar que um estudo de imagem mais precoce deve ser solicitado incluem: a presença de défice neurológico (falta de força, diminuição da sensibilidade), disfunção vesical ou intestinal, agravamento progressivo dos sintomas, idade superior a 50 anos, febre, perda de peso, utilização de drogas intravenosas, imunossupressão, administração de corticosteróides, antecedentes pessoais de osteoporose, neoplasia ou traumatismo recente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Chou R, Fu R, Carrino JA, Deio RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009;373(9662):463–72.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, Owens DK; Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007;147(7):478–91.
- Davis PC, Wippold FJ, Brunberg JA, Cornelius RS, De La Paz RL, Dormont PD, Gray L, Jordan JE, Mukherji SK, Seidenwurm DJ, Turski PA, Zimmerman RD, Sloan MA.ACR appropriateness criteria on low back pain. J Am Coll Radiol. 2009;6(6):401–7.
- Forseen S, Corey A. Clinical decision support and acute low back pain: evidence-based order sets. J Am Coll Radiol. 2012 Oct;9(10):704-12.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/societies/american-association-of-neurological-surgeons-and-congress-of-neurological-surgeons/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não rastrear por rotina a presença de aneurismas cerebrais em doentes assintomáticos, sem história familiar ou pessoal de hemorragia subaracnoideia, de aneurisma cerebral ou de doenças genéticas que predispõem à formação de aneurismas.

Justificação /

A história familiar de hemorragia subaracnoideia por rotura de aneurisma aumenta o risco individual de ser portador de um aneurisma cerebral. O rastreio de doentes sem história familiar ou pessoal de hemorragia subaracnoideia não está indicado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bederson JB, Awad IA, Wiebers DO, Piepgras D, Haley EC Jr, Brott T, Hademenos G, Chyatte D, Rosenwasser R, Caroselli C. Recommendations for the management of patients with unruptured intracranial aneurysms: a statement for healthcare professionals from the Stroke Council of the American Heart Association. Circulation 2000, 102 (18): 2300–8.
- Rinkel GJ. Intracranial aneurysm screening: indications and advice for practice. Lancet Neurol. 2005 Feb; 4(2):122-8.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/societies/american-association-of-neurological-surgeons-and-congress-of-neurological-surgeons/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurocirurgia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar o electroencefalograma (EEG) para o estudo das cefaleias.

Justificação /

As cefaleias são uma condição dolorosa muito comum. Por vezes o EEG é efetuado em portadores desta condição para excluir uma causa mais grave, como por exemplo uma causa estrutural. Porém a sensibilidade do EEG para determinar este tipo de alterações é consideravelmente menor do que os estudos de neuroimagem com a Tomografia Computadorizada (TC) ou a Ressonância Magnética (RM). Por conseguinte, a realização de EEG em doentes com cefaleia aumenta os custos sem acrescentar benefícios. Um EEG normal num doente com cefaleias com características que sugerem a presença de uma anomalia estrutural pode dar uma falsa sensação de segurança e atrasar a realização de um estudo de neuroimagem. Além disso, a presença de anomalias incidentais no EEG num doente com uma cefaleia primária pode levar à utilização de procedimentos ou tratamentos adicionais desnecessários.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gronseth GS, Greenberg MK. The utility of the electroencephalogram in the evaluation of patients presenting with headache: a review of the literature.Neurology 1995;45:1263–1267.
- Annette M, Langer-Gould, Wayne E, et al. The American Academy of Neurology's Top Five Choosing Wisely recommendations. Neurology Sep 2013, 81 (11) 1004-1011; DOI: 10.1212/WNL.0b013e31828aab14.

Recomendação original disponível em:

https://n.neurology.org/content/neurology/81/11/1004.full.pdf - Academia Americana de Neurologia

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar fármacos opióides ou canabinóides como tratamento de primeira linha para a dor neuropática.

Justificação /

A evidência existente no que concerne ao tratamento eficaz da dor neuropática com medicamentos opióides e/ou canabinóides é limitada ou inconclusiva. É importante realçar os riscos associados à utilização destas substâncias e que se encontram bem documentados na literatura, como são exemplo: as náuseas, a sonolência, as alterações cognitivas, a dependência física e psíquica e o desenvolvimento de outros distúrbios relacionados ao uso destas substâncias.

A utilização destes fármacos em situações em que exista comprometimento cognitivo pode trazer riscos adicionais tanto para o individuo que as está a efetuar ou para outras pessoas, especialmente no ambiente de trabalho ou durante a condução de veículos. É de realçar, que os opióides podem, ainda, comprometer a função respiratória e em caso de sobredosagem aumentar o risco de morte.

Existem outras alternativas terapêuticas para o tratamento eficaz da dor neuropática e que apresentam um risco significativamente menor no que concerne a efeitos adversos/secundários. Muitas destas alternativas são seguras e demonstraram ser eficazes no alívio da dor neuropática.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Moulin DE, et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: Revised consensus statement from the Canadian Pain Society. Pain Res Manag. 2014 Nov-Dec;19(6):328-35. PMID: 25479151.
- Finnerup NB, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2015 Feb;14(2):162-73. PMID: 25575710.
- Bates, Daniel, et al. "A comprehensive algorithm for management of neuropathic pain." Pain Medicine 20. Supplement_1 (2019): S2-S12.
- Schlereth, T. Guideline “diagnosis and non-interventional therapy of neuropathic pain” of the German Society of Neurology (deutsche Gesellschaft für Neurologie). Neurol. Res. Pract. 2, 16 (2020). https://doi.org/10.1186/s42466-020-00063-3.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/recommendation/neurology/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Neurologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar TC ou RM cerebral ou Angio-TC num episódio isolado de síncope.

Justificação /

A síncope é uma perda transitória de consciência caracterizada por início rápido, curta duração e recuperação espontânea e completa, sem défices neurológicos associados. Um episódio isolado de síncope não necessita de ser investigado por tomografia computorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) cerebral ou Angio-TC dos vasos do pescoço, a não ser que exista dúvida no diagnóstico diferencial com outras causas de perda transitória de consciência (não sincopais): perda de consciência em contexto de traumatismo craniano; perda de consciência com défices neurológicos associados; e suspeita de crise convulsiva. Na ausência de sinais de alarme, a TC, para além de não contribuir para a orientação destes doentes, sujeita-os a uma dose desnecessária de radiação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Goyal N, et al. The utility of head computed tomography in the emergency department evaluation of syncope. Intern Emerg Med. 2006;1(2):148-50.
- Grossman SA, et al. The yield of head CT in syncope: a pilot study. Intern Emerg Med. 2007 Mar;2(1):46-9. Epub 2007 Mar 31.
- Shen WK, et al. CW. 2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2017 Aug 1;70(5):620-663.
- The Task Force for the diagnosis and management of syncope of the European Society of Cardiology (ESC). 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. European Heart Journal (2018) 39, 1883–1948.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar TC ou RM por cefaleias de tensão ou migraine.

Justificação /

Perante o diagnóstico de cefaleia de tensão ou *migraine*, e sem outras alterações relevantes na história clínica ou no exame neurológico, a possibilidade de encontrar uma lesão séria na tomografia computorizada (TC) ou na ressonância magnética (RM) é mínima. A TC ou a RM justificam-se apenas na presença de sinais de alarme que sugiram uma cefaleia secundária: cefaleia de novo ou modificação do padrão habitual das cefaleias; cefaleia explosiva (intensa e de início súbito); cefaleia com aura atípica; aura sem cefaleia ou cefaleia sem história prévia de aura; cefaleia de novo em doente com mais de 50 anos; cefaleia de agravamento progressivo; cefaleia posicional; cefaleia associada a sinais neurológicos ou febre inexplicada; e cefaleia em doente com imunodeficiência por VIH ou história de cancro.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Becker WJ, et al. Guideline for primary care management of headache in adults. Can Fam Physician. 2015 Aug;61(8):670-9.
- Elliot S, et al. Why do GPs with a special interest in headache investigate headache presentations with neuroradiology and what do they find? J Headache Pain. 2011 Dec;12(6):625-8.
- Howard L, et al. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2005 Nov;76(11):1558-64.
- Princípios europeus da abordagem das cefaleias comuns nos cuidados de saúde primários. Sociedade Portuguesa de Cefaleias. 2010.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar estudos de imagem urgentes na lombalgia não complicada, com ou sem radiculopatia.

Justificação /

A lombalgia aguda (<4 semanas), subaguda (4-12 semanas) ou crónica (>12 semanas), quer seja ou não acompanhada de radiculopatia, mas que simultaneamente não seja acompanhada de sinais de alarme (vulgo *red flags*) nem tenha sido previamente sujeita a tratamento, não beneficia de estudo imagiológico em contexto de urgência. Os sinais de alarme (*red flags*) agrupam-se em 3 grandes grupos de considerável probabilidade para etiologias graves tais como:

- Cancro ou infeção: história de cancro, perda inexplicada de peso, imunossupressão, infeção urinária, uso de drogas intravenosas, uso prolongado de corticosteroides, e dor lombar persistente a terapêutica conservadora por 6 semanas ou a agravar nesse mesmo período.
- Síndroma de cauda equina ou outra doença neurológica grave: instalação aguda de retenção urinária ou incontinência por extravasamento, perda de tónus esfincteriano anal, incontinência fecal, anestesia em sela, ou fraqueza progressiva ou bilateral nos membros inferiores.
- Fratura vertebral: história de traumatismo significativo, uso prolongado de esteróides, e indivíduo idoso (≥65 anos) ou considerado de risco elevado para osteoporose.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Neurological Imaging; Hutchins TA, Peckham M, Shah LM, Parsons MS, Agarwal V, Boulter DJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Low Back Pain: 2021 Update. J Am Coll Radiol. 2021 Nov;18(11S):S361-S379.
- Jarvik JG, Gold LS, Comstock BA, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. JAMA 2015;313:1143-53.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar estudos de imagem em doente com rinossinusite aguda não complicada.

Justificação /

A rinossinusite aguda não complicada é aquela sem evidência de inflamação fora dos seios perinasais, como envolvimento neurológico, oftalmológico ou de tecidos moles. A utilização de estudos de imagem nesta patologia está indicada quando existe suspeita de complicação associada, como celulite orbitária, extensão endocraniana (empiema, meningite ou abcesso cerebral) e quando a clínica for dúbia em doentes com fatores de risco ou comorbilidades como diabetes *mellitus*, imunodepressão ou antecedentes de traumatismo ou cirurgia facial. Na ausência de sinais de alarme, os estudos de imagem, para além de não contribuírem para a orientação destes doentes, sujeitam-nos a uma dose desnecessária de radiação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rosenfeld RM, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Apr;152(2 Suppl):S1-S39.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar estudos de imagem na dorsalgia aguda não complicada.

Justificação /

Alterações discais torácicas (tais como hérnias, protrusões ou fissuras anulares) são comuns em pacientes assintomáticos, podendo ser observadas frequentemente em estudos imagiológicos de pessoas sem dorsalgia. No que diz respeito às articulações facetárias torácicas, tal como na coluna lombar, as alterações imagiológicas de osteoartrite não se correlacionam linearmente com o foco da dor nem com a eventual resposta analgésica às injeções percutâneas. Exames de imagem são assim apropriados nos pacientes sem resposta a tratamento médico por 6 semanas ou que apresentem sinais de alarme (vulgo red flags) que façam levantar a suspeita de doença grave subjacente, tais como:

- cancro ou infeção: antecedentes de cancro com propensão metastática óssea, perda inexplicada de peso, imunossupressão, sépsis recente ou uso de drogas intravenosas;
- estenose canalar, deformidade ou compressão medular: sinais de mielopatia (p.e. dificuldade de coordenação e equilíbrio, nova incontinência urinária ou fecal, fraqueza com dificuldade na marcha);
- fratura: trauma significativo, sinais de mielopatia, fusão prévia da coluna torácica, osteoporose conhecida, >65 anos de idade ou uso crónico de esteroides.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Neurological Imaging; Shah VN, Parsons MS, Boulter DJ, Burns J, Callaghan B, Eldaya R, et al. ACR Appropriateness Criteria® Thoracic Back Pain. J Am Coll Radiol. 2024 Nov;21(11S):S504-S517.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar estudos de imagem urgentes na cervicalgia aguda não complicada.

Justificação /

As radiografias podem ser úteis na avaliação inicial por suspeita de espondilose, doença discal degenerativa e desalinhamento. A maioria das cervicalgias não traumáticas têm como apresentação a dor mecânica com origem na coluna e/ou nas suas estruturas de suporte. No entanto, o estudo imagiológico em contexto de urgência não é habitualmente necessário em caso de ausência de sinais ou sintomas de alarme.

Causas secundárias adicionais subjacentes e importantes incluem tumor, infeção, inflamação, doenças auto-imunes e vasculopatia, sendo que nestes casos em concreto os exames de imagem poderão ser úteis em caso de presença de sintomas ou sinais de alarme, tais como: risco aumentado de fratura, malignidade, sintomas constitucionais (febre ou perda de peso inexplicada), infeção grave ou sépsis atual, mielopatia, aumento do risco de infeção (imunossupressão ou uso de drogas intravenosas), artrite inflamatória, coagulopatia ou suspeita de etiologia vascular.

A ressonância magnética (RM) não deve ser usada em exclusivo para diagnosticar radiculopatia cervical sintomática e deve sempre ser interpretada em combinação com os achados clínicos, atendendo a que alterações espondilóticas da coluna vertebral são frequentemente encontradas em pacientes assintomáticos. A maioria da radiculopatia cervical aguda resolve espontaneamente ou com tratamento conservador, tanto para a etiologia herniária discal como para a osteofitária, observando-se que as hérnias discais cervicais reduzem frequentemente de tamanho na avaliação seriada por RM ou TC. Portanto, o estudo imagiológico da radiculopatia cervical aguda em contexto de urgência não está indicado, exceto em caso de presença de sinais de alarme.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Neurological Imaging; Eldaya RW, Parsons MS, Hutchins TA, Avery R, Burns J, Griffith B, et al. ACR *Appropriateness Criteria® Cervical Pain or Cervical Radiculopathy: 2024 Update*. J Am Coll Radiol. 2025 May;22(5S):S136-S162.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever colírios que incluam corticosteroides para tratamento de olho vermelho se não estiver excluída a possibilidade de patologia que contraindique a sua utilização.

Justificação /

Os corticosteroides têm um papel adjuvante no tratamento da conjuntivite por permitir um alívio sintomático mais rápido. No entanto, em determinadas situações, estão contraindicados. Por exemplo, nas infeções virais da superfície ocular (como a queratite epitelial herpética), a utilização de corticosteroides isolados ou em combinação com antibiótico pode permitir uma proliferação acelerada do vírus e um curso da doença mais grave e prolongado. Noutras situações, como uma erosão ou lesão da córnea por corpo estranho, a corticoterapia atrasa a recuperação e aumenta o risco infecioso.
Em casos de olho vermelho com sintomas ou sinais de alarme, tais como dor, perda de visão que não melhora, fotofobia, ou hiperémia ciliar, todos os doentes devem ser observados primeiro por um oftalmologista. Em caso de impossibilidade, poderá ser ponderada a prescrição de antibiótico e/ou lubrificante ocular ou optar por não prescrever, uma vez que a grande maioria dos casos de conjuntivite são autolimitados e os medicamentos apenas reduzem a duração e intensidade dos sintomas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA. 2013; 310(16):1721-9.
- Ophthalmology AAO. American Academy of Ophthalmology. Cornea/External Disease Panel. Preferred Practice Pattern Guidelines: Conjunctivitis-Limited Revision. 2013.
- Wilhelmus KR. Diagnosis and management of herpes simplex stromal keratitis. Cornea. 1987;6(4):286-91.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não excluir a possibilidade de um diagnóstico de glaucoma mesmo se a medição da pressão intraocular tiver valores considerados normais (iguais ou inferiores a 21 mmHg).

Justificação /

O glaucoma é a causa mais frequente de cegueira irreversível a nível mundial e a sua prevalência vai aumentar devido ao envelhecimento da população. Muitos casos de glaucoma estão associados a valores de pressão intraocular acima do normal, o que conduz a uma perda acelerada de fibras nervosas do nervo óptico. No entanto, vários estudos realizados em diversas populações permitem concluir que existem doentes que desenvolvem glaucoma, mesmo tendo sempre valores de pressão intraocular considerados normais, sem estar sob o efeito de medicação hipotensora ocular. Este tipo de glaucoma, denominado de normotensional / de baixa pressão / de pressão normal, parece estar associado a algumas características como hipotensão arterial sistémica, enxaqueca, mãos e pés frios e outros indícios de disfunção vascular sistémica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Terminology and Guidelines for Glaucoma. 4th edition. European Glaucoma Society. 2014.
- Sommer A, Tielsch JM, Katz J, Quigley HA, Gottsch JD, Javitt J, et al. Relationship between Intraocular-Pressure and Primary Open Angle Glaucoma among White and Black-Americans - the Baltimore Eye Survey. Archives of Ophthalmology. 1991;109(8):1090-5.
- Barbosa-Breda J, Van Keer K, Abegao-Pinto L, Nassiri V, Molenberghs G, Willekens K, et al. Improved discrimination between normaltension and primary open-angle glaucoma with advanced vascular examinations - the Leuven Eye Study. Acta ophthalmologica. 2018.
- Schulzer M, Alward WL, Feldman F, Cashwell LF, Wilensky J, Geijssen HC, et al. Comparison of glaucomatous progression between untreated patients with normal-tension glaucoma and patients with therapeutically reduced intraocular pressures. American journal of ophthalmology. 1998;126(4):487-97.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever por rotina antibioterapia tópica no pré-operatório de catarata.

Justificação /

A evidência científica mostra que os antibióticos tópicos no pré-operatório de cirurgia de catarata não previnem a ocorrência de infecção ocular. Vários estudos mostraram que além de não existir benefício na administração pré-operatória de antibióticos, estes podem levar a um aumento da resistência bacteriana e à seleção de estirpes resistentes.
Apesar dos antibióticos tópicos diminuírem a carga bacteriana na superfície ocular quando administrados um ou três dias antes da cirurgia, a eficácia da iodopovidona usada de forma isolada na redução da flora da superfície ocular não aumenta quando se utiliza a iodopovidona associada à antibioterapia tópica prévia. Assim, é pouco provável que a antibioterapia tópica acrescente algum benefício à iodopovidona quando esta é usada de forma correta no pré-operatório imediato.
A antissepsia de rotina com iodopovidona ou clorhexidina é o elemento pré-operatório fundamental para reduzir o risco infecioso.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Academy of Ophthalmology Preferred Practice Pattern Cataract/Anterior Segment Panel: Cataract in the Adult Eye PPP – 2016.
- ESCRS Guidelines for Prevention and Treatment of Endophthalmitis. Following Cataract Surgery: Data, Dilemmas and Conclusions. 2013. Endophthalmitis.
- Ta CN, Sinnar S, He L, et al. Prospective randomized comparison of 1-day versus 3-day application of topical levofloxacin in eliminating conjunctival flora. Eur J Ophthalmol 2007;17:689-95.
- Nentwich MM, Ta CN, Kreutzer TC, et al. Incidence of postoperative endophthalmitis from 1990 to 2009 using povidone-iodine but no intracameral antibiotics at a single academic institution. J Cataract Refract Surg 2015;41:58-66.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Oftalmologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não propor artroscopia do joelho como tratamento inicial de doentes com ruturas meniscais degenerativas sem sintomas mecânicos.

Justificação /

As queixas associadas com roturas meniscais degenerativas podem melhorar com tratamentos conservadores tais como exercícios para melhorar a força, resistência e flexibilidade muscular. Outras opções válidas de tratamento incluem medicação com analgésicos, anti-inflamatórios, modificação da atividade ou injeção de corticosteroide. Se estiverem presentes sintomas mecânicos como bloqueio, estalidos dolorosos ou aumento de volume recorrente da articulação, ou se o alívio da dor não for obtido após uma tentativa de tratamento não operatório, a artroscopia pode ser justificada. Na presença de artrose significativa devem ser consideradas outras opções cirúrgicas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Yim JH, Seon JK, Song EK, Choi JI, Kim MC, Lee KB, Seo HY. A comparative study of meniscectomy and nonoperative treatment for degenerative horizontal tears of the medial meniscus. Am J Sports Med. 2013 Jul;41(7):1565–70.
- Herrlin S, Hållander M, Wange P, Weidenhielm L, Werner S. Arthroscopic or conservative treatment of degenerative medial meniscal tears: a prospective randomized trial. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007 Apr;15(4):393–401.
- Herrlin S, Wange PO, Lapidus G, Hållander M, Werner S, Weidenhielm L. Is arthroscopic surgery beneficial in treating non-traumatic, degenerative medial meniscal tears? A five year follow-up. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2013 Feb;21(2):358–64.

Recomendação original disponível em:

www.amssm.org

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ortopedia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar lavagem e desbridamento artroscópico isolado no tratamento da artrose primária do joelho.

Justificação /

Várias meta-análises recentes originaram diretrizes de prática clínica recomendando contra o uso de lavagem e desbridamento artroscópico para o tratamento de artrose degenerativa do joelho, uma vez que parece não haver benefício persistente da cirurgia artroscópica quando comparada com o tratamento conservador (terapia com exercícios, injeções e medicamentos). No entanto, estes resultados, não contraindicam o uso criterioso da cirurgia artroscópica quando indicada para tratar patologia sintomática coexistente na presença de osteoartrose ou degeneração com lesão meniscal e presença de corpos livres intra-articulares.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Arthroscopy Association of Canada. Position Statement of Arthroscopy Association of Canada (AAC) Concerning Arthroscopy of the Knee Joint [Internet]. September 2017 [cited 2018 Feb].
- Brignardello-Petersen R, et al. Knee arthroscopy versus conservative management in patients with degenerative knee disease: a systematic review. BMJ Open. 2017 May 11;7(5):e016114. PMID: 28495819.
- Khan M,et al. Arthroscopic surgery for degenerative tears of the meniscus: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2014 Oct 7;186(14):1057-64. PMID: 25157057.
- Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM, Lohmander LS. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. BMJ. 2015 Jun 16;350:h2747. PMID: 26080045.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/02/Orthopaedics.pdf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ortopedia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar tala do punho após a cirurgia da síndrome do túnel cárpico.

Justificação /

A utilização de tala no pós-operatório da síndrome do túnel cárpico não demonstrou qualquer benefício na recuperação da força e da mobilidade. Também não está demonstrada a sua eficácia na diminuição das complicações e na satisfação do doente. Pelo contrário, a sua aplicação pode originar efeitos deletérios como a formação de aderências dos tendões e nervo e a rigidez articular.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Academy of Orthopaedic Surgeons. Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome [Internet]. 2008 Sep [cited 2014 Feb 20].
- Bury TF, et al. Prospective, randomized trial of splinting after carpal tunnel release. Ann Plast Surg. 1995 Jul;35(1):19-22. PMID: 7574280.
- Cook AC, et al. Early mobilization following carpal tunnel release. A prospective randomized study. J Hand Surg Br. 1995 Apr;20(2):228-30. PMID: 7797977.
- Fagan DJ, et al. A controlled clinical trial of postoperative hand elevation at home following day-case surgery. J Hand Surg Br. 2004 Oct;29(5):458-60. PMID: 15336749.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/02/Orthopaedics.pdf

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Ortopedia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever análises laboratoriais pré-operatórias nas cirurgias de baixo risco quando não existe indicação clínica.

Justificação /

As análises pré-operatórias (tradicionalmente hemograma, tempo de protrombina e aPTT, painel bioquímico básico e urina tipo II) realizadas a doentes propostos para cirurgia programada encontram-se, na sua maioria, dentro dos intervalos de referência. Verificou-se que os resultados destas análises influenciam o seguimento de menos de 3% dos doentes. Na quase totalidade dos casos de doentes clinicamente estáveis, mesmo tendo-se identificado um resultado fora dos intervalos de referência, não foram observadas complicações. As análises pré-operatórias são apropriadas para doentes sintomáticos e para doentes com fatores de risco, caso em que permitem definir o risco cirúrgico do doente.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Keay L, et al. Routine preoperative medical testing for cataract surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Mar 14;(3):CD007293.
- Katz RI, et al. Survey study of anesthesiologists' and surgeons' ordering of unnecessary preoperative laboratory tests. Anesth Analg. 2011 Jan;112(1):207-12.
- Reynolds TM, et al. National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines on preoperative tests: the use of routine preoperative tests for elective surgery. Ann Clin Biochem. 2006 Jan;43(Pt 1):13-6.
- Toolkit: Drop the Pre-Op – A toolkit for reducing unnecessary visits and investigations in pre-operative clinics. Choosing Wisely Canada.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não efetuar rastreio populacional para o défice de 25-OH-Vitamina D.

Justificação /

O défice de vitamina D é comum em muitas populações, particularmente em indivíduos em latitudes mais altas, durante os meses de inverno e naqueles com exposição solar limitada. A suplementação com vitamina D e o aumento da exposição solar são suficientes para a maioria dos indivíduos saudáveis. O teste laboratorial é apropriado em indivíduos de alto risco quando os resultados têm por objetivo a instituição de uma terapia mais interventiva, como por exemplo nos casos de osteoporose, doença renal crónica, má absorção, e obesidade. O rastreio de rotina de bebês saudáveis, crianças e adultos (incluindo mulheres grávidas) para a deficit de vitamina D atualmente não é recomendado. Recorde-se que os atuais métodos de determinação de vitamina D podem dar diferentes resultados para uma mesma amostra e que existem limitações nos métodos laboratoriais usados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bilinski K, Boyages S. The rising cost of vitamin D testing in Australia: time to establish guidelines for testing. Med J Aust 2012 Jul 16 ;197 (2):90.
- Lu CM. Pathology consultation on vitamin D testing: Clinical indications for 25(OH) vitamin D measurement [Letter to the editor]. Am J Clin Pathol 2012 May;137:831.
- Holick M, Binkely N, Bischoll-Ferrari H, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, Murad MH, Weaver CM; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2011 Jul ;96(7):1911-1930.
- Sattar N, Welsh P, Panarelli M, Forouchi NG. Increasing requests for vitamin D measurement: Costly, confusing, and without credibility. Lancet 2012 Jan 14;379:95-96.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Farmacologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar determinação de velocidade de sedimentação eritrocitária para despiste de inflamação em indivíduos sem doença diagnosticada, e solicitar a determinação da proteína C-reativa para detetar a fase aguda da inflamação.

Justificação /

A proteína C-reativa (PCR) é um marcador mais sensível e específico da fase aguda da inflamação do que a velocidade de sedimentação eritrocitária (VS). Nas primeiras 24 horas de uma doença, a PCR estará aumentada, enquanto a VS poderá estar normal. Quando desaparece a causa da inflamação, a PCR voltará a ser normal ao fim de 24 horas, enquanto a VS, devido ao tempo necessário para a diminuição do excesso de fibrinogénio, permanecerá elevada durante vários dias.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Crowson CS, Rahman MU, Matteson EL. Which measure of inflammation to use? A comparison of erythrocyte sedimentation rate and Creactive protein measurements from randomized clinical trials of golimumab in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2009 Aug;36 (8):1606-10.
- Henriquez-Camacho C, Losa J. Biomarkers for sepsis. Biomed Res Int. 2014;2014:547818.
- Lelubre C, Anselin S, Zouaoui Boudjeltia K, Biston P, Piagnerelli M. Interpretation of C-reactive protein concentrations in critically ill patients. Biomed Res Int. 2013;2013:124021.
- Wolfe, F. The Many Myths of Erythrocyte Sedimentation Rate and C-Reactive Protein. J Rheumatol 2009;36;1568-1569.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar a determinação da mioglobina ou da creatina cinase (CK)-MB para o diagnóstico do enfarte do miocárdio. Escolha a Troponina I ou T.

Justificação /

A libertação de troponina I ou T, ao contrário da creatina cinase (CK)-MB e da mioglobina, é especifica da lesão cardíaca. Após um enfarte agudo do miocárdio (EAM) a troponina é produzida antes da CK-MB e aparece em circulação ao mesmo tempo, ou mesmo antes da mioglobina. Cerca de 30% dos doentes que apresentam mal-estar torácico em repouso com uma CK-MB normal, quando determinam a troponina acabam diagnosticados como tendo EAM. Assim sendo, há cada vez mais evidência que justifica a determinação apenas da troponina e a descontinuação do uso da CK-MB e de outros marcadores.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Thygesen K, Alpert JS, White HD; Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. Circulation. 2007 Nov 27;116(22):2634-53.
- Kavsak PA, Macrae AR, Newman AM, Lustig V, Palomaki GE, Ko DT, Tu JV, Jaffe AS. Effects of contemporary troponin assay sensit ivity on the utility of the early markers myoglobin and CKMB isoforms in evaluating patients with possible acute myocardial infarction. Clin Chem Acta. 2007 May 1;380(1-2):213-6.
- Saenger AK, Jaffe AS. Requiem for a heavyweight: the demise of the creatine kinase-MB. Circulation. 2008 Nov 18:118(21):2200-6.
- Reichlin T. Hochholzer W, Bassetti S, Steuer S, Stelzig C, Hartwiger S, Biedert S, Schaub N, Buerge C, Potocki M, Noveanu M, Breidthardt T, Twerenbold R, Winkler K, Bingisser R, Mueller C. Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. N Engl J Med. 2009 Aug 27;361(9):858-67.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não determinar biomarcadores tumorais na abordagem diagnóstica inicial.

Justificação /

Sabe-se que o doseamento de certos biomarcadores tumorais é útil para monitorizar o desenvolvimento/evolução de tumores específicos em resposta ao tratamento ou na detecção de alterações na sua atividade ou no aparecimento de tumor secundário ou recorrente. Em algumas circunstâncias, são auxiliares úteis na detecção de tumores específicos, quando há uma forte predisposição ou suspeita, como na deteção de hepatocarcinoma em doentes com hepatite C crónica e cirrose. No entanto, inúmeras revisões sistemáticas demonstram que não vale a pena testar biomarcadores em doentes com sintomas não específicos, na esperança de encontrar um tumor não detetado. Os marcadores tumorais geralmente não devem ser usados na abordagem diagnóstica inicial e raramente são diagnósticos devido às baixas sensibilidade e especificidade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Association for Clinical Biochemistry & Laboratory Medicine. Recommendations as a result of the ACB national audit on tumour marker service provision. 2013. Recommendation Document. Available at http://www.acb.org.uk/docs/defaultsource/guidelines/tumour-markerguidelines.pdf
- Duffy MJ, McGing P. Guidelines for the use of tumour markers. Association of Clinical Biochemists in Ireland 2010. Available at: www.acbi.ie/Downloads/Guideline-tumour-markets-4th.pdf
- National Institute of Health and Care Excellence. Diagnosis and management of metastatic malignant disease of unknown primary origin. NICE Clinical Guideline 104. National Collaborating Centre for Cancer 2010. Available at www.nice.org.uk/guidance/cg104
- Sturgeon CM, Duffy MJ, Stenman UH, et al. National Academy of Clinical Biochemistry laboratory medicine practice guidelines for use of tumor markers in testicular, prostate, colorectal, breast, and ovarian cancers. Clin Chem 2008;54(12):e11-79.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha evitar prescrever ou aconselhar antitússicos em idade pediátrica.

Justificação /

Os antitússicos e medicamentos de venda livre para a banal nasofaringite aguda, apesar de amplamente disponíveis, não têm eficácia comprovada em idade pediátrica. Permitem apenas um breve alívio dos sintomas, mas não tratam a sua etiologia nem encurtam a sua duração.
Geralmente têm na sua composição vários constituintes e podem ter efeitos adversos graves. Salienta-se o risco de intoxicação involuntária por crianças com idade inferior a 2 anos e a eventual toxicidade decorrente da farmacocinética destes fármacos nas crianças.
A sua utilização é desaconselhada a crianças com idade inferior a 6 anos e alguns antitússicos, como os de ação central que contêm codeína, estão mesmo contraindicados abaixo dos 12 anos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Goldman RD, et al. Treating cough and cold: Guidance for caregivers of children and youth. Paediatr Child Health. 2011 Nov;16(9):564-9.
- Isbister GK, Prior F, Kilham HA. Restricting cough and cold medications in children. J Paediatr Child Health [Internet] 2012 Feb;48(2):91–8.
- Pappas DE. The common cold in children: management and prevention. In UpToDate 2020.
- Sharfstein JM, et al. Over the counter but no longer under the radar–pediatric cough and cold medications. N Engl J Med. 2007 Dec 6;357(23):2321-4.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha evitar a utilização rotineira de terapêutica supressora ácida ou procinéticos no tratamento do refluxo gastroesofágico (RGE) em lactentes saudáveis.

Justificação /

O RGE nos lactentes é um fenómeno fisiológico, comum e frequente, geralmente inicia-se antes das 8 semanas de vida e é progressivamente menos frequente ao longo do primeiro ano de vida. A terapêutica farmacológica que diminui a acidez do estômago (p.e.: Inibidores da bomba de protões - IBP) não melhora sintomas associados ao RGE nos lactentes como a regurgitação e irritabilidade. Por outro lado, os estudos mostram que os lactentes sob terapêutica supressora ácida têm um maior número de infeções respiratórias e gastrointestinais.
Também os procinéticos não melhoram os sintomas de RGE nos lactentes e podem ter efeitos adversos a nível cardiovascular e neurológico, bem como interações adversas com outros fármacos. Por exemplo, a domperidona aumenta o intervalo QTc (QT corrigido), principalmente quando usada com outras medicações que afetam o metabolismo hepático e a metoclopramida pode causar sintomas extrapiramidais.
Na maioria dos lactentes com RGE não é necessário investigação ou tratamento específicos e a abordagem desta condição passa pelo aconselhamento e tranquilização parental.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Goldman RD, et al. Treating cough and cold: Guidance for caregivers of children and youth. Paediatr Child Health. 2011 Nov;16(9):564-9.
- Isbister GK, Prior F, Kilham HA. Restricting cough and cold medications in children. J Paediatr Child Health [Internet] 2012 Feb;48(2):91–8.
- Pappas DE. The common cold in children: management and prevention. In UpToDate 2020.
- Sharfstein JM, et al. Over the counter but no longer under the radar–pediatric cough and cold medications. N Engl J Med. 2007 Dec 6;357(23):2321-4.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha evitar a utilização de broncodilatadores no tratamento da bronquiolite aguda típica.

Justificação /

Não existe evidência científica que suporte o uso de broncodilatadores, como o salbutamol, adrenalina e brometo de ipratrópio na bronquiolite aguda de gravidade ligeira-moderada. Os broncodilatadores não reduzem a gravidade e o tempo da doença, as admissões hospitalares e a duração do internamento. Na maioria dos casos são desnecessários e com efeitos adversos evitáveis. Se um broncodilatador for necessário, a adrenalina (nebulizada) parece ser superior aos outros na bronquiolite aguda grave.
O tratamento da bronquiolite aguda típica é de suporte e inclui medidas como a desobstrução nasal com soro fisiológico, fracionamento das refeições, elevação da cabeceira da cama e manipulação mínima.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Dunn M, Muthu N, Burlingame CC, et al. Reducing Albuterol Use in Children With Bronchiolitis. Pediatrics. 2020;145(1):e20190306.
- Norma nº016/2012 de 19/12/2012 atualizada a 23/02/2015. Direção-Geral da saúde, Diagnóstico e tratamento da bronquiolite aguda em idade pediátrica.
- Gadomski AM, Scribani MB. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art.No.: CD001266. DOI: 10.1002/14651858.CD001266.pub4.
- Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. Pediatrics. 2014;134(5):e1474–e1502.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever antibióticos por rotina em doentes com exacerbação de asma que não apresentam sinais claros de infeção bacteriana.

Justificação /

As exacerbações de asma caracterizam-se habitualmente por episódios de dispneia, pieira, tosse e aperto torácico. Embora possam ter origem infeciosa, a maioria destes casos tem etiologia vírica, sendo o papel das bactérias muitas vezes sobrestimado. O uso de antibióticos deve ser reservado para os casos em que existem sinais claros de infeção bacteriana, como pneumonia ou sinusite. Os riscos da prescrição não apropriada de antibióticos incluem os custos económicos, efeitos secundários e o desenvolvimento de resistências.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Aldington S, et al. Asthma exacerbations. 5: assessment and management of severe asthma in adults in hospital. Thorax. 2007 May;62(5):447-58. PMID: 17468458.
- British Thoracic Society / Scottish Intercollegiate Guidelines Network. BTS/SIGN British guideline on the management of asthma [Internet]. 2017 Apr [cited 2017 May 5].
- Chung KF, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. Eur Respir J. 2014 Feb;43(2):343-73. PMID: 24337046.
- Schatz M, et al. Joint task force report: supplemental recommendations for the management and follow-up of asthma exacerbations. Introduction. J Allergy Clin Immunol. 2009 Aug;124(2 Suppl):S1-4. PMID: 19647130.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/respiratory-medicine/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever antibiótico em doentes com tosse de evolução aguda mesmo com mais de uma semana de evolução, exceto se suspeitar de pneumonia bacteriana.

Justificação /

Nos adultos, a maioria das infeções respiratórias acompanhadas de tosse de evolução aguda têm etiologia vírica, e não bacteriana. A duração média habitual dos episódios de tosse é de aproximadamente 18 dias, embora os doentes muitas vezes esperem que dure apenas 5 a 7 dias. Quando esta não resolve, recorrem aos cuidados de saúde e solicitam antibióticos. Além do uso de antibioterapia imediata ou diferida não alterar o normal curso clínico, a sua utilização nestas situações pode levar a toxicidade e possível indução de resistências bacterianas. Os clínicos devem educar os doentes na duração habitual da tosse pós-infeciosa e nos riscos da toma inadequada de antibióticos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Ebell MH, et al. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. Ann Fam Med. 2013 Jan-Feb;11(1):5-13. PMID: 23319500.
- McNulty CA, et al. Expectations for consultations and antibiotics for respiratory tract infection in primary care: the RTI clinical iceberg. Br J Gen Pract. 2013 Jul;63(612):e429-36. PMID: 23834879.
- Smith SM, et al. Antibiotics for acute bronchitis. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun 19;(6): CD000245. PMID: 28626858.
- Spurling GK, et al. Delayed antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 7;(9):CD004417. PMID: 28881007.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/respiratory-medicine/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar TC torácica de seguimento nos doentes de baixo risco e nódulos pulmonares sólidos com menos de 6 mm de diâmetro.

Justificação /

A utilização cada vez mais alargada da TC torácica leva a que sejam frequentemente identificados nódulos pulmonares, os quais nem sempre têm relevância clínica. Nos casos dos nódulos mais pequenos, a orientação pode passar pelo controlo radiológico a intervalos variáveis. Existem recomendações internacionais que detalham quais os doentes em que deve ser realizado novo controlo e com que intervalo este deve ser realizado. A realização de controlos a doentes sem indicação ou a intervalos mais curtos que o recomendado pode levar a maior exposição a radiação ionizante e causar ansiedade associada à repetição do exame.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung ANC, Mayo JR, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017;284(1):228-43.
- Gould MK, Donington J, Lynch WR, Mazzone PJ, Midthun DE, Naidich DP, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(5 Suppl):e93S-e120S.
- Baldwin DR, Callister ME, Guideline Development G. The British Thoracic Society guidelines on the investigation and management of pulmonary nodules. Thorax. 2015;70(8):794-8.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar inaladores de manutenção em doentes estáveis com suspeita de DPOC se estes não apresentarem confirmação de obstrução por espirometria.

Justificação /

O diagnóstico de DPOC deve ser considerado em qualquer doente com dispneia, tosse e/ou expetoração e com história de exposição a fatores de risco. No entanto, nem todos os doentes com estes sintomas têm DPOC, sendo necessária uma espirometria com demonstração de obstrução que persiste apesar de broncodilatação para estabelecer o diagnóstico de DPOC (FEV1/FVC < 0,7). A introdução de inaladores de manutenção sem objetivação do diagnóstico em doentes estáveis leva a que estes sejam tratados desnecessariamente, por não apresentarem a doença. Por outro lado, expõe o doente ao risco de efeitos secundários e pode atrasar o diagnóstico correto.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). GOLD 2017 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD [Internet]. 2017 [cited 2017 May 5].
- Qaseem A, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med. 2011 Aug 2;155(3):179-91. PMID: 21810710.
- United States of America Department of Veterans Affairs and the Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 May 5].

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/respiratory-medicine/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever oxigenioterapia domiciliária de longa duração em doentes sem hipoxemia que a justifique.

Justificação /

Nos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica e hipoxemia crónica e grave em repouso (PaO2 <55 mmHg), a administração de oxigénio suplementar durante pelo menos 15 horas por dia está associada a melhoria do prognóstico e maior sobrevivência. Nos doentes com hipoxemia moderada (PaO2 em repouso entre 55 e 60 mmHg), estes efeitos só foram observados naqueles com policitemia ou sinais de insuficiência cardíaca direita. Naqueles que não cumprem estes critérios, a oxigenoterapia não melhora a sobrevivência nem a qualidade de vida. As desvantagens incluem o risco de toxicidade do oxigénio e a perda de autonomia associada à necessidade de cumprir oxigénio durante pelo menos 15 horas por dia.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- NOC Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia 2015 [updated 11/09/2015. Available from: http://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx
- Long-Term Oxygen Treatment Trial Research G, Albert RK, Au DH, Blackford AL, Casaburi R, Cooper JA, Jr., et al. A Randomized Trial of Long-Term Oxygen for COPD with Moderate Desaturation. N Engl J Med. 2016;375(17):1617-27.
- Hardinge M, Annandale J, Bourne S, Cooper B, Evans A, Freeman D, et al. British Thoracic Society guidelines for home oxygen use in adults. Thorax. 2015;70 Suppl 1:i1-43.
- Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. Ann Intern Med. 1980;93(3):391-8.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever, por rotina, dois ou mais fármacos antipsicóticos em associação.

Justificação /

Os estudos de investigação referem que 4 a 35% dos doentes de ambulatório e 30 a 50% dos doentes em regime de internamento fazem dois ou mais antipsicóticos em simultâneo. No entanto, a evidência acerca da eficácia e segurança da associação de múltiplos antipsicóticos é limitada, com aumento do risco de interação farmacológica e má adesão ao tratamento. A utilização de dois ou mais antipsicóticos em associação deve ser evitada, exceto nos casos de resistência ao tratamento com três antipsicóticos em monoterapia (um deles clozapina, se possível), ou durante o processo de troca gradual de antipsicóticos por *cross-over*.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. Am J Psychiatry. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56. Available from: http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1682213
- McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS, Davis SM, Meltzer HY, Rosenheck RA, Swartz MS, Perkins DO, Keefe RS, Davis CE, Severe J, Hsiao JK, CATIE Investigators. Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. Am J Psychiatry. 2006;163(4):600-10.
- Maglione M, Ruelaz Maher A, Hu J, Wang Z, Shanman R, Shekelle PG, Roth B, Hilton L, Suttorp MJ, Ewing BA, Motala A, Perry T; Southern California Evidence-Based Practice Center. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011 Sep 437 p. Report No.: HHSA290-2007-10062-1.
- Stahl SM, Grady MM. A critical review of atypical antipsychotic utilization: comparing monotherapy with polypharmacy and augmentation. Curr Med Chem. 2004; 11(3):313-27.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-psychiatric-association-routine-prescription-of-two-or-more-concurrentantipsychotics/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever, por rotina, fármacos antipsicóticos como tratamento de primeira linha para a insónia.

Justificação /

Não existe suficiente evidência científica que demonstre a eficácia dos antipsicóticos no tratamento da insónia (primária ou secundária a outra doença psiquiátrica ou médica). Os poucos estudos que existem mostram resultados contraditórios. Os antipsicóticos de segunda-geração, como por exemplo a quetiapina, têm propriedades sedativas, pelo que são frequentemente prescritos (*off-label*) para o tratamento de queixas de insónia. Estes fármacos, mesmo nas doses baixas utilizadas para a insónia, têm um risco significativo de potenciais efeitos secundários, incluindo aumento ponderal e complicações metabólicas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. Diabetes Care. 2004;27(2):596-601.
- Maglione M, Ruelaz Maher A, Hu J, Wang Z, Shanman R, Shekelle PG, Roth B, Hilton L, Suttorp MJ, Ewing BA, Motala A, Perry T; Southern California Evidence-Based Practice Center. Off-label use of atypical antipsychotics: an update. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011 Sep 437 p. Report No.: HHSA290-2007-10062-1.
- Nasrallah HA. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. Mol Psychiatry. 2008 Jan;13(1):27-35.
- Shah C, Sharma TR, Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. Pharmacol Res. 2014 Jan;79:1-8.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-psychiatric-association-antipsychotics-for-insomnia/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar, por rotina, antidepressivos como tratamento de primeira linha para sintomas depressivos leves ou sub sindrómicos em adultos.

Justificação /

As taxas de resposta aos antidepressivos são maiores para a depressão moderada/grave. Para sintomas depressivos leves ou sub sindrómicos, uma avaliação completa, suporte e monitorização contínuos, intervenções psicossociais e modificações no estilo de vida devem ser as primeiras linhas de tratamento. Isto pode evitar os efeitos laterais da medicação e estabelecer fatores etiológicos importantes para avaliação e tratamento futuros. No entanto, os antidepressivos são apropriados em casos de depressão leve persistente, onde há um histórico de depressão mais grave ou em que as outras intervenções falharam.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2011 Jan;198(1):11-6.
- Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. J Clin Pyschiatry. 2008 Nov;69(11):1675-85.
- Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level metaanalysis. JAMA. 2010 Jan 6;303(1):47-53.
- Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Inital Severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Med. 2008 Feb;5(2):e45.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/psychiatry/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar antipsicóticos como primeira opção para o tratamento de comportamentos e sintomas psicológicos de demência.

Justificação /

Pessoas com demência geralmente apresentam alterações comportamentais desafiadoras, como heteroagressividade e sintomas psicóticos. Nesses casos, medicamentos antipsicóticos podem ser necessários, mas devem ser prescritos com cautela, pois apresentam benefícios limitados e podem causar importantes prejuízos, incluindo morte prematura. A utilização destes fármacos na demência, deve ser limitada aos casos em que as medidas não farmacológicas falharam e em que os sintomas causam sofrimento significativo e/ou representam uma ameaça iminente para o doente ou para terceiros. Uma avaliação completa, incluindo a identificação e eliminação/minimização das causas das alterações do comportamento pode evitar o uso destes medicamentos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gill SS, Bronskill SE, Normand SL, Anderson GM, Sykora K, Lam K, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. Ann Intern Med. 2007 Jun 5;146(11):775-86.
- Lee PE, Gill SS, Freedman M, Bronskill SE, Hillmer MP, Rochon PA. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. BMJ. 2004 Jul 10;329(7457):75.
- Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. Am J Geriatr Psychiatry. 2006 Mar;14(3):191-210.
- Seitz DP, Brisbin S, Herrmann N, Rapoport MJ, Wilson K, Gill SS, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. J Am Med Dir Assoc. 2012 Jul;13(6):503,506.e2.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-psychiatric-association-antipsychotics-in-patients-with-dementia/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir, por rotina, o exame toxicológico qualitativo de urina em todos os doentes psiquiátricos que recorrem ao serviço de urgência.

Justificação /

O exame toxicológico qualitativo de urina não demonstrou melhorar o atendimento de pacientes psiquiátricos no Serviço de Urgência (SU) devido ao potencial para falsos positivos, falsos negativos, verdadeiros positivos não relacionados ou minimamente relevantes para o quadro clínico. Por outro lado, este exame fornece informação adicional limitada comparativamente à anamnese e tem impacto mínimo nas decisões clínicas, contribuindo frequentemente para o atraso na avaliação e tratamento dos doentes psiquiátricos no SU.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Korn CS, Currier GW, Henderson SO. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. J Emerg Med. 2000 Feb;18(2):173-176.
- Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, Prendergast H, Stair TO. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. Acad Emerg Med. 1997 Feb;4(2):124-128.
- Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. Psychiatr Serv. 2000 Apr;51(4):474-78. Tenenbein M. Do you really need that emergency drug screen? Clin Toxicol. 2009 Apr;47(4):286-91.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/psychiatry/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar como primeira linha combinações de antipsicóticos nas Perturbações do Espetro da Esquizofrenia.

Justificação /

As respostas individuais a diferentes antipsicóticos são muito variadas e se a resposta é considerada insuficiente após 6 semanas com doses consideradas adequadas deve-se experimentar um antipsicótico diferente. O uso da combinação de antipsicóticos demonstrou levar a um aumento dos efeitos secundários em crianças e adolescentes e com um balanço do risco/benefício pouco claro.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Carbon M, Kapoor S, Sheridan E, Azzo S et al, Neuromotor Adverse Effects in 342 Youth During 12 Weeks of Naturalistic Treatment With 5 Second-Generation Antipsychotics, J Am Acad Adolesc Psychiatry 2015: 54(9): 718-727.
- McClellan J, Stock S, AACAP CQI, Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia. J Am Acad Adolesc Psychiatry, 2013; 52(9): 976-990.
- Taylor D, Barnes TRE, Young AH, The Mausdley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th edition, 2018, 162-165.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não utilizar antipsicóticos para o tratamento da insónia primária em qualquer grupo etário.

Justificação /

Os antipsicóticos de segunda geração, tais como a olanzapina e a quetiapina, possuem propriedades sedativas, sendo com frequência prescritos *off-label* perante queixas de insónia. Estes fármacos comportam risco significativo de efeitos secundários incluindo ganho de peso e complicações metabólicas, mesmo nas doses baixas utilizadas para tratamento da insónia.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Agency for Healthcare Quality and Research. Off-Label Use of Atypical Antipsychotics: An Update [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 May 5].
- Coe HV, et al. Safety of low doses of quetiapine when used for insomnia. Ann Pharmacother. 2012 May;46(5):718-22. PMID: 22510671.
- Hermes ED, et al. Use of second-generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. Sleep. 2013 Apr;36(4):597-600. PMID: 23565006.
- Shah C, et al. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. Pharmacol Res. 2014 Jan;79:1-8. PMID: 24184858.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar antidepressivos (ISRS) como primeira linha de intervenção no tratamento de depressões ligeiras em crianças e adolescentes.

Justificação /

A medicação antidepressiva é menos eficaz em crianças e adolescentes e a primeira linha de tratamento para estas faixas etárias deve incluir uma intervenção psicoterapêutica. Deve sempre fazer-se uma boa avaliação do meio em que as crianças e os adolescentes estão inseridos e da qualidade do suporte parental existente, de modo a detetar fatores externos que possam ter um papel na origem ou na manutenção do quadro psicopatológico. Em seguida, uma intervenção de primeira linha deve também ser psicopedagógica com o cuidado de uma orientação para um desenvolvimento saudável e adequado à idade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bhatia SK and Bhatia SC. Childhood and Adolescent depression. Am Fam Physician 2007 Jan 1;75(1):73-80.
- Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practise parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Nov;46(11):1503-26.
- Hetrick SE, Mckenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Nov 14;11:CD004851.
- Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Laraque D; GLAD-PC Steering Group. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLADPC): 1. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2007 Nov.; 120(5): e1299-1312.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar por rotina pesquisa de drogas na urina aos pacientes com sintomas psiquiátricos que recorram ao Serviço de Urgência de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

Justificação /

O exame toxicológico da urina não demonstrou contribuir para uma melhor abordagem destes pacientes em contexto de Serviço de Urgência devido ao elevado potencial para falsos positivos e falsos negativos. Os verdadeiros positivos não contribuem de forma relevante para a apresentação clínica e podem atrasar a avaliação e intervenção psiquiátrica. Solicitar exame toxicológico apenas se houver sintomatologia psiquiátrica grave de início agudo (sintomas psicóticos de novo, graves alterações do comportamento, alteração de consciência).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Korn CS, Currier GW, Henderson SO. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the emergency department. J Emerg Med. 2000,Feb;18(2):173-176
- Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, Prendergast H, Stair TO. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. Acad Emerg,Med. 1997 Feb;4(2):124-128.
- Schiller MJ, Shumway M, Batki SL. Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. Psychiatr Serv. 2000 Apr;51(4):474-78.
- Tenenbein M. Do you really need that emergency drug screen? Clin Toxicol. 2009 Apr;47(4):286-91.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não estabelecer diagnósticos de perturbações pedopsiquiátricas utilizando apenas testes de rastreio ou instrumentos estandardizados de diagnóstico; a avaliação clínica é fundamental e insubstituível.

Justificação /

Os testes de rasteio ou os instrumentos estandardizados de diagnóstico são ferramentas que podem apoiar, respetivamente, na decisão de encaminhamento para consultas de saúde mental na infância e adolescência, ou no processo de diagnóstico, mas não podem substituir a avaliação clínica realizada por um profissional especializado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. The clinical examination of children, adolescents and their families. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
- Rutter, M. (2011), Research Review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52: 647-660.
- Leckman, James & Taylor, Eric. (2015). Clinical assessment and diagnostic formulation. 10.1002/9781118381953.ch32.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não solicitar por rotina exames de neuroimagem cerebral (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) no primeiro episódio psicótico na ausência de sinais ou sintomas sugestivos de hipertensão intracraniana.

Justificação /

Os sinais e sintomas sugestivos de alterações intracranianas podem incluir cefaleias, alterações visuais, náuseas, vómitos e/ou convulsões. Vários estudos revelam que estes exames no primeiro episódio psicótico não alteram de forma significativa a intervenção clínica. Os riscos de exposição à radiação e o atraso no tratamento também desaconselham o seu uso de forma rotineira.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Goulet K, Deschamps B, Evoy F, Trudel JF. Use of brain imaging (computed tomography and magnetic resonance imaging) in first-episode psychosis: review and retrospective study. Can J Psychiatry. 2009 Jul;54(7):493-501.
- Khandanpour N, Hoggard N, Connolly D. The role of MRI and CT of the brain in first episodes of psychosis. Clin Radiol. 2013 Mar;68(3):245-50.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Technology appraisal guidance: Structural neuroimaging in first-episode psychosis [Internet]. 2008 Feb [2015, May 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ta136
- Williams SR, Koyanagi CY, Hishinuma ES. On the usefulness of structural brain imaging for young first episode inpatients with psychosis. Psychiatry Res, 2014 Nov 30;224(2):104-6.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não manter as benzodiazepinas iniciadas na urgência ou durante o internamento hospitalar, sem uma avaliação cuidadosa e sem um plano de redução progressiva prévio à alta hospitalar.

Justificação /

As benzodiazepinas, embora sejam úteis no alívio a curto prazo da ansiedade e da insônia, estão associadas a diversos efeitos adversos e problemas de longo prazo, incluindo comprometimento cognitivo e psicomotor, e dependência. As benzodiazepinas são frequentemente usadas em ambiente hospitalar no tratamento da ansiedade ou da insónia no contexto da situação patológica ou do ambiente hospitalar. Logo que possível, a dose de benzodiazepina deve ser reduzida e descontinuada. Para os doentes que ainda estão a tomar benzodiazepinas no momento da alta, um plano para redução e descontinuação após a alta deve ser programado e especificado na nota da alta e inserido na prescrição.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cunningham CM, Hanley GM, Morgan S. Patterns in the use of benzodiazepines in British Columbia: Examining the impact on increasing research and guideline cautions against long-term use. Health Policy. 2010 Oct;97(2-3):122-9.
- Grad R, Tamblyn R, Holbrook AM, Hurley J, Feightner J, Gayton D. Risk of a new benzodiazepine prescription in relation to recente hospitalization. J Am Geriatr Soc. 1999 Feb;47(2):184-8.
- Lader M. Benzodiazepines revisited-will we ever learn? Addiction. 2011 Dec;106(12):2086-109.
- Olfson M, King M, Schoenbaum M. The popularity of benzodiazepines, their advantages, and inadequate pharmacological alternatives—Reply. JAMA Psychiatry. 2015 Apr 1.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Farmacologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha usar psicostimulantes como primeira linha para os problemas de comportamento agressivos ou disruptivos em crianças com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, antes de recorrer ao uso de antipsicóticos (nomeadamente risperidona).

Justificação /

Existe evidência que confirma que crianças com PHDA, com ou sem Perturbações Disruptivas do Comportamento, que sofrem de sintomas incapacitantes de oposição e desafio, problemas de comportamento ou agressividade devem ser tratados com psicoestimulantes (metilfenidato) como primeira linha do tratamento farmacológico. O tratamento com outras medicações para a PHDA (nomeadamente a atomoxetina, guanfacina e clonidina) pode providenciar uma melhoria destes sintomas com poucos efeitos laterais. As *guidelines* Canadianas para a PHDA indicam que pode haver benefício em ajustar a medicação com psicoestimulantes para controle destes sintomas em vez de acrescentar antipsicóticos ou estabilizadores de humor, pelos efeitos adversos importantes e evidência muito limitada de eficácia para apoiar o seu uso.
As intervenções não farmacológicas de psicoeducação devem ser recomendadas e reforçadas junto dos clínicos, sendo justificado o uso de fármacos apenas quando estas não se mostram suficientes. Estas medidas devem incluir principalmente o treino de competências parentais em grupo e uma análise comportamental que assegure o suporte apropriado dos pais e do meio escolar.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. Can J Psychiatry. 2015;60(2):42-51.
- Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and

meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. Can J Psychiatry. 2015;60(2):42-51.

- A cost-effectiveness analysis of off-label atypical antipsychotic treatment in children and adolescents with ADHD who have failed stimulant therapy; Atten Defic Hyperact Disord. 2016 September; 8(3): 149–158. doi:10.1007/s12402-016-0198-1.
- Medication Safety in Mental Health by Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Junho 2017.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwiselycanada.org/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar radiografia de tórax por "rotina".

Justificação /

A realização de radiografias do tórax deve basear-se na avaliação criteriosa dos doentes através da história clínica e do exame físico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Thoracic Imaging; McComb BL, Chung JH, Crabtree TD, Heitkamp DE, Iannettoni MD, Jokerst C, Saleh AG, Shah RD, Steiner RM, Mohammed TL, Ravenel JG. ACR Appropriateness Criteria® Routine Chest Radiography. J Thorac Imaging. 2016 Mar;31(2):W13-5.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Nefrologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não substituir a mamografia de rastreio pela ecografia mamária.

Justificação /

Muitos cancros não têm tradução na ecografia. Algumas formas precoces de cancro da mama estão associadas a microcalcificações só visíveis em mamografia. Muitos dos achados suspeitos na ecografia que requerem biopsia não são cancros.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- American College of Radiology Appropriateness Criteria

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não repetir DEXA com intervalo inferior a 2 anos, por rotina, na monitorização do tratamento de osteoporose.

Justificação /

A densitometria óssea bifotónica (DEXA) é um exame de utilidade para a confirmação do diagnóstico de osteoporose, bem como, no seguimento dos efeitos da terapêutica desta entidade nosológica. Tendo em linha de conta a variação intrínseca do método, não se aconselha a repetição para comparação de resultados com intervalo inferior a 2 anos. A localização que tem o valor de variação mais baixo é a coluna lombar (~ 1%) e o fémur total (~ 3%).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- 2019 Posição da Sociedade de Densitometria Clínica. https://www.iscd.org/official-positions/2019-iscd-official-positions-adult/
- 2010 Norma 001/2010 DGS

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Medicina Nuclear da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir radiografia torácica na admissão ou no pré-operatório a pacientes sem alterações relevantes na anamnese ou no exame físico.

Justificação /

A realização por rotina de radiografias do tórax na admissão ou no pré-operatório não é recomendada em pacientes de ambulatório sem razões específicas sugeridas pela história e/ou achados do exame físico. Apenas 2 por cento dessas radiografias levam a uma mudança na orientação do doente. A obtenção de uma radiografia de tórax é razoável se houver suspeita de doença cardiopulmonar aguda ou se houver história de doença cardiopulmonar crónica estável num paciente com mais de 70 anos e que não tenha uma radiografia de tórax prévia com menos de seis meses.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Thoracic Imaging; McComb BL, Chung JH, Crabtree TD, Heitkamp DE, Iannettoni MD, Jokerst C, Saleh AG, Shah RD, Steiner RM, Mohammed TL, Ravenel JG. ACR Appropriateness Criteria® Routine Chest Radiography. J Thorac Imaging. 2016 Mar;31(2):W13-5.
- Joo HS, Wong J, Naik VN, Savoldelli GL. The value of screening preoperative chest x-rays: a systematic review. Can J Anaesth. 2005;52(6):568-574.

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-radiology-admission-preop-chest-x-rays/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar mamografias de rastreio a mulheres com expectativa de vida inferior a 5 anos.

Justificação /

A mamografia de rastreio permite identificar o cancro de mama em estágios iniciais e demonstrou benefícios na redução da mortalidade e morbilidade. O benefício da mamografia de rastreio em mulheres com expectativa de vida inferior a 5 anos é mínimo. Além disso, existe o risco de falsos positivos e procedimentos potenciais que não fornecem melhores resultados às pacientes nestas circunstâncias.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Schonberg MA, Breslau ES, McCarthy EP. Targeting of mammography screening according to life expectancy in women aged 75 and older. J Am Geriatr Soc. 2013;61: 388-395.
- Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. JAMA. 2014;311: 1336-1347.

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/asbrs-benign-breast-disease-mammography-in-asymptomatic-patients-with-less-than-5-year-life-expectancy/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem como teste inicial em pacientes com baixa ou intermédia probabilidade pré-teste para embolismo pulmonar agudo.

Justificação /

Deverá antes ser requisitado um teste de alta-sensibilidade de D-dímeros como teste inicial em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (e que não tenham um score PERC de 0) ou probabilidade pré-teste intermédia.
Os limiares (cut-offs) de D-dímeros devem ser ajustados à idade (i.e., idade x 10 ng/mL em vez dos habituais 500 ng/mL) em pacientes com > 50 anos para determinar se é necessário exame de imagem.
Um valor normal de D-dímeros no plasma (<500 ng/mL em pacientes com ≤50 anos; ou < [idade × 10] ng/mL, em pacientes com >50 anos) tem um elevadíssimo valor preditivo negativo suficiente para descartar embolismo pulmonar agudo, não sendo apropriados estudos de imagem nesses casos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Raja AS, Greenberg JO, Qaseem A, Denberg TD, Fitterman N, Schuur JD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Evaluation of Patients With Suspected Acute Pulmonary Embolism: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015 Nov 3;163(9):701-11.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não adiar o rastreio de cancro da mama para os 50; opte por iniciar aos 40 com periodicidade anual.

Justificação /

Perante os enormes avanços nas áreas do conhecimento e do tratamento do cancro da mama, a deteção precoce mantém a sua influência determinante na estratégia terapêutica e também na sobrevivência das mulheres com cancro da mama.
A incidência do cancro da mama aumenta significativamente a partir dos 40 anos de idade. Por outro lado, mais de 40% dos anos de vida perdidos por cancro de mama ocorrem em mulheres diagnosticadas na década dos 40-49 anos.
Mais vidas serão salvas iniciando o rastreio aos 40 anos com periodicidade anual, decisão partilhada com o médico assistente, ajustada aos fatores de risco individuais e familiares, e devidamente informada quanto aos benefícios e inconvenientes dos programas e métodos de rastreio.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- ACR Appropriateness Criteria Breast Cancer Screening (J Am Coll Radiol. 2016 Nov;13(11S):R45-R49. doi: 10.1016/j.jacr.2016.09.021.)

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não aconselhar suspender por rotina a amamentação nem aconselhar as lactantes a extrair e desperdiçar o leite materno previamente ou posteriormente à realização de exames radiológicos.

Justificação /

A realização de exames radiológicos durante a lactação é tão segura como a sua realização em mulheres não lactantes. Apenas no contexto muito específico da mamografia ou da tomossíntese mamária poderá ser aconselhável a extração (mas sem desperdício) ou o aleitamento imediatamente antes da realização destes exames com o intuito de melhorar a acuidade diagnóstica devido ao tecido mamário bastante denso durante a lactação. A lactação também poderá continuar normalmente quando é injetado contraste iodado ou um contraste paramagnético baseado em gadolínio.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- https://www.radiologyinfo.org/en/info/article-appropriateness-criteria#6a2a97c01cff4f5bb62d85b025bb5968 (Canal oficial do Colégio Americano de Radiologia para os doentes)
- ESUR Guidelines on Contrast Agents European Society of Urogenital Radiology 10.0 (2018).
- ACR Manual on Contrast Media 2021, ACR Committee on Drugs and Contrast Media.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Radiografias, Ecografias abdomino-pélvicas, Tomografias Computorizadas (TC) ou de Emissão de Positrões (PET) nem Cintigrafias Ósseas no estadiamento do cancro da mama precoce com baixo risco de metastização.

Justificação /

O uso de PET, TC ou cintigrafia óssea pode ser útil no estadiamento de certos cancros. No entanto, esses exames são frequentemente usados no estadiamento inicial de cancros de baixo risco, apesar da falta de evidência de uma melhor deteção de doença metastática ou melhor sobrevida nesses casos.
No cancro de mama, por exemplo, há falta de evidência que demonstre um benefício no uso de PET, TC ou cintigrafia óssea em indivíduos assintomáticos com carcinoma ductal in situ (CDIS) recém-identificado ou doença em estádio clínico I ou II.
O uso inapropriado destes exames pode levar a riscos por exposição desnecessária à radiação, diagnósticos incorretos, procedimentos invasivos desnecessários, excesso de tratamento ou complicações relacionadas com o tratamento.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, et al: Invasive breast cancer. J Natl Compr Canc Netw 9:136–222, 2011

Recomendação original disponível em:
https://old-prod.asco.org/news-initiatives/current-initiatives/cancer-care-initiatives/value-cancer-care/choosing-wisely

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Radiografias, Ecografias abdomino-pélvicas, Tomografias Computorizadas (TC) ou de Emissão de Positrões (PET) nem Cintigrafias Ósseas em indivíduos assintomáticos em seguimento de cancro da mama que foram tratados com intenção curativa.

Justificação /

No cancro de mama tratado com intenção curativa, vários estudos mostraram que não há benefício destes exames imagiológicos por rotina em doentes assintomáticos.
O uso inapropriado destes exames pode levar a riscos por exposição desnecessária à radiação, diagnósticos incorretos, procedimentos invasivos desnecessários, excesso de tratamento ou complicações relacionadas com o tratamento.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, et al: Breast cancer. J Natl Compr Canc Netw 7:122–192, 2009.
- Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, et al: American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guideline in the adjuvant setting. J Clin Oncol 24: 5091–5097, 2006.

Recomendação original disponível em:

CW EUA: https://old-prod.asco.org/news-initiatives/current-initiatives/cancer-care-initiatives/value-cancer-care/choosing-wisely
CW Itália: https://choosingwiselyitaly.org/en/raccomandazione-prof/dont-perform-laboratory-tests-including-biochemical-profile-imaging-chest-x-rays-liverand-pelvic-ultrasound-pet-ct-and-radionuclide-bone-scans-or-serum-cancer-markers-for-asymptomati/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Radiografias do tornozelo em situação de pequeno traumatismo.

Justificação /

A melhor evidência atual para determinação se as radiografias são necessárias neste contexto são as Ottawa Ankle Rules, já validadas para adultos e crianças >5 anos de idade.
Radiografias do tornozelo apenas estão indicadas em adultos ou crianças com mais de 5 anos, se houver dor na região maleolar, talar ou calcaneana, dor local à palpação talar, calcaneana ou no bordo posterior ou na ponta do maléolo (lateral ou medial) e incapacidade para a carga ou marcha (por 4 passadas) imediatamente após o traumatismo ou depois na avaliação médica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Musculoskeletal Imaging, Smith SE, Chang EY, Ha AS, Bartolotta RJ, Bucknor M, Chandra T, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Trauma to the Ankle. J Am Coll Radiol. 2020 Nov;17(11S):S355-S366. PMID: 33153549.
- Dowling S, Spooner CH, Liang Y, et al. Accuracy of Ottawa Ankle Rules to exclude fractures of the ankle and midfoot in children: a metaanalysis. Acad Emerg Med 2009;16:277-87.

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/recommendation/radiology/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem em pacientes do sexo masculino, de qualquer idade, com sintomas de ginecomastia e exame físico compatível com ginecomastia ou pseudoginecomastia.

Justificação /

A maioria dos homens com sintomas mamários pode ser diagnosticada com base em achados clínicos, sem exames de imagem. A ginecomastia é a causa mais comum de massa palpável, aumento mamário ou dor, sendo bilateral em aproximadamente metade dos pacientes.
A ginecomastia ocorre fisiologicamente em recém-nascidos, adolescentes e com o envelhecimento, mas pode ocorrer em qualquer idade como efeito secundário de muitos medicamentos e drogas recreativas, como resultado de alterações hormonais ou no cenário de doença hepática crónica.
Ao exame físico, a ginecomastia apresenta-se geralmente como massa móvel tipo borracha ou firme, diretamente debaixo do mamilo.
O cancro da mama masculino raramente é bilateral e apresenta-se geralmente como uma massa dura e indolor, que pode ser subareolar ou, ao contrário da ginecomastia, excêntrica ao mamilo. Sinais secundários de malignidade, como retração cutânea ou mamilar, corrimento mamilar ou adenopatias axilares podem estar presentes (até 47% dos homens têm envolvimento gânglionar no momento do diagnóstico do cancro da mama; corrimento mamilar é suspeito para cancro, estando presente em 23% a 57% dos homens que apresentam este sintoma).
Embora a ginecomastia possa estar presente em qualquer idade, os cancros de mama geralmente ocorrem em homens mais velhos (média de idade de 63 anos; apenas 6% em homens <40 anos e 1% em homens <30 anos).
Na rara situação de dúvida relevante entre ginecomastia vs. pseudoginecomastia, que implique mudança de terapêutica, e se não houver anterior exame de imagem (p.e. TC torácica) que esclareça, pode estar indicada avaliação imagiológica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Breast Imaging: Niell BL, Lourenco AP, Moy L, Baron P, Didwania AD, diFlorio-Alexander RM, et al. ACR Appropriateness Criteria® Evaluation of the Symptomatic Male Breast. J Am Coll Radiol. 2018 Nov;15(11S):S313-S320.
- Kanakis GA, Nordkap L, Bang AK, Calogero AE, Bártfai G, Corona G, et al. EAA clinical practice guidelines-gynecomastia evaluation and management. Andrology. 2019 Nov;7(6):778-793.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar por rotina ecografias para avaliar hérnias inguinais clinicamente evidentes no adulto.

Justificação /

O diagnóstico da maioria das hérnias inguinais pode ser feito com base na anamnese e no exame físico. Ecografias de rotina acrescentam pouco valor ao diagnóstico e tratamento de hérnias inguinais clinicamente evidentes e podem resultar em atraso no tratamento. Essas investigações, portanto, não devem ser realizadas quando houver um defeito da parede abdominal claramente palpável e devem ser limitadas ao uso na avaliação de hérnias inguinais ocultas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Robinson A, Light D, Kasim A, Nice C. A systematic review and meta-analysis of the role of radiology in the diagnosis of occult inguinal hernia. Surg Endosc. 2013;27:11–18. PMID: 22733195.
- Marcil G, Schendel J, Tong R, Mitchell P, Church N, Reso A, et al. The role of routine groin ultrasonography in the management of inguinal hernia. Can J Surg. 2022 Sep 14;65(5):E614-E618.

Recomendação original disponível em:

https://choosingwiselycanada.org/recommendation/general-surgery/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem em mulheres com dor mamária clinicamente insignificante [i.e. não focal (maior do que um quadrante), difusa ou cíclica] sem outros achados clínicos suspeitos.

Justificação /

A dor mamária é muito comum em mulheres e geralmente não é um sinal de cancro da mama. Existem dois tipos diferentes de dor mamária. A dor que não é suspeita é chamada de "dor clinicamente insignificante". A dor que pode ser eventualmente um sinal de cancro da mama é chamada de dor "clinicamente significativa".

Dor mamária clinicamente insignificante é o tipo mais comum. Esse tipo de dor ocorre em mais de uma parte ou quadrante da mama, ou em ambas as mamas (ou seja, é difusa ou não focalizada). A dor pode ir e vir, e pode piorar antes que a mulher tenha o seu período menstrual (ou seja, ser uma dor cíclica). Exames de imagem não são recomendados para este tipo de dor.

Dor clinicamente significativa ocorre em uma parte focal da mama e não vai e vem (ou seja, não é uma dor cíclica). A maioria das dores clinicamente significativas ainda assim não são causadas por cancro, mas exames de imagem poderão ser recomendados.

Para mulheres com menos de 30 anos com dor mamária clinicamente significativa, a ecografia mamária geralmente é apropriada como exame de imagem inicial. Para mulheres com 30 anos ou mais com dor mamária clinicamente significativa, mamografia, tomossíntese e ecografia mamária geralmente são apropriadas como exames de imagem iniciais. Se as mulheres tiverem dor e outros sintomas, como nódulo ou corrimento mamilar, devem consultar o seu médico, pois exames de imagem deverão ser recomendados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Koweek RS, Vincoff NS. Patient-Friendly Summary of the ACR Appropriateness Criteria: Breast Pain. J Am Coll Radiol. 2022 Oct;19(10):e39.
- Expert Panel on Breast Imaging: Jokich PM, Bailey L, D'Orsi C, Green ED, Holbrook AI, Lee SJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain. J Am Coll Radiol. 2017 May;14(5S):S25-S33.
- Kushwaha AC, Shin K, Kalambo M, Legha R, Gerlach KE, Kapoor MM, Yang WT. Overutilization of Health Care Resources for Breast Pain. AJR Am J Roentgenol. 2018 Jul;211(1):217-223.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar AngioTC torácica para confirmar ou melhor documentar um embolismo pulmonar agudo, num doente com uma atual trombose venosa profunda aguda, uma vez que a terapêutica anticoagulante seja semelhante.

Justificação /

A comprovação de uma trombose venosa profunda (TVP) por Eco-Doppler pode ser suficiente para se inferir um embolismo pulmonar (EP) no doente com clínica congruente, podendo uma radiografia torácica ser considerada apropriada para se excluir a possibilidade, ainda que baixa, de um outro diagnóstico no doente com TVP aguda e queixas torácicas/pleuríticas suspeitas (como pe. pneumotórax ou derrame).
Os critérios de gravidade do EP tais como PESI ou Hestia não englobam aspetos imagiológicos. Na necessidade de averiguar a função ventricular direita, deverá em primeira, mais rápida e inócua instância ser considerada a análise ecocardiográfica e/ou de biomarcadores (BNP/NT-proBNP, troponinas) em detrimento de AngioTC com radiação ionizante e contraste iodado endovenoso.
O uso de AngioTC torácica no intuito de confirmar ou melhor documentar um EP agudo pode por vezes ser contraproducente, uma vez que a descrição imagiológica dos êmbolos ou da presença de enfartes pulmonares pode soar a alarmante para o clínico prescritor e influenciar negativamente o desfecho com decisão de internamento hospitalar em vez de dar alta com terapêutica para ambulatório num doente de baixo risco.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Raja AS, Greenberg JO, Qaseem A, Denberg TD, Fitterman N, Schuur JD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Evaluation of Patients With Suspected Acute Pulmonary Embolism: Best Practice Advice From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2015 Nov 3;163(9):701-11.
- Konstantinides SV, Meyer G, Becattini C, Bueno H, Geersing GJ, Harjola VP, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020 Jan 21;41(4):543-603.

- Expert Panels on Cardiac and Thoracic Imaging; Kirsch J, Brown RKJ, Henry TS, Javidan-Nejad C, Jokerst C, Julsrud PR, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Chest Pain-Suspected Pulmonary Embolism. J Am Coll Radiol. 2017 May;14(5S):S2-S12.
- O'Hare C, Grace KA, Schaeffer WJ, Hyder SN, Stover M, Liles AL, et al. Adverse Clinical Outcomes Among Patients With Acute Low-risk Pulmonary Embolism and Concerning Computed Tomography Imaging Findings. JAMA Netw Open. 2023 May 1;6(5):e2311455.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar tomografias computorizadas torácicas como abordagem imagiológica inicial na doença respiratória aguda em doentes imunocompetentes.

Justificação /

Uma radiografia do tórax é considerada o exame mais apropriado na abordagem inicial do doente imunocompetente com doença respiratória aguda, definida como um ou mais dos seguintes sintomas: tosse, expectoração, toracalgia ou dispneia (com ou sem febre), habitualmente num contexto não traumático e/ou de suspeita de infeção respiratória.[1,2]

A tomografia computorizada, como segunda linha, pode estar indicada quando a radiografia inicial se revela inconclusiva, negativa ou equívoca (p. ex. por artefactos, limitação técnica ou anatomia bastante alterada) e há forte incongruência clínica-imagiológica persistindo uma alta suspeição.[1,2]

Um recente ensaio clínico randomizado, multicêntrico e pragmático,[3] volta a reforçar as atuais diretrizes[1,2] que indicam a radiografia torácica como primeira linha na abordagem do doente com doença pulmonar aguda não traumática em regime de urgência, ao ter comparado doentes que fizeram unicamente ou radiografias torácicas ou tomografias computorizadas na abordagem inicial da urgência, e não demonstrado diferenças significativas nos desfechos: saúde funcional a curto prazo (28 dias), taxas de admissão hospitalar, tempo de estadia hospitalar e taxas de mortalidade. Maiores taxas de incidentalomas, maior tempo de aquisição e leitura das imagens (e custos) podem assim ser desvantagens da tomografia computorizada num atarefado serviço de urgência.[3]

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Thoracic Imaging:; Jokerst C, Chung JH, Ackman JB, Carter B, Colletti PM, Crabtree TD, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Respiratory Illness in Immunocompetent Patients. J Am Coll Radiol. 2018 Nov;15(11S):S240-S251.
- Lockhart R, Vincoff NS. Patient-Friendly Summary of the ACR Appropriateness Criteria: Acute Respiratory Illness in Immunocompetent Patients. J Am Coll Radiol. 2021 Oct;18(10):e21.

- van den Berk IAH, Kanglie MMNP, van Engelen TSR, Altenburg J, Annema JT, Beenen LFM, et al; OPTIMACT study group. Ultra-low-dose CT versus chest X-ray for patients suspected of pulmonary disease at the emergency department: a multicentre randomised clinical trial. Thorax. 2023 May;78(5):515-522.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem na criança imunocompetente com suspeita de pneumonia adquirida na comunidade não complicada.

Justificação /

Os exames de imagem desempenham um papel limitado na pneumonia não complicada e são principalmente reservados para o diagnóstico de pneumonia em apresentações mais graves, incluindo dificuldade respiratória significativa, hipoxemia, suspeita de complicações (tais como derrame/empiema, pneumonia necrotizante, abcesso pulmonar, fístula broncopleural ou pneumotórax) ou falência da antibioterapia que determinem hospitalização.
As radiografias de tórax não discriminam bem entre infeção bacteriana, vírica ou bronquiolite, e em casos leves, não oferecem informações que possam afetar o tratamento.
Estima-se que 133 crianças com bronquiolite típica teriam de fazer radiografia para identificar uma radiografia sugestiva de um diagnóstico alternativo.
Radiografias de tórax por rotina não são assim recomendadas para a confirmação da suspeita de pneumonia adquirida na comunidade em crianças bem o suficiente para serem tratadas em ambulatório.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Sherwin S. Chan,Manish K. Kotecha,Cynthia K et al. ACR Appropriateness Criteria® Pneumonia in the Immunocompetent Child. J Am Coll Radiol 2020;17(5S):S215-S225. doi: 10.1016/j.jacr.2020.01.033.
- Andronikou, S, Lambert E, Halton, J et al. Guidelines for the use of chest radiographs in community-acquired pneumonia in children and adolescents. Pediatr Radiol. 2017 Oct;47(11):1405-1411. doi: 10.1007/s00247-017-3944-4.
- Poutanen R, Virta T, Heikkilä P et al. National Current Care Guidelines for paediatric lower respiratory tract infections reduced the use of chest radiographs but local variations were observed. Acta Paediatr. 2021 May;110(5):1594-1600. doi: 10.1111/apa.15692.

Recomendação original disponível em:

CW Itália: https://choosingwiselyitaly.org/en/raccomandazione-prof/do-not-prescrive-chest-x-ray-for-diagnosis-and-follow-up-of-uncomplicatedpneumonia-in-children/

CW Nova Zelândia: https://www.hqsc.govt.nz/resources/choosing-wisely/recommendations-and-resources/for-clinicians/paediatrics-and-child-health/

CW Austrália: https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/racp2

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar ecografia mamária como complemento do rastreio mamográfico de cancro da mama, em mulheres sem mamas densas e que não apresentem risco alto.

Justificação /

A suplementação ecográfica é considerada apropriada em mulheres com mamas densas, qualquer que seja o grau de risco.
Em mulheres sem mamas densas, mas de risco basal (<15%) ou intermédio (15-20%) não se recomenda atualmente que complementem o normal rastreio mamográfico com ecografia mamária.
A suplementação ecográfica em mulheres sem mamas densas na mamografia de rastreio relatada como normal (BI-RADS 1 ou 2) poderá ter algum benefício apenas se estas se enquadrarem como de risco alto para cancro da mama (i.e. risco ao longo da vida >20%).
Para cálculo do risco, o Gail Model e o Tyrer-Cuzick Risk Model são as ferramentas mais frequentemente usadas e estão disponíveis *online*.
Considera-se como mamas não densas, aquelas relatadas na mamografia como tendo composição mamária "quase inteiramente adiposa" ou "com densidades fibroglandulares dispersas" (vulgo antigos tipo A e B).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Breast Imaging; Weinstein SP, Slanetz PJ, Lewin AA, Battaglia T, Chagpar AB, Dayaratna S, et al. ACR Appropri ateness Criteria® Supplemental Breast Cancer Screening Based on Breast Density. J Am Coll Radiol. 2021.
- Feldman L, Babagbemi K. Patient-Friendly Summary of the ACR Appropriateness Criteria: Supplemental Breast Cancer Screening Based on Breast Density. J Am Coll Radiol. 2022 May;19(5):e29.
- X Consenso Nacional de Cancro da Mama. Sociedade Portuguesa de Senologia. 2022.
- https://www.mdcalc.com/calc/3647/gail-model-breast-cancer-risk

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar por rotina radiografias de seguimento nas fraturas do rádio distal e do tornozelo, para além das 2 semanas.

Justificação /

Dois recentes estudos randomizados, multicêntricos, com desenho de não-inferioridade e nível I de evidência, indicam que:

- Omitir a radiografia de rotina após as 2 semanas iniciais de seguimento em pacientes com fratura do rádio distal não afeta o desfecho ou o risco de complicações.
- De igual modo, a redução de radiografias rotineiras após o seguimento inicial de 14 dias numa fratura do tornozelo não tem efeitos negativos mensuráveis no resultado funcional, na dor e nas taxas de complicações durante o primeiro ano de seguimento.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- van Gerven P, El Moumni M, Zuidema WP, et al. Omitting Routine Radiography of Traumatic Distal Radial Fractures After Initial 2-Week Follow-up Does Not Affect Outcomes. J Bone Joint Surg Am. 2019 Aug 7;101(15):1342-1350.
- van Gerven P, Krijnen P, Zuidema WP, et al; WARRIOR Trial Study Group. Omitting Routine Radiography of Traumatic Ankle Fractures After Initial 2-Week Follow-up Does Not Affect Outcomes: The WARRIOR Trial: A Multicenter Randomized Controlled Trial. J Bone Joint Surg Am. 2020 Sep 16;102(18):1588-1599.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar por rotina radiografias após imobilização gessada.

Justificação /

Radiografias pós-imobilização de fraturas não deslocadas ou minimamente deslocadas que não sofrem manipulação antes ou durante a imobilização estão associadas a maior tempo de estadia na Urgência, exposição adicional a radiação ionizante e aumento dos custos com exames complementares, sem fornecer informações úteis adicionais. Embora certas circunstâncias exijam exames de imagem adicionais, a realização por rotina de radiografias pós-imobilização de fraturas não deslocadas ou minimamente deslocadas deve ser desencorajada.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Chaudhry S, DelSole EM, Egol KA. Post-splinting radiographs of minimally displaced fractures: good medicine or medicolegal protection? J Bone Joint Surg Am. 2012 Sep 5;94(17):e128.
- Kjelle E, Andersen ER, Krokeide AM, Soril LJJ, van Bodegom-Vos L, Clement FM, Hofmann BM. Characterizing and quantifying low-value diagnostic imaging internationally: a scoping review. BMC Med Imaging. 2022 Apr 21;22(1):73.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem na suspeita de pielonefrite aguda não complicada.

Justificação /

Na maioria dos pacientes, uma pielonefrite aguda (PNA) não complicada é diagnosticada clínica e analiticamente, respondendo habitualmente ao tratamento com antibióticos apropriados. No entanto, alguns pacientes correm alto risco de desenvolver complicações, tais como aqueles com: história prévia de PNA, falta de resposta à antibioterapia para PNA ou cistite, diabetes, alterações congénitas/anatómicas do sistema urinário (p.e. refluxo vesico-ureteral), infeção nosocomial, urolitíase ou obstrução renal, cirurgia renal prévia, idade avançada, gravidez, transplante renal ou imunosupressão/imunocompromisso. Nestes pacientes com alto risco para complicações é considerado apropriado o uso de imagem (p. ex. ecografia ou tomografia computorizada) para auxílio diagnóstico, nomeadamente deteção precoce de (micro)abcessos ou pionefrose que poderão necessitar de tratamento diferenciado/intervenção cirúrgica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Urological Imaging; Smith AD, Nikolaidis P, Khatri G, Chong ST, De Leon AD, Ganeshan D, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Pyelonephritis: 2022 Update. J Am Coll Radiol. 2022 Nov;19(11S):S224-S239.
- Liang E, Kamaya A. Patient-Friendly Summary of the ACR Appropriateness Criteria®: Acute Pyelonephritis: 2022 Update. J Am Coll Radiol. 2023 May;20(5):e11.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Tomografias Computorizadas no estadiamento do cancro da próstata de baixo risco.

Justificação /

A evidência mais atual não aconselha o uso desta modalidade de imagem para estadiamento de cancro da próstata recém-diagnosticado com baixo risco de metástases à distância, com base em características clinico-patológicas (estadio clínico T1/T2a, antígeno prostático específico (PSA) <10 ng/ml, pontuação de Gleason menor ou igual a 6).
O uso inapropriado de tomografias computorizadas pode ser contraproducente dada a exposição desnecessária à radiação ionizante, diagnósticos incorretos, procedimentos invasivos desnecessários, tratamento excessivo, ansiedade e custos desnecessários para os pacientes e complicações relacionadas com o tratamento.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Urological Imaging; Akin O, Woo S, Oto A, Allen BC, Avery R, Barker SJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Pretreatment Detection, Surveillance, and Staging of Prostate Cancer: 2022 Update. J Am Coll Radiol. 2023 May;20(5S):S187-S210.

Recomendação original disponível em:

American Society of Clinical Oncology: https://society.asco.org/news-initiatives/current-initiatives/cancer-care-initiatives/value-cancercare/choosing-wisely

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar adicional tomografia computorizada torácica, abdominal ou pélvica para estadiamento de cancro do pulmão uma vez que haja uma TC índex recente, elegibilidade para PET-TC, e ambas sejam conjuntamente conclusivas.

Justificação /

A tomografia computorizada (TC) de abdómen e pélvis com contraste pode ser usada como uma modalidade de imagem alternativa para avaliar metástases extratorácicas em pacientes com cancro de pulmão se a PET-TC não for realizada ou na eventualidade de persistirem dúvidas após esta.
A PET-TC permite nova avaliação ou medição anatómica nas imagens de TC (não-integradas/fundidas) do exame para o descritor T, no caso de eventual necessidade de reavaliação por demora entre a TC torácica índex/de biópsia e a PET-TC de estadiamento de corpo inteiro.
A PET-TC tem mais acuidade para estadiamento nos descritores N e M do que a FDG-PET independente ou a TC sozinha. A sensibilidade, especificidade e valor preditivo negativo da FDG-PET para metástases ósseas é >90%, sendo assim superior à cintigrafia óssea.
A FDG-PET tem sensibilidade de 94% e especificidade de 82% para caracterização de nódulos suprarrenais e é superior à TC sozinha.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Thoracic Imaging: de Groot PM, Chung JH, Ackman JB, Berry MF, Carter BW, Colletti PM, Hobbs SB, McComb BL, Movsas B, Tong BC, Walker CM, Yom SS, Kanne JP. ACR Appropriateness Criteria® Noninvasive Clinical Staging of Primary Lung Cancer. J Am Coll Radiol. 2019 May;16(5S):S184-S195.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Eco-Doppler como avaliação de primeira linha na doença arterial periférica de membros inferiores em pacientes assintomáticos ou com claudicação leve.

Justificação /

A determinação clínica do Índice Tornozelo-Braço (ITB) é a avaliação de primeira linha para diagnóstico de doença arterial periférica. O ITB é uma medição acessível ao clínico que observa o doente, sendo expectável que este tenha acesso a um esfigmomanómetro ou um medidor automático oscilométrico. A medição do ITB com medidor automático oscilométrico é já há algum tempo reconhecido como um método fácil e fiável. Uma revisão Cochrane de 2016 revelou uma sensibilidade e especificidade de 97% e 89% (respetivamente) para o método automático oscilométrico, e uma sensibilidade e especificidade de 95% e 56%(respetivamente) para a determinação do ITB por Eco-Doppler.
O Eco-Doppler é frequentemente solicitado para parestesias com pulsos distais palpáveis. No entanto a medição do ITB é adequada para diagnosticar doença arterial e iniciar o tratamento. Se os sintomas forem graves o paciente pode ser encaminhado ao cirurgião vascular. Seguir esta recomendação eliminaria pelo menos 25% de todos os EcoDopplers realizados.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Society for Vascular Surgery Lower Extremity Guidelines Writing Group: Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, Geraghty PJ, McKinsey JF, et al. Society for Vascular Surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication. J Vasc Surg 2015; 61(3 Suppl): 2S-41S.
- Beckman JA, Higgins CO, Gerhard-Herman M. Automated oscillometric determination of the ankle-brachial index provides accuracy necessary for office practice. Hypertension. 2006 Jan;47(1):35-8.
- Crawford F, Welch K, Andras A, Chappell FM. Ankle brachial index for the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Sep 14;9(9):CD010680.

Recomendação original disponível em:

Collegio Italiano dei Primari Ospedalieri di Chirurgia Vascolare – CW Italia:
https://choosingwiselyitaly.org/en/raccomandazione-prof/do-not-request-a-duplex-scan-as-a-first-level-test-for-lower-limbarterial-disease-in-patients-that-are-asymptomatic-or-with-mild-claudication-measure-instead-the-ankle-brachial-index-abi/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Eco-Doppler na supeita de trombose venosa profunda a menos que a pontuação de Wells seja ≥3, OU se inferior a 3, a análise de alta sensibilidade dos D-dímeros seja considerada positiva.

Justificação /

Uma pontuação (score) de Wells inferior a 3 pode excluir trombose venosa profunda (TVP) se o resultado dos D-dímeros de alta sensibilidade for considerado negativo, dispensando a necessidade de Eco-Doppler, dado o elevado valor preditivo negativo da combinação de pontuação <3 e D-dímeros negativos. A pontuação de Wells foi extensamente validada externamente desde a primeira publicação, tanto em pacientes de ambulatório como pacientes internados sem anticoagulação.
Na pontuação de Wells, o item "Diagnóstico alternativo pelo menos tão provável quanto TVP", que confere -2 pontos no somatório total, deve ser considerado nas situações de presença de tromboprofilaxia por pelo menos 72 horas antes da suspeita de TVP, prévia terapêutica anticoagulante de longo prazo, ou diagnóstico atual de celulite, erisipela ou insuficiência cardíaca congestiva.
Os limiares (cut-offs) dos D-dímeros devem ser ajustados à idade em pacientes com mais de 50 anos de idade, sendo que nesses pacientes com pontuação de Wells baixa (-2 a 0 pontos) o limiar para descartar TVP pode ser aumentado para idade × 25 µg/L, e em pacientes de risco intermédio (1 a 2 pontos) esse limiar pode ser aumentado para idade × 10 µg/L (em vez dos tradicionais <500 µg/L para a análise ser considerada negativa).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, Goodacre S, Wells PS, Stevenson MD, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012 Feb;141(2 Suppl):e351S-e418S.
- Trihan JE, Adam M, Jidal S, Aichoun I, Coudray S, Laurent J, et al. Performance of the Wells score in predicting deep vein thrombosis in medical and surgical hospitalized patients with or without thromboprophylaxis: The R-WITT study. Vasc Med. 2021 Jun;26(3):288-296.

- Gunderson CG, Chang JJ. Risk of deep vein thrombosis in patients with cellulitis and erysipelas: a systematic review and meta-analysis. Thromb Res. 2013 Sep;132(3):336-40.
- Gómez-Jabalera E, Bellmunt Montoya S, Fuentes-Camps E, Escudero Rodríguez JR. Age-adjusted D-dimer for the diagnosis of deep vein thrombosis. Phlebology. 2018 Aug;33(7):458-463.

Recomendação original disponível em:

CW Australia: https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/ranzcr2

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Eco-Doppler dos vasos do pescoço por rotina no estudo do AVC caso haja uma AngioTC recente, suficiente e conclusiva.

Justificação /

Em muitos cenários clínicos relacionados com AVC isquémico agudo, a avaliação por imagem do parênquima e da vasculatura intra e extra-craniana são vulgarmente usados, particularmente nas apresentações clínicas agudas.

Embora sensível e específico na deteção de doença vascular extracraniana, o Eco-Doppler dos vasos do pescoço não fornece as informações necessárias para determinar a elegibilidade para terapêutica aguda (endovenosa ou intra-arterial). Este exame será adequado para a avaliação do grau de estenose carotídea ou vertebral, e poderá ser relevante para determinar a elegibilidade para procedimentos de revascularização (endarterectomia ou angioplastia e colocação de stent).

Existindo intenção de tratamento (atendendo sempre às comorbilidades do doente e restantes aspectos clínicos) e caso a informação não tenha sido obtida em outros exames de imagem vascular como a AngioTC ou ainda se persistirem dúvidas relevantes após os mesmos, estará recomendada a realização de Eco-Doppler dos vasos do pescoço.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Neurological Imaging; Pannell JS, Corey AS, Shih RY, Austin MJ, Chu S, Davis MA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Cerebrovascular Diseases-Stroke and Stroke-Related Conditions. J Am Coll Radiol. 2024 Jun;21(6S):S21-S64.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Colégio da Especialidade de Neurorradiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar estudos de imagem na investigação do hipotiroidismo primário.

Justificação /

O hipotiroidismo primário é uma situação de défice de hormona tiroideia devido a uma glândula hipoativa, podendo apresentar sintomas tais como ganho de peso, intolerância ao frio, obstipação, fraqueza e fadiga, ou ser diagnosticado apenas como uma alteração laboratorial. O tratamento consiste na reposição hormonal da tiroide. A etiologia mais comum no mundo desenvolvido (onde o fornecimento de iodo na dieta é adequado) é a tiroidite de Hashimoto, também conhecida como tiroidite linfocítica crónica. Outras etiologias incluem tiroidectomia, terapêutica com iodo radioativo, irradiação externa do pescoço, deficiência ou excesso de iodo, e efeitos secundários de medicação.

Não há valor acrescentado para exames de imagem na investigação de hipotiroidismo primário em adultos. Os exames de imagem da tiroide não ajudam a diferenciar as causas do hipotiroidismo, sendo que todas as causas de hipotiroidismo apresentarão diminuição da captação de iodo radioativo

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Expert Panel on Neurological Imaging:; Hoang JK, Oldan JD, Mandel SJ, Policeni B, Agarwal V, Burns J, et al. ACR Appropriateness Criteria® Thyroid Disease. J Am Coll Radiol. 2019 May;16(5S):S300-S314.
- Rose S, Ojiaku M. Patient-Friendly Summary of the ACR Appropriateness Criteria: Thyroid Disease. J Am Coll Radiol. 2020 May;17(5):e19.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Subespecialidade de Radiologia da Cabeça e Pescoço da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não realizar exames de imagem ginecológicos em mulheres assintomáticas por rotina ou rastreio endometrial.

Justificação /

Mulheres em terapêutica hormonal de substituição em formulação combinada contínua sem sangramento não necessitam de exames de imagem ginecológicos por rotina.
Mulheres assintomáticas a tomar tamoxifeno não devem fazer exames de imagem ginecológicos por rotina ou de rastreio endometrial.
Os cancros endometriais que ocorrem em mulheres tratadas com tamoxifeno são muito semelhantes aos cancros que ocorrem na população em geral, no que diz respeito ao estádio, grau e histologia. As ecografias de rotina nestas mulheres são caracterizadas por uma alta taxa de falsos positivos, causando ansiedade e intervenções desnecessárias.
Não há estudos publicados avaliando o efeito das modalidades de rastreio do cancro endometrial na mortalidade entre mulheres que tomam tamoxifeno para tratamento ou prevenção do cancro de mama.
No caso específico do Síndroma de Lynch ou Cancro Colo-Retal Hereditário Não Polipótico, que confere risco muito alto de cancro do endométrio, poderá estar indicado oferecer a possibilidade de histerectomia profilática ou rastreio por ecografia com biópsia a partir dos 35 anos de idade.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Endometrial Cancer Screening (PDQ®)–Health Professional Version; U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute, USA.gov, https://www.cancer.gov/types/uterine/hp/endometrial-screening-pdq (acedido em 4 de dezembro de 2024)
- Wolfman W, Bougie O, Chen I, Tang Y, Goldstein S, Bouteaud J. Guideline No. 451: Asymptomatic Endometrial Thickening in Postmenopausal Women. J Obstet Gynaecol Can. 2024 Jul;46(7):102591. DOI: 10.1016/j.jogc.2024.102591
- American Cancer Society. https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/detection.html (acedido em 4 de dezembro de 2024)

- Fung MK, Reid A, Faught W, et al. Prospective longitudinal study of ultrasound screening for endometrial abnormalities in women with breast cancer receiving tamoxifen. Gynecologic Oncology, Volume 91, Issue 1, 154 – 159

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem urgentes na pielonefrite aguda típica em idade pediátrica.

Justificação /

A realização indiscriminada de ecografias renais urgentes em todas as pielonefrites agudas pediátricas pode ser contraproducente ao revelar uma dilatação piélica regular e habitual neste contexto produzida pela endotoxina da E. coli e ser confundida com hidronefrose estrutural ou obstrução. Na fase aguda, apenas está indicada a ecografia urgente se a pielonefrite for recorrente no bebé com <6 meses de idade ou de caráter atípico em qualquer idade (p.e.: falência da antibioterapia após 48h; baixo débito urinário ou creatinina aumentada; massa abdominal ou vesical; infeção com bactéria não-E. coli; sinais de gravidade de doença séptica tais como gemido, fontanela abaulada ou turgor cutâneo reduzido).
Nos casos isolados (não-recorrentes) de pielonefrite aguda típica pediátrica que respondem bem à antibioterapia, não está também indicada avaliação imagiológica rotineira programada (não-urgente) ou após a alta, à exceção apenas de bebés com <6 meses de idade, que deverão sim ser avaliados por ecografia mas apenas dentro de 6 semanas após essa pielonefrite aguda típica, para permitir que a possível dilatação pélvica renal infecciosa (por endotoxina da E. coli) se resolva totalmente, e mais confiantemente se descarte ou confirme uma verdadeira hidronefrose.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- National Institute for Clinical Excellence (2022) Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. www.nice.org.uk/guidance/ng224
- American Academy of Pediatrics (2011) Steering committee on quality improvement, subcommittee on urinary tract infection: urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics 128:595–610
- National Institute for Clinical Excellence (2021) Fever in under 5s: assessment and initial management. www.nice.org.uk/guidance/ng143 Radiology

- Pinto, D., Dias, S.C. (2019). Value-Based Radiology in Pediatric Imaging. In: Silva, C., von Stackelberg, O., Kauczor, HU. (eds) Value-based Medical Radiology. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/174_2019_214

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha optar por ecografia na investigação imagiológica de primeira linha na apendicite e na diverticulite agudas não complicadas.

Justificação /

Na experiência e prática europeia a modalidade de ecografia é geralmente usada como primeira linha na investigação imagiológica da apendicite ou diverticulite agudas não complicadas, sendo ainda atualmente preconizada por atuais diretrizes pan-europeias [1], em contraponto com a realidade norte-americana menos utilizadora de ecografia.

Na mão experiente do radiologista não há diferença estatisticamente significativa na acuidade da ecografia comparativamente com a tomografia computadorizada (TC) no diagnóstico de diverticulite aguda [2,3], sendo a TC mais indicada para caracterizar complicações (p.e. abcessos ou coleções fluidas impondo terapêutica diferente) ou identificar outras doenças. Faz assim sentido usar a TC como método de segunda linha em casos onde a ecografia se revelou inconclusiva ou negativa ou persiste uma alta suspeição clínica para etiologia grave ou merecedora de investigação imagiológica adicional.

Neste sentido e de igual forma, as mais recentes diretrizes Jerusalém da WSES recomendam o uso de uma combinação de parâmetros clínicos (pontuações de Alvarado/AIR/AAS) e ecografia para melhorar a sensibilidade e especificidade diagnósticas e reduzir a necessidade de TC no diagnóstico de apendicite aguda [4].

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- [1] Dirks K, Calabrese E, Dietrich CF, Gilja OH, Hausken T, Higginson A, et al. EFSUMB Position Paper: Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound (GIUS) in Acute Appendicitis and Diverticulitis. Ultraschall Med. 2019 Apr;40(2):163-175.
- [2] Laméris W, van Randen A, Bipat S, Bossuyt PM, Boermeester MA, Stoker J. Graded compression ultrasonography and computed tomography in acute colonic diverticulitis: meta-analysis of test accuracy. Eur Radiol. 2008 Nov;18(11):2498-511.
- [3] Bachar GN, Atar E, Dahan M, Neiman H, Gurvitz T, Nidal I, Gabrieli S. Ultrasound as a First-Line Modality for Acute Colonic Diverticulitis: A Prospective Comparison with CT. J Clin Med. 2025 Apr 7;14(7):2510.

- [4] Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A,, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020 Apr 15;15(1):27.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar Ressonância Magnética do joelho por rotina uma vez que as radiografias em carga do joelho demonstrem gonartrose e os sintomas forem sugestivos do mesmo.

Justificação /

O diagnóstico de gonartrose pode ser feito eficazmente com base na anamnese, no exame físico e na radiografia simples nas incidências posteroanterior em carga, lateral e horizontal (skyline). A solicitação rotineira e indiscriminada de exames de Ressonância Magnética (RM) aumenta o tempo de espera dos doentes, pode causar ansiedade desnecessária durante a espera pela consulta com um especialista e pode atrasar a obtenção de RM para os doentes adequados e que efetivamente dela necessitem, uma vez que uma RM rotineira e indiscriminada raramente fornece informações úteis para orientar o diagnóstico ou o tratamento nestas situações.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Menashe L, et al. The diagnostic performance of MRI in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Osteoarthritis Cartilage. 2012 Jan;20(1):13-21. PMID: 22044841.
- Sakellariou G, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in the clinical management of peripheral joint osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2017 Sept;76(9):1484-1494. PMID: 28389554.
- Zhang W, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2010 Mar;69(3):483-9. PMID: 19762

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/recommendation/orthopaedics/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não requisitar exames de imagem urgentes na omalgia não complicada sem traumatismo.

Justificação /

Os exames de imagem urgentes não são recomendados para doentes com omalgia não traumática, sem suspeita de complicação grave tal como artrite séptica ou osteomielite. Um tratamento sintomático inicial é a abordagem habitual nas situações mais frequentes e vulgares de diversas etiologias tais como tendinopatia, capsulite, nevralgia/plexite, etc, podendo e devendo a investigação imagiológica ulterior, para destrinçar estas etiologias, ser efetuada em regime programado fora dum atarefado serviço de urgência. A radiografia simples é o exame imagiológico de primeira linha tanto na omalgia traumática como na omalgia não-traumática (incluindo no caso de artrite séptica ou osteomielite).

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cuff A, et al. Guidelines for the use of diagnostic imaging in musculoskeletal pain conditions affecting the lower back, knee and shoulder: A scoping review. Musculoskeletal Care. 2020 Dec;18(4):546-554. PMID: 32755058

Recomendação original disponível em:
https://choosingwiselycanada.org/recommendation/orthopaedics/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radiologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever rotineiramente Radioterapia de Intensidade Modulada (IMRT) na abordagem do cancro de mama como parte integrante do tratamento conservador.

Justificação /

Ensaios clínicos demonstraram a diminuição da toxicidade cutânea com o recurso a técnicas de radioterapia conformacional 3D (3DRT) relativamente a técnicas 2D. Nestes estudos, o termo IMRT foi aplicado a técnicas que seriam mais corretamente classificáveis como 3DRT. Embora a técnica de IMRT possa ter benefícios em casos selecionados (nos quais a anatomia é pouco convencional), não foi demonstrado que a sua aplicação rotineira ofereça benefício significativo relativamente às outras técnicas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Barnett GC, Wilkinson JS, Moody AM, Wilson CB, Twyman N, Wishart GC, Burnet NG, Coles CE. Randomized controlled trial of forwardplanned intensity modulated radiotherapy for early breast cancer: interim results at 2 years. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Feb 1;82(2):715–23.
- Donovan E, Bleakley N, Denholm E, Evans P, Gothard L, Hanson J, Peckitt C, Reise S, Ross G, Sharp G, Symonds-Tayler R, Tait D, Yarnold J; Breast Technology Group. Randomised trial of standard 2-D radiotherapy (RT) versus intensity modulated radiotherapy (IMRT) in patients prescribed breast radiotherapy. Radiother Oncol. 2007 Mar;82(3):254–64.
- Pignol JP, Olivotto I, Rakovitch E, Gardner S, Sixel K, Beckham W, Vu TT, Truong P, Ackerman I, Paszat L. A multicenter randomized trial of breast intensity-modulated radiation therapy to reduce acute radiation dermatitis. J Clin Oncol. 2008 May 1;26(13): 2085–92.
- Smith B, Pan I, Shih Y, Smith GL, Harris JR, Punglia R, Pierce LJ, Jagsi R, Hayman JA, Giordano SH, Buchholz TA. Adoption of intensitymodulated radiation therapy for breast cancer in the United States. J Natl Cancer Inst. 2011 May 18;103(10):798–809.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-intensity-modulated-radiotherapy/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não propor tratamentos de radioterapia, como parte integrante da terapêutica conservadora de doentes (de idade igual ou superior a 50 anos) com carcinoma invasivo da mama em estádios iniciais, sem equacionar esquemas de hipofracionamento.

Justificação /

A radioterapia adjuvante da mama diminui o risco de recidiva local e melhora a sobrevivência de mulheres com carcinoma da mama invasivo e proposta de terapêutica conservadora. A maioria dos estudos recorreu a esquemas de fracionamento convencionais com duração de tratamentos entre 5 a 6 semanas, frequentemente seguidos por 1 a 2 semanas de sobreimpressão. No entanto, estudos recentes demonstraram equivalência no controlo tumoral e bons resultados cosméticos com esquemas mais curtos (aproximadamente 4 semanas). Os médicos radioncologistas e os seus doentes deverão rever estas opções para determinar o esquema de tratamento mais apropriado.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, Clarke M, Cutter D, Davies C, Ewertz M, Godwin J, Gray R, Pierce L, Whelan T, Wang Y, Peto R. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: metaanalysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. Lancet. 2011 Nov 12;378(9804):1707–16.
- • Haviland JS, Owen JR, Dewar JA, Agrawal RK, Barrett J, Barrett-Lee PJ, Dobbs HJ, Hopwood P, Lawton PA, Magee BJ, Mills J, Simmons S, Sydenham MA, Venables K, Bliss JM, Yarnold JR; START Trialists' Group.The UK Standardisation of Breast Radiotherapy (START) trials of radiotherapy hypofractionation for treatment of early breast cancer: 10-year follow-up results of two randomised controlled trials. Lancet Oncol. 2013 Oct;14(11):1086-94.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-whole-breast-radiotherapy/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar tratamentos em doentes com carcinoma da próstata de baixo risco sem equacionar vigilância ativa.

Justificação /

Doentes com diagnóstico de carcinoma da próstata apresentam várias opções terapêuticas, que incluem cirurgia, a radioterapia, assim como monitorização conservadora sem tratamento. Uma decisão partilhada entre médico e doente pode conduzir a um melhor alinhamento dos objetivos, expectativas do doente e a cuidados mais eficientes. A *American Society for Radiation Oncology* (ASTRO) publicou guias de orientação, com objetivo de ajudar os doentes na tomada de decisão, relativamente ao carcinoma da próstata, e outros tipos de cancro. Estes instrumentos poderão proporcionar confiança nas decisões dos doentes, melhorando a colaboração aos tratamentos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Dahabreh IJ, Chung M, Balk EM, Yu WW, Mathew P, Lau J, Ip S. Active surveillance in men with localized prostate cancer: a systematic review. Ann Intern Med. 2012 Apr 17;156(8):582–90.
- Wilt TJ, Brawer MK, Jones KM, Barry MJ, Aronson WJ, Fox S, Gingrich JR, Wei JT, Gilhooly P, Grob BM, Nsouli I, Iyer P, Cartagena R, Snider G, Roehrborn C, Sharifi R, Blank W, Pandya P, Andriole GL, Culkin D, Wheeler T; Prostate Cancer Intervention versus Observation Trial (PIVOT) Study Group. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. N Engl J Med. 2012 Jul 19;367(3):203–13.
- Zhang L, Lam A, Nam R, Mamedov A, Loblaw A. Clinical results of long-term follow-up of a large, active surveillance cohort with localized prostate cancer. J Clin Oncol. 2010 Jan 1;28(1):126–31.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-management-of-low-risk-prostate-cancer/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não iniciar radioterapia de intenção não curativa sem definir primariamente os objetivos do tratamento com o doente.

Justificação /

A determinação bem definida dos objetivos da terapêutica instituída melhora a qualidade de vida dos doentes e melhora o entendimento destes e dos respetivos cuidadores. Os cuidados paliativos podem ser administrados concomitantemente com terapêuticas anti-neoplásicas. A intervenção paliativa precoce pode melhorar os resultados obtidos, incluindo a sobrevivência.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. JAMA. 2009;302:741–9.
- Higginson IJ, Evans CJ. What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? Cancer J. 2010;16:423–35.
- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363:733–42.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-non-curative-radiation-therapy/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever rotineiramente radioterapia holocraniana adicionalmente à radiocirurgia em doentes com número limitado de metástases cerebrais.

Justificação /

Na abordagem de doentes com metástases cerebrais de tumores sólidos e com bom *performance status*, a análise primária de estudos randomizados demonstraram que não existe benefício na sobrevivência, ao adicionar radioterapia holocraniana à radiocirurgia estereotática. O acrescento da radioterapia holocraniana está associada à diminuição da função cognitiva e agravamento de queixas de fadiga e da qualidade de vida. Estes resultados são consistentes com o agravamento da função cognitiva reportada pelo doente e diminuição da destreza verbal observada em estudos randomizados de radioterapia holocraniana profilática em doentes com carcinoma de pequenas células ou não-pequenas células do pulmão.
Doentes tratados com radiocirurgia de metástases cerebrais podem desenvolver metastização em todo parênquima cerebral. A vigilância ativa e recurso judicioso ao tratamento *salvage* no momento de recidiva, permitirá aos doentes mais apropriados de viver com melhor qualidade de vida sem alteração da sobrevivência. Os doentes deverão discutir estas opções com o seu médico radioncologista.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Soffietti R, Kocher M, Abacioqlu UM, Villa S, Fauchon F, Baumert BG, Fariselli L, Tzuk-Shina T, Kortmann, RD, Carrie C, Ben Hassel M, Kouri M, Valeinis E, van den Berge D, Mueller RP, Tridello G, Collette L, Bottomley A. A European organisation for research and treatment of cancer phase III trial of adjuvant whole-brain radiotherapy versus observation in patients with one to three brain metastases from solid tumors after surgical resection or radiosurgery: quality-of-life results. J Clin Oncol. 2013 Jan 1;31(1):65–72.
- Chang EL, Wefel JS, Hess KR, Allen PK, Lang FF, Kornguth DG, Arbuckle RB, Swint JM, Shiu AS, Maor MH, Meyers CA. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: a randomized controlled trial. Lancet. 2009 Nov;10(11):1036–44.

- Aoyama H, Shirato H, Tago M, Nakagawa K, Toyoda T, Hatano K, Kenjyo M, Oya N, Hirota S, Shioura H, Kunieda E, Inomata T, Hayakawa K, Katoh N, Kobashi G. Stereotectic radiosurgery plus whole-brain radiation therapy vs stereotactic radiosurgery alone for treatment of brain metastases: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Dec 7;295(21):2483–91.
- Brown PD, Jaeckle K, Ballman KV, Farace E, Cerhan JH, Anderson SK, Carrero XW, Barker FG 2nd, Deming R, Burri SH, Menard C, Chung C, Stieber VW, Pollock BE, Galanis E, Buckner JC, Asher AL. Effect of Radiosurgery Alone vs Radiosurgery With Whole Brain Radiation Therapy on Cognitive Function in Patients With 1 to 3 Brain Metastases: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2016 Jul 26;316(4):401-409.

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-adjuvant-whole-brain-radiation-therapy/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não propor rotineiramente radioterapia adjuvante em doentes com carcinoma de não-pequenas células do pulmão que tenham sido submetidos a excisão cirúrgica com margens livres de doença e metastização linfática limitada (N0-N1).

Justificação /

Doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células em estádio inicial apresentam várias opções terapêuticas após cirurgia. Estas incluem observação, quimioterapia e radioterapia. Duas meta-análises sobre radioterapia em carcinomas de não-pequenas células do pulmão com N0 ou N1 sugerem aumento de efeitos secundários sem benefício para a sobrevivência livre de doença ou sobrevivência global comparativamente à vigilância. Doentes com margens positivas após cirurgia poderão beneficiar de radioterapia adjuvante para melhoria do controlo local independentemente do status da doença ganglionar.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Perry MC. A phase III study of surgical resection and paclitaxel/carboplatin chemotherapy with or without adjuvant radiation therapy for resected stage III non-small-cell lung cancer: cancer and leukemia group B 9734. Clin Lung Cancer. 2007 Jan; 8(4):268–72.
- Trodella L. Adjuvant radiotherapy in non-small cell lung cancer with pathological stage I: definitive results of a phase III randomized trial. Radiother Oncol. 2002;62(1):11–9.
- Keller SM. A randomized trial of postoperative adjuvant therapy in patients with completely resected stage II or IIIa non-small-cell lung cancer. Eastern Cooperative Oncology Group. N Engl J Med. 2000;343:1217–22.
- Feng QF. A study of postoperative radiotherapy in patients with non-small-cell lung cancer: a randomized trial. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2000 Jul 1;47(4)925–9.

Recomendação original disponível em:
http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-society-radiation-oncology-radiation-therapy-for-non-small-cell-lung-cancer/

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever mais do que uma fracção de radioterapia para paliação de metástases ósseas dolorosas não complicadas.

Justificação /

Estudos randomizados determinaram que uma fracção única de 8 Gy no tratamento de metástases não complicadas vertebrais ou de osso periférico proporciona analgesia e morbilidade comparáveis a regimes multifraccionados (5 ou 10 fracções). Embora associado a uma maior incidência de retratamento a longo prazo (20% vs 8% para regimes multifraccionados), a diminuição de transtorno para o doente geralmente suplanta as questões quanto à efetividade a longo prazo nos doentes com esperança de vida limitada.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Fairchild A, et al. International patterns of practice in palliative radiotherapy for painful bone metastases: evidence-based practice? Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009 Dec 1.
- Lutz S, et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Mar 15.
- Popovic M, et al. Review of international patterns of practice for the treatment of painful bone metastases with palliative radiotherapy from 1993 to 2013. Radiother Oncol. 2014 Apr.
- Zimmermann C, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2014 May 17.

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Society_for_Radiation_Oncology

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não substituir rotineiramente braquiterapia por radioterapia externa no plano terapêutico das doentes com neoplasias malignas ginecológicas.

Justificação /

A substituição da braquiterapia por radioterapia externa (3D, IMRT ou SBRT) apenas se justifica quando a braquiterapia está contraindicada por razões clínicas. Os resultados com uso de braquiterapia têm sido consistentemente associados a melhores índices de sobrevivência quando comparado com IMRT ou SBRT como *boost*. Actualmente, SBRT ou IMRT não podem ser considerados equivalentes à braquiterapia.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Gill BS, Lin JF, Krivak TC, et al. National Cancer Data Base analysis of radiation therapy consolidation modality for cervical cancer: the impact of new technological advancements. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2014.
- Karlsson J, Dreifaldt AC, Mordhorst LB, Sorbe B. Differences in outcome for cervical cancer patients treated with or without brachytherapy. Brachytherapy. 2017.
- Yanez L, Ciudad AM, Mehta MP, Marsiglia H. What is the evidence for the clinical value of SBRT in cancer of the cervix? Rep Pract Oncol Radiother. 2018 Nov-Dec.
- Chino J, Annunziata CM, Beriwal S, Bradfield L, Erickson BA, Fields EC, Fitch J, Harkenrider MM, Holschneider CH, Kamrava M, Leung E, Lin LL, Mayadev JS, Morcos M, Nwachukwu C, Petereit D, Viswanathan AN. The ASTRO clinical practice guidelines in cervical cancer: Optimizing radiation therapy for improved outcomes. Gynecol Oncol. 2020 Dec.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não propor radioterapia adjuvante para cancro do endométrio de baixo risco (segundo a classificação molecular desconhecida).

Justificação /

Doentes com diagnóstico de carcinoma endometrióide bem (G1) ou moderadamente (G2) diferenciado, de estadio IA, e sem outros fatores de mau prognóstico como invasão linfovascular têm baixo risco de recidiva após cirurgia adequada. Meta-análises de estudos que avaliaram radioterapia adjuvante em doentes com cancro do endométrio de baixo risco demonstraram um aumento de efeitos secundários sem benefício na sobrevivência global quando comparado com cirurgia isolada.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Diavolitsis V, Rademaker A, Lurain J, Hoekstra A, Strauss J, Small W Jr. Clinical outcomes in international federation of gynecology and obstetrics stage IA endometrial cancer with myometrial invasion treated with or without postoperative vaginal brachytherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012Oct 1.
- Johnson N, Cornes P. Survival and recurrent disease after postoperative radiotherapy for early endometrial cancer: systematic review and meta-analysis. BJOG. 2007 Nov.
- Kong A, Johnson N, Kitchener HC, Lawrie TA. Adjuvant radiotherapy for stage I endometrial cancer: an updated Cochrane systematic review and meta-analysis. J Natl Cancer Inst. 2012 Nov 7.
- Klopp A, Smith BD, Alektiar K, Cabrera A, Damato AL, et al. The role of postoperative radiation therapy for endometrial cancer: executive summary of an American Society for Radiation Oncology evidence-based guideline. Pract Radiat Oncol. 2014 May-Jun.

Recomendação original disponível em:
https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Society_for_Radiation_Oncology

Uma recomendação de:
Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não propor radioterapia de protões no tratamento do cancro da próstata fora de um ensaio de investigação.

Justificação /

Não existe evidência clara de que o uso de feixes de protões no tratamento do cancro da próstata constitua uma vantagem clínica relativamente a outras técnicas de radioterapia. São necessários estudos clínicos de forma a determinar eventual benefício desta terapêutica.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Mohler JL, Armstrong AJ, Bahnson RR, Boston B, Busby JE, D'Amico A, Eastham JA, Enke CA, George D, Horwitz EM, Huben RP, Kantoff P, Kawachi M, Kuettel M, Lange PH, Macvicar G, Plimack ER, Pow-Sang JM, Roach M 3rd, Rohren E, Roth BJ, Shrieve DC, Smith MR, Srinivas S, Twardowski P, Walsh PC. NCCN clinical practice guidelines in oncology: prostate cancer. J Natl Compr Canc Netw. 2010 Feb.
- Sheets NC, Goldin GH, Meyer AM, Wu Y, Chang Y, Stürmer T, Holmes JA, Reeve BB, Godley PA, Carpenter WR, Chen RC. Intensitymodulated radiation therapy, proton therapy, or conformal radiation therapy and morbidity and disease control in localized prostate cancer. JAMA. 2012 Apr 18.
- Yu JB, Soulos PR, Herrin J, Cramer LD, Potosky AL, Roberts KB, Gross CP. Proton versus intensity-modulated radiotherapy for prostate cancer: patterns of care and early toxicity. J Natl Cancer Inst. 2013 Jan 2.
- Coen JJ, Zietman AL, Rossi CJ, Grocela JA, Efstathiou JA, Yan Y, Shipley WU. Comparison of high-dose proton radiotherapy and brachytherapy in localized prostate cancer: a case-matched analysis. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2012 Jan 1.

Recomendação original disponível em:

https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/#parentSociety=American_Society_for_Radiation_Oncology

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Radioncologia da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir anticorpos antinucleares (ANA) se não existirem manifestações clínicas sugestivas de doença imunomediada.

Justificação /

Num doente com uma probabilidade pré-teste baixa de ter uma doença associada aos ANA, resultados positivos podem ser enganadores e induzir à solicitação de mais testes desnecessários, contribuindo para diagnósticos errados e intervenções terapêuticas inadequadas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Yazdany J et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013; 65:329-39.
- Kavanaugh AJ et al. Arch Pathol Lab Med. 2010; 124:71-81.
- Tozzoli R et al. Am J Clin Pathol. 2002; 117:316-24.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Patologia Clínica da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Na ausência de positividade para anticorpos antinucleares (ANA), escolha não pedir serologias de ANA específicos (também conhecido como perfil ANA, em que se inclui anti DNA, Sm, SSA, SSB, RNP, Scl70, centrómero).

Justificação /

As exceções são o anti SSA, que pode surgir isoladamente positivo em alguns doentes com lúpus eritematoso sistémico ou síndrome de Sjögren e o anti Jo1, que pode surgir isoladamente positivo em algumas formas de miosite.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Yazdany J et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013; 65:329-39.
- Kavanaugh AJ et al. Arch Pathol Lab Med. 2010; 124:71-81.
- Tozzoli R et al. Am J Clin Pathol. 2002; 117:316-24.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Estomatologia da Ordem dos Médicos
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir a determinação do HLAB27 na ausência de manifestações clínicas de espondilartrite, nem repita o pedido caso a determinação inicial tenha sido negativa.

Justificação /

O pedido do HLAB27 é um marcador genético de risco para a ocorrência de espondilartrite, mas não é útil como teste diagnóstico em doentes com lombalgia sem manifestações clínicas ou imagiologia sugestivas de espondilartrite.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rodrigues A et al. Acta Reumatol Port. 2018; 43:10-31.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir osteodensitometrias com intervalos inferiores a 2 anos.

Justificação /

A osteodensitometria deve ser solicitada de acordo com as Recomendações Portuguesas para a prevenção, diagnóstico e tratamento da osteoporose (atualização de 2018, Acta Reumatol Port. 2018; 43;10-31). O intervalo ótimo entre 2 determinações de densidade mineral óssea não está definido, mas se for feito em menos de 2 anos as mudanças detetadas podem estar dentro da margem de erro do aparelho.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Rudwaleit M et al. Ann Rheum Dis. 2009; 68;777-83.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não pedir uma cintigrafia de corpo inteiro para o diagnóstico de uma possível poliartrite ou espondilartrite.

Justificação /

A cintigrafia tem reduzida especificidade para o diagnóstico de uma poliartrite ou espondilartrite. O diagnóstico destas situações deve ser feito com base nas manifestações clínicas e em alguns exames complementares de diagnóstico, solicitados de acordo com estas manifestações.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Picano E, Matucci-Cerinic M. Rheumatology (Oxford). 2011; 50:1537-9.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Reumatologia da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não tomar antibióticos na maioria das infeções respiratórias superiores ("constipações e resfriados"), exceto se prescritos pelo/a médico/a.

Justificação /

Os antibióticos atuam contra bactérias e não contra vírus. A maioria das infeções respiratórias superiores não complicadas ("constipações e resfriados") que dão tosse, corrimento nasal, rouquidão, dor de garganta e febre são provocadas por vírus. O uso de antibióticos pode causar alguns efeitos secundários como náuseas, vómitos, diarreia e reações alérgicas. Alguns destes efeitos secundários podem acontecer pelo desequilíbrio entre as bactérias causadoras de doença (patogénicas) e as bactérias necessárias ao nosso organismo (comensais).
O uso excessivo de antibióticos, em especial quando não são necessários, pode levar ao aparecimento de bactérias resistentes aos antibióticos. Estas bactérias levam ao aparecimento de infeções graves, difíceis de tratar e que muitas vezes levam à morte.
Em algumas infeções respiratórias pode ser necessário tomar antibiótico. Nesses casos deve sempre procurar aconselhamento médico. Alguns sinais que podem indicar vir a precisar de tomar antibiótico são:

- febre com dor facial que pode ser acompanhada de muco espesso por 3 ou mais dias seguidos;
- febre, tosse, dificuldade a respirar e dor no peito ao respirar;
- febre, dor de garganta, com dificuldade ao engolir e aumento das amígdalas;
- agravamento dos sintomas.

