EDIÇÃO NEWSFARMA ENGAGE
JORNAL DO CONGRESSO
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA NO CONGRESSO

WWW.SEMANADIGESTIVA.PT

Semana Digestiva 2017
7 a 10 de junho
Palácio de Congressos do Algarve

INOVAR, FORMAR, PARA MELHOR CUIDAR

N.º 1 :: 7 junho 17 | N.º 2 :: 8 junho 17 | N.º 3 :: 9 junho 17

"Queremos ser cada vez mais profissionais de excelência"

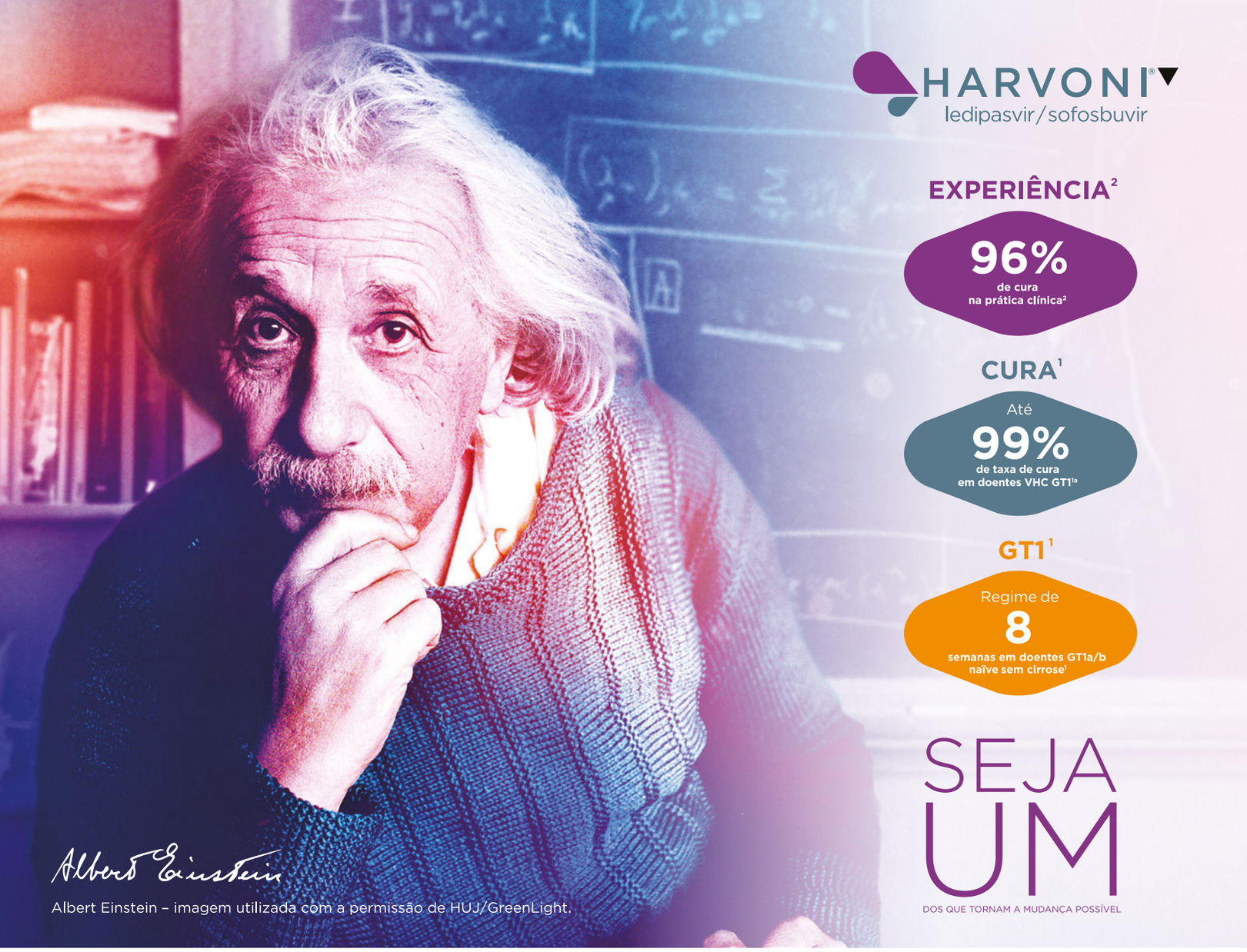
Prof. Doutor Rui Tato Marinho

Entyvio®
vedolizumab

PT/EYV/0517/0036

Takeda

Takeda - Farmacêuticos Portugal, Lda.
Avenida da Torre de Belém,
nº 19 R/C Esq. 1400-342 Lisboa
NIF: 502 801 204



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

▼Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver RCM completo.