Se o médico lhe prescrever um antibiótico, deve tomá-lo de acordo com as indicações médicas até completar o tratamento. Tal fará com que recupere mais rapidamente e reduzirá o risco de aparecimento de bactérias resistentes aos antibióticos.
Avise o seu médico se surgir alguma intolerância ou efeito secundário após iniciar a toma do antibiótico.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, Pankey GA, Seleznick M, Volturo G, Wald ER, File TM Jr. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012;54(8):e72-112.
- Zoorod R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg C. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. Am Fam Physician. 2012;86(9):817-22.
- Antibiotic Prescribin and Use in Doctor´s Offices [internet]. Atlanta: The Centers for Disease Control and Prevention [actualizado a 3 outubro de 2017; consultado em 2 de setembro de 2018]. Disponível em: https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/for-hcp/outpatienthcp/adult-treatment-rec.html

Recomendação original disponível em:

http://www.choosingwisely.org/patient-resources/colds-flu-and-other-respiratory-illnesses-in-adults/

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não adiar a vacinação em situações de doença aguda ligeira, com ou sem febre, ou de convalescença de doença aguda.

Justificação /

As doenças agudas ligeiras, como infeções respiratórias das vias áreas superiores não complicadas são falsas contraindicações para a toma de vacinas.
Adiar a vacinação, neste contexto, pode constituir uma oportunidade perdida de vacinação.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Direção Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional de Vacinação 2017. DGS, 2017.

Uma recomendação de:

Colégio da Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos

Recomendação subscrita por:

Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha evitar contenções mecânicas para controlar os sintomas comportamentais de pessoas mais velhas hospitalizadas com delirium.

Justificação /

A incidência de delirium em pessoas mais velhas hospitalizadas é elevada e está associada a desfechos desfavoráveis, como o aumento do tempo de internamento, o declínio cognitivo pós-alta e o aumento da mortalidade. A utilização de contenções mecânicas aumenta o risco de persistência e gravidade do delirium, lesões associadas à agitação, e é também considerado um possível fator desencadeante do próprio delirium.

O uso de contenções mecânicas em pessoas mais velhas hospitalizadas com delirium deve ser evitado, exceto como último recurso, devendo ser descontinuadas o mais rapidamente possível, especialmente considerando as medidas não farmacológicas eficazes disponíveis. As contenções podem causar lesões graves ou morte, agravar a agitação e o delirium, além de complicações como úlceras de pressão, pneumonia por aspiração e lesões relacionadas com a imobilização. Em pessoas mais velhas, as contenções podem limitar o acesso a alimentos e água, aumentar a agitação e contribuir para outros problemas de saúde.

Entre as medidas não farmacológicas para prevenir e tratar o delirium destaca-se o ajuste do ambiente, como descontinuar e/ou esconder dispositivos médicos de monitorização ou vias intravenosas desnecessárias, manter a higiene e modificar o ambiente para promover a orientação e ciclos de sono-vigília eficazes. A abordagem do delirium inclui a observação contínua, a identificação e gestão dos problemas que causem desconforto ao doente, a observação do comportamento para identificar necessidades e a evicção de perguntas de memória de curto prazo para reduzir a agitação. Deve-se tentar a reorientação uma vez e, se não for eficaz, não insistir. Além disso, é essencial a gestão adequada da dor, correção da hipoxia, prevenção da aspiração e a gestão de problemas concomitantes, como obstipação e retenção urinária, estimulando também o contato frequente com familiares e as interações com os profissionais de saúde.

Devem ser adotadas medidas menos restritivas conforme as políticas institucionais quando a agitação coloca em risco o doente ou a equipa. As intervenções farmacológicas só devem ser

utilizadas após avaliação cuidadosa, principalmente se o doente representar risco para si mesmo ou para outros.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Abraham J, Hirt J, Richter C, Köpke S, Meyer G, Möhler R. Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints of older people in general hospital settings. Cochrane Database Syst Rev. 2022;8:CD012476. doi: 10.1002/14651858.CD012476.pub2.
- Sharifi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Mohammadi-Shahbolaghi F. The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review. Syst Rev. 2021 May 1;10(1):129. doi: 10.1186/s13643-021-01676-8.
- Flaherty JH, Little MO. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. J Am Geriatr Soc. 2011 Nov;59 Suppl 2:S295-300. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03678.x.
- Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006 Mar 16;354(11):1157-65. doi: 10.1056/NEJMra052321. Erratum in: N Engl J Med. 2006 Apr 13;354(15):1655.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não recomendar sondas de alimentação por via artificial para doentes com demência avançada; opte por oferecer alimentação assistida por via oral.

Justificação /

A demência é uma síndrome neurológica progressiva e incurável, onde se verifica atrofia de regiões cerebrais envolvidas na regulação do apetite e do comportamento alimentar, inflamação cerebral e alterações patológicas do sistema olfativo. Esses fatores contribuem para a anorexia, perda de noção da necessidade de alimentação, dificuldade em reconhecer e selecionar alimentos, além da incapacidade de cozinhar, usar talheres ou mastigar eficazmente. Com a progressão da doença, pode observar-se recusa alimentar, disfagia e perda de peso.

A evolução da demência apresenta diferentes fases, e há um grande desconhecimento entre profissionais de saúde e cuidadores sobre a melhor abordagem alimentar na demência avançada. Estudos indicam que compreender o prognóstico e as complicações deste problema reduz a realização de intervenções de benefício questionável, como a terapêutica endovenosa, as hospitalizações e a colocação de sondas de alimentação percutâneas.

A literatura científica não recomenda o uso de alimentação por sonda (nasogástrica, nasojejunal, gastrostomia percutânea ou jejunostomia percutânea) em doentes com demência avançada, pois essa prática está associada a maior risco de infeção, agitação, maior utilização de contenções mecânicas e farmacológicas, desenvolvimento e agravamento de úlceras de pressão, aspiração pulmonar e desconforto. A decisão da utilização deste tipo de alimentação deve ser multidisciplinar e envolvendo os cuidadores e deve ser reavaliada sempre que necessário.

Estudos mostram que a alimentação assistida por via oral apresenta resultados equivalentes ou superiores à alimentação por sonda nos desfechos de mortalidade, incidência de pneumonia por aspiração, estado funcional e conforto do doente. Além disso, a alimentação oral preserva a interação social, respeita a dignidade da pessoa e reduz a necessidade de intervenções médicas invasivas que não oferecem benefícios clínicos comprovados.

A alimentação de conforto deve ser encarada como a abordagem padrão nesses casos, com alimentos adaptados à capacidade do doente, sem restrições alimentares desnecessárias, priorizando o prazer da alimentação e a qualidade de vida. O uso de suplementos nutricionais orais pode ser considerado para complementar a dieta caso necessário.

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Pessoa A, Almeida P, Marinho R, Duque S, F. Amaral T, Pinho J, Santos M, Freire E, Mendes L, Santos L, Marinho A, Gorjão Clara J, Araújo Correia J. Alimentação na Demência Avançada: Documento de Consenso da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e da Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica. RPMI [Internet]. 8 de Dezembro de 2021 [citado 8 de Fevereiro de 2025];27(1):80-8. Disponível em: https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/193.
- Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, Gozalo PL, Rhodes RL, Lima JC, Mor V. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. J Am Geriatr Soc. 2011 May;59(5):881-6. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03385.x.
- Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, Lee TJ, Ersek M, Garrett J, Jackman A, Gilliam R, Wessell K, Mitchell SL. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2011 Nov;59(11):2009-16. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03629.x.
- Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. J Am Geriatr Soc. 2010 Mar;58(3):580-4. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não prescrever um medicamento sem realizar revisão terapêutica nos doentes mais velhos.

Justificação /

A prevalência de polimedicação em pessoas mais velhas tem vindo a aumentar em países com um nível de rendimento elevado por habitante. Doentes mais velhos usam desproporcionalmente mais medicamentos prescritos e não prescritos do que outras populações, o que aumenta o risco de efeitos colaterais, reações adversas e admissões hospitalares.

A polimedicação está associada a uma ampla gama de desfechos negativos de saúde, incluindo baixa adesão terapêutica, maior risco de declínio cognitivo e funcional, maior risco de quedas e aumento do risco de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados.

A revisão periódica do esquema terapêutico, especialmente antes de iniciar um novo medicamento, é uma ferramenta essencial para identificar medicamentos de alto risco, interações medicamentosas, medicamentos desnecessários ou continuados além de sua indicação e regimes de administração e doses inadequados. Antes de introduzir qualquer nova terapêutica, é fundamental avaliar criticamente os sintomas do doente para evitar cascatas terapêuticas, nas quais os efeitos adversos de um medicamento são incorretamente interpretados como uma nova situação clínica, levando à prescrição de mais fármacos desnecessários. A desprescrição oferece uma oportunidade para parar medicamentos desnecessários, otimizar doses e reduzir a carga medicamentosa.

A revisão periódica de medicamentos faz parte de uma estratégia de assistência otimizada ao doente mais velho, garantindo uma prescrição de qualidade e melhorando a qualidade de vida em pessoas mais velhas polimedicadas.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4.
- O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G, van der Velde N, Petrovic M, Curtin D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. Eur Geriatr Med. 2023 Aug;14(4):625-632. doi: 10.1007/s41999-023-00777-y. Epub 2023 May 31. Erratum in: Eur Geriatr Med. 2023 Jun 16.
- Wastesson JW, Morin L, Tan ECK, Johnell K. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. Expert Opin Drug Saf. 2018 Dec;17(12):1185-1196. doi: 10.1080/14740338.2018.1546841. Epub 2018 Dec 12.
- Fried TR, O'Leary J, Towle V, Goldstein MK, Trentalange M, Martin DK. Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2014 Dec;62(12):2261-72. doi: 10.1111/jgs.13153.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não continuar inibidores da colinesterase ou memantina para tratamento da demência sem reavaliações periódicas dos benefícios percebidos (cognitivos, funcionais, comportamentais) e dos efeitos adversos, e considere a sua descontinuação se os riscos superarem os benefícios.

Justificação /

Os inibidores da colinesterase e a memantina são medicamentos frequentemente prescritos para várias síndromes demenciais. No entanto, em alguns casos, esses medicamentos não conferem benefícios significativos e podem apresentar efeitos adversos importantes que limitam seu uso. A relação risco-benefício pode alterar-se com o uso prolongado, tornando essencial reavaliar regularmente a sua indicação, os efeitos adversos e a necessidade de desprescrição.

Antes de iniciar o tratamento com inibidores da colinesterase, é essencial uma discussão entre médicos, cuidadores e doentes sobre os objetivos cognitivos, funcionais e comportamentais do tratamento.

Estudos randomizados controlados sugerem que alguns doentes com Doença de Alzheimer leve a moderada e moderada a severa podem ter benefícios modestos, como o atraso do declínio cognitivo e funcional e a redução de sintomas neuropsiquiátricos. No entanto, o impacto dos inibidores da colinesterase na institucionalização, qualidade de vida e sobrecarga do cuidador ainda não está bem estabelecido. Não há evidência de que os inibidores da colinesterase ou a memantina tenham ação neuroprotetora ou alterem a trajetória clínica da demência. Embora alguns ensaios clínicos sugiram melhorias nos testes cognitivos e nos sintomas comportamentais, não está claro se essas alterações são clinicamente significativas. Os efeitos colaterais, como manifestações gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia), anorexia, perda de peso, distúrbios do sono e problemas potencialmente graves devido à diminuição do tónus vagal (hipotensão, bradicardia ou síncope), podem limitar o seu uso contínuo ou a progressão para doses cientificamente testadas.

A equipa clínica, doentes e cuidadores devem discutir os objetivos do tratamento e a probabilidade de efeitos adversos antes de iniciar ou manter esses medicamentos. O planeamento de cuidados, a educação sobre a doença, a inclusão de dieta, exercício físico e abordagens não farmacológicas para sintomas comportamentais são componentes cruciais do

plano de tratamento. Se os efeitos desejados, incluindo a estabilização cognitiva, não forem observados dentro de 12 semanas, os inibidores da colinesterase ou a memantina devem ser descontinuados.

A discussão sobre riscos e benefícios, bem como a possibilidade de desprescrição, deve ser considerada para doentes que iniciaram a medicação sem uma indicação apropriada, aqueles cujos riscos ou efeitos adversos superam os benefícios, ou doentes cuja demência progrediu a ponto de não haver benefício apreciável na preservação da função cognitiva ou funcional.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Reeve E, Farrell B, Thomson W, Herrman N, Sketris I, Magin PJ, Chenoweth L, Gorman M, Quirke L, Bethune G, Hilmer SN. Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary. Med. J.Aust. 2019 Feb 16; 210: 174-179. PMID: 30771226.
- Buckley JS, Salpeter SR. A risk-benefit assessment of dementia medications: systematic review of the evidence. Drugs Aging 2015; 32: 453– 467. PMID:25941104
- Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD005593.
- Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomized clinical trials.BMJ. 2005 Aug 6;331(7512):321–7.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar benzodiazepinas ou outros sedativos-hipnóticos em pessoas mais velhas como primeira opção para insónia, agitação ou *delirium*.

Justificação /

O uso de benzodiazepinas está associado a diversos efeitos adversos em pessoas mais velhas, como quedas e fraturas, aumentando o risco de hospitalização e morte. Estudos indicam que o risco de acidentes de trânsito, quedas e fraturas da anca pode duplicar em pessoas mais velhas que utilizam esses medicamentos.

Os doentes mais velhos, os seus cuidadores e os profissionais de saúde devem estar informados sobre estes riscos potenciais ao considerarem estratégias de tratamento para insónia, agitação ou *delirium*. Esses fármacos devem ser prescritos com precaução e seu uso deve ser rigorosamente monitorizado. As pessoas mais velhas que utilizam benzodiazepinas podem apresentar comprometimento cognitivo, sonolência, fadiga, cefaleias, pesadelos, alterações gastrointestinais e agravamento dos sintomas depressivos.

As medidas não farmacológicas são benéficas e devem ser a primeira escolha para o tratamento da insónia. Estas intervenções incluem a terapia cognitivo-comportamental, as intervenções comportamentais breves e os protocolos de redução gradual de benzodiazepinas, que demonstram benefícios na descontinuação de sedativos-hipnóticos e na melhoria do sono.

O uso desses fármacos deve ser reservado para sintomas de abstinência alcoólica/*delirium tremens* ou transtorno de ansiedade generalizada grave que não responde a outros tratamentos. A prescrição ou descontinuação de sedativos-hipnóticos no hospital pode ter um impacto substancial no uso prolongado desses medicamentos.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023 Jul;71(7):2052-2081. doi: 10.1111/jgs.18372. Epub 2023 May 4.
- Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, Holbrook A, Boyd C, Swenson R, Ma A, Farrell B. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018 May;64(5):339-351.
- McMillan JM, Aitken E, Holroyd-Leduc JM. Management of insomnia and long-term use of sedative-hypnotic drugs in older patients. CMAJ. 2013 Nov 19;185(17):1499-505. doi: 10.1503/cmaj.130025. Epub 2013 Sep 23.
- Sithamparanathan K, Sadera A, Leung L. Adverse effects of benzodiazepine use in elderly people: A meta-analysis. Asian J Gerontol Geriatr 2012; 7:107–11.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos

Recomendação /

Escolha não usar antipsicóticos como primeira opção para tratar sintomas comportamentais e psicológicos de pessoas mais velhas com demência.

Justificação /

Os sintomas comportamentais e psicológicos estão entre os problemas mais desafiantes do tratamento da demência, impactando significativamente os doentes, os cuidadores e os profissionais de saúde. Sintomas como agitação, agressividade, depressão, ansiedade e apatia são comuns e podem surgir em qualquer fase da doença. A gestão eficaz destes sintomas requer uma compreensão completa das suas causas subjacentes e uma abordagem cuidadosa e individualizada.

As intervenções não farmacológicas são a abordagem inicial mais eficaz para gerir sintomas comportamentais e psicológicos na demência. A identificação e a gestão de fatores desencadeantes como dor, fome, sobre-estimulação e alterações ambientais são essenciais.

Os antipsicóticos podem ser utilizados em pessoas com demência que apresentam sintomas graves, como agitação intensa, alucinações ou delírio, quando não respondem a estratégias não farmacológicas e representam um risco para si próprias ou para os outros. No entanto, há fortes evidências de que estes medicamentos são frequentemente prescritos em excesso, têm benefícios limitados e podem causar efeitos adversos graves, como acidentes vasculares cerebrais ou morte prematura. Além disso, o seu uso pode comprometer o cuidado centrado na pessoa, reduzindo a autonomia e agravando o declínio cognitivo. Estes medicamentos nunca devem ser utilizados como solução para a falta de recursos adequados nos cuidados.

A identificação e abordagem das causas da alteração de comportamento pode tornar a prescrição destes fármacos desnecessária e as intervenções não farmacológicas devem ser sempre implementadas como primeira linha.

—

A informação apresentada nesta recomendação tem um propósito informativo e não substitui uma consulta com um médico. Caso tenha alguma dúvida sobre o conteúdo desta recomendação e a sua aplicabilidade no seu caso particular, deve consultar o seu médico assistente.

Bibliografia /

- Cummings J, Sano M, Auer S, Bergh S, Fischer CE, Gerritsen D, Grossberg G, Ismail Z, Lanctôt K, Lapid MI, Mintzer J, Palm R, Rosenberg PB, Splaine M, Zhong K, Zhu CW. Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. Int Psychogeriatr. 2024 Apr;36(4):251-262.
- Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, Raman-Wilms L, Rojas-Fernandez C, Sinha S, Thompson W, Welch V, Wiens A. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. Can Fam Physician. 2018 Jan;64(1):17-27.
- Ma H, Huang Y, Cong Z, Wang Y, Jiang W, Gao S, Zhu G. The efficacy and safety of atypical antipsychotics for the treatment of dementia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. J Alzheimers Dis. 2014;42(3):915-37. doi: 10.3233/JAD-140579.
- Declercq T, Petrovic M, Azermai M, Vander Stichele R, De Sutter AI, van Driel ML, Christiaens T. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;(3):CD007726. doi: 10.1002/14651858.CD007726.pub2.

Recomendação original disponível em:

AGS Choosing Wisely Workgroup. American Geriatrics Society identifies another five things that healthcare providers and patients should question. J Am Geriatr Soc. 2014 May;62(5):950-60. doi: 10.1111/jgs.12770. Epub 2014 Feb 27.

Uma recomendação de:

Colégio da Competência de Geriatria da Ordem dos Médicos