NOME DO MEDICAMENTO E FORMA FARMACÊUTICA: Harvoni 90 mg/400 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA**: Cada comprimido revestido por película contém 90 mg de ledipasvir e 400 mg de sofosbuvir. Cada comprimido de 90 mg/400 mg contém 156,8 mg de lactose (na forma mono-hidratada) e 261 microgramas de laca de alumínio amarelo-sol FCF. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS**: Harvoni é indicado para o tratamento da hepatite C crónica (HCC) em adultos. Para informação sobre a atividade específica para os genótipos do vírus da hepatite C (VHC) consultar o RCM completo. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO**: Adultos: 1 comprimido, 1 vez por dia com ou sem alimentos. *Doentes com HCC de genótipo 1, 4, 5 ou genótipo 6*: Doentes sem cirrose – Harvoni durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni durante 8 semanas em doentes infetados com o genótipo 1, não tratados anteriormente. Deverá considerar-se Harvoni + RBV durante 12 semanas ou Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas em doentes anteriormente tratados com opções subsequentes de repetição do tratamento incertas. Doentes com cirrose compensada – Harvoni + RBV durante 12 semanas ou Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 12 semanas em doentes considerados em baixo risco de progressão clínica da doença e que têm opções subsequentes de repetição do tratamento. Doentes pós-transplante hepático sem cirrose ou com cirrose compensada – Harvoni + RBV durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 12 semanas (em doentes sem cirrose) ou 24 semanas (em doentes com cirrose) em doentes que não são elegíveis ou que são intolerantes à RBV. Doentes com cirrose descompensada, independentemente da relação com o transplante – Harvoni + RBV durante 12 semanas. Poderá considerar-se Harvoni (sem RBV) durante 24 semanas em doentes que não são elegíveis ou que são intolerantes à ribavirina. *Doentes com HCC de genótipo 3*: Doentes com cirrose compensada e/ou que não responderam a tratamento anterior – Harvoni + RBV durante 24 semanas. Quando utilizado em associação com ribavirina consultar o respetivo RCM. Em doentes sem cirrose descompensada que necessitem da adição de ribavirina no seu regime de tratamento, a dose diária de ribavirina é baseada no peso (< 75 kg = 1.000 mg e ≥ 75 kg = 1.200 mg) e é administrada por via oral em duas doses repartidas, com alimentos. Em doentes com cirrose descompensada, deve administrar-se a ribavirina numa dose inicial de 600 mg administrada numa dose diária repartida. Se a dose inicial for bem tolerada, a dose pode ser aumentada gradualmente até um máximo de 1.000 – 1.200 mg por dia (1000 mg para doentes com um peso <75kg e 1200 mg para doentes com um peso ≥ 75 kg). Se a dose inicial não for bem tolerada deverá ser diminuída conforme clinicamente indicado com base nos níveis da hemoglobina. Se Harvoni for utilizado em associação com ribavirina e um doente tiver uma reação adversa grave potencialmente relacionada com a ribavirina, a dose de ribavirina deve ser modificada ou descontinuada, se apropriado. Estes esquemas posológicos incluem doentes coinfetados pelo VIH. Idosos: Não se justificam ajustes posológicos nestes doentes. Compromisso renal: Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. A segurança de ledispavir/sofosbuvir não foi avaliada em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal terminal necessitando hemodiálise. Compromisso hepático: Não são necessários ajustes posológicos em doentes com compromisso hepático ligeiro, moderado ou grave (CPT classe A, B ou C). A segurança e eficácia de ledipasvir/sofosbuvir foram estabelecidas em doentes com cirrose descompensada. População pediátrica: A segurança e eficácia em crianças <18 anos de idade não foram estabelecidas. Modo de administração: Via oral. Harvoni não deve ser mastigado ou esmagado e pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES**: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes; coadministração com rosuvastatina; medicamentos que são indutores potentes da glicoproteína P (P gp) no intestino (rifampicina, rifabutina, hipericão, carbamazepina, fenobarbital e fenitoína). A coadministração irá diminuir significativamente as concentrações plasmáticas de ledipasvir e de sofosbuvir podendo resultar na perda de eficácia de Harvoni. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO**: Não administrar concomitantemente com outros medicamentos contendo sofosbuvir. Atividade específica para os genótipos: Os dados clínicos que apoiam a utilização em doentes infetados pelo VHC de genótipo 3 são limitados. Aconselha-se um tratamento conservador durante 24 semanas em todos os doentes com genótipo 3 anteriormente tratados e nos doentes com cirrose com genótipo 3 sem exposição anterior ao tratamento. Os dados clínicos que apoiam a utilização em doentes infetados pelo VHC de genótipo 2 e 6 são limitados. A eficácia de ledipasvir/sofobusvir não foi estudada contra o VHC de genótipo 2, 5 e 6, portanto, Harvoni não deve ser utilizado em doentes infetados por estes genótipos. Bradicardia grave e bloqueio cardíaco: têm sido observados casos de bradicardia grave e bloqueio cardíaco quando Harvoni é utilizado com amiodarona concomitantemente, com ou sem outros medicamentos que diminuem a frequência cardíaca. O mecanismo não foi estabelecido. Os casos são potencialmente fatais. A amiodarona só deve ser utilizada em doentes a tomarem Harvoni quando outros tratamentos antiarrítmicos alternativos não são tolerados ou são contraindicados. Para mais informações consultar o RCM. Doentes com exposição anterior a antivíricos de ação direta contra o VHC: em doentes que não responderam ao tratamento com ledipasvir/sofosbuvir, observa-se na maioria dos casos, mutações em NS5A que diminuem substancialmente a sensibilidade ao ledipasvir. Estes doentes podem depender de outras classes de fármacos para eliminação da infeção pelo VHC. Para mais informações consultar o RCM. Doentes com cirrose descompensada e/ou em lista de espera para transplante hepático ou pós-transplante hepático - a eficácia do tratamento destes doentes infectados pelo VHC de genótipo 5 e 6 não foi investigada. O tratamento deve ser orientado com base numa avaliação benefício/risco. Utilização com indutores moderados da P-gp – podem diminuir a concentração plasmática do ledipasvir e do sofosbuvir. A coadministração destes medicamentos com Harvoni não é recomendada. Certos regimes antirretrovirais contra o VIH - os doentes medicados com Harvoni concomitantemente com elvitegravir/cobicistate/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato ou com tenofovir disoproxil fumarato e um inibidor da protease do VIH potenciado devem ser monitorizados para deteção de reações adversas associadas ao tenofovir. Utilização com inibidores da HMG CoA redutase – possível aumento significativo das estatinas, aumentando risco de miopatia e rabdomiólise. Coinfeção por VHC/VHB – Foram notificados casos de reativação do vírus da hepatite B (VHB), alguns deles fatais, durante ou após o tratamento com medicamentos antivirais de ação direta. Antes do início do tratamento, deve ser efetuada a pesquisa do VHB em todos os doentes. Os doentes coinfetados por VHC/VHB estão em risco de reativação do VHB e, por conseguinte, devem ser monitorizados e controlados de acordo com as orientações clínicas atuais. População pediátrica: a utilização de Harvoni não é recomendada em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos, porque a segurança e eficácia não foram estabelecidas nesta po pulação. Harvoni contém o corante azoico laca de alumínio amarelo-sol FCF (E110), que pode causar reações alérgicas. Também contém lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp, ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERAÇÃO**: Potencial de Harvoni para afetar outros medicamentos: ledipasvir é um inibidor *in vitro* do transportador de fármacos P-gp e da proteína de resistência ao cancro da mama (BCRP, *breast cancer resistance protein*) e pode aumentar a absorção intestinal de substratos destes transportadores administrados concomitantemente. Dados *in vitro* indicam que o ledipasvir pode ser um indutor fraco de enzimas metabolizadoras como a CYP3A4, a CYP2C e a UGT1A1. Os compostos que são substratos destas enzimas podem ter concentrações plasmáticas diminuídas quando são coadministrados com ledipasvir/sofosbuvir. O ledipasvir *in vitro* inibe a CYP3A4 e a UGT1A1 intestinais. Os medicamentos que têm um intervalo terapêutico estreito e que são metabolizados por estas isoenzimas devem ser utilizados com precaução e monitorizados cuidadosamente. Potencial de outros medicamentos para afetar Harvoni: o ledipasvir e o sofosbuvir são substratos do transportador de fármacos P-gp e da BCRP, enquanto o GS 331007 não é. Os medicamentos que são indutores potentes da P-gp (rifampicina, rifabutina, hipericão, carbamazepina, fonobarbital e fenitoína) podem diminuir significativamente as concentrações plasmáticas de ledipasvir e de sofosbuvir, reduzindo o efeito terapêutico de ledipasvir/sofosbuvir, sendo por isso contraindicados com Harvoni. Os medicamentos que são indutores moderados da P gp no intestino (p. ex., oxcarbazepina) podem diminuir as concentrações plasmáticas do ledipasvir e do sofosbuvir levando à redução do efeito terapêutico de Harvoni. A coadministração destes medicamentos com Harvoni não é recomendada A coadministração com medicamentos que inibem a P-gp e/ou a BCRP pode aumentar as concentrações plasmáticas de ledipasvir e sofosbuvir, sem aumentar a concentração plasmática do GS 331007; Harvoni pode ser coadministrado com inibidores da P-gp e/ou da BCRP. Não são de prever interações medicamentosas clinicamente significativas com ledipasvir/sofosbuvir mediadas pelas enzimas CYP450 ou UGT1A1. Doentes tratados com antagonistas da vitamina k: é recomendada uma monitorização atenta dos valores da relação normalizada internacional (INR, *International Normalised Ratio*). Interações entre Harvoni e outros medicamentos: Antiácidos, por ex. hidróxido de alumínio ou hidróxido de magnésio, carbonato de cálcio; Antagonistas dos receptores H2: famotidina, cimetidina, nizatidina, ranitidina; Inibidores da bomba de protões: omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol, esomeprazol; Amiodarona, digoxina; Etexilato de dabigatrano; Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, oxcarbazepina; Rifampicina, rifabutina, rifapentina; Simeprevir; Efavirenz/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, emtricitabina/rilpivirina/tenofovir disoproxil fumarato; Abacavir/lamivudina; Atazanavir com ritonavir + emtricitabina, darunavir com ritonavir + emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato, lopinavir com ritonavir + emtricitabina e tenofovir disoproxil fumarato, tipranavir com ritonavir; Raltegravir, elvitegravir/cobicistate/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato, dolutegravir; Hipericão; Estatinas entre elas rosuvastatina e pravastatina; Metadona; Ciclosporina, tacrolimus; Norgestimato/etinilestradiol. Consultar o RCM para mais informações relativamente a interações medicamentosas. **EFEITOS INDESEJÁVEIS**: Muito frequentes - cefaleias e fadiga. Frequentes – erupção cutânea. A segurança e eficácia em crianças e adolescentes não foram ainda estabelecidas. Têm sido observados casos de bradicardia grave e bloqueio cardíaco quando Harvoni é utilizado com amiodarona concomitantemente, e/ou outros medicamentos que diminuem a frequência cardíaca. Consultar o RCM para mais informações relativamente a efeitos adversos, nomeadamente em doentes com cirrose descompensada e/ou que estão em lista de espera para transplante hepático ou doentes pós-transplante hepático. A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Data de aprovação do texto do RCM: fevereiro 2017

▼Após a aprovação da Autorização de Introdução no Mercado, este medicamento encontra-se sujeito a monitorização adicional, conforme indicado pela presença deste triângulo preto invertido.
Quaisquer suspeitas de reações adversas ao Harvoni® devem ser notificadas à Gilead Sciences, Lda., via e-mail para portugal.safety@gilead.com ou telefone para +351 217 928 790 e/ou ao INFARMED, I.P., através do sistema nacional de notificação, via e-mail para farmacovigilancia@infarmed.pt ou telefone para +351 217 987 373.

PARA MAIS INFORMAÇÕES DEVERÁ CONTACTAR O TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO. MEDICAMENTO DE RECEITA MÉDICA RESTRITA, DE UTILIZAÇÃO RESERVADA A CERTOS MEIOS ESPECIALIZADOS. MEDICAMENTO COM AVALIAÇÃO PRÉVIA CONCLUÍDA.

Referências:
1. Resumo das características do medicamento HARVONI® ▼, fevereiro 2017; 2. Terrault et al. AASLD 2015; Oral 94.vol. 63, 199–236; a. EASL define cura SVR12. * Regimes com LDV/SOF durante 8 ou 12 semanas em doentes GT1.

GILEAD
Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Gilead Sciences, Lda., Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, N.º 1 - 8.º A e B, 1050-094 Lisboa - Portugal
Tel. 21 792 87 90 - Fax. 21 792 87 99 - N.º de contribuinte: 503 604 704 - Informação médica através de N.º Verde (800 207 489) e de departamento.medico@gilead.com. Os acontecimentos adversos deverão ser notificados e comunicados à Gilead Sciences Lda. por telefone, fax ou para portugal.safety@gilead.com.
Data de publicação: abril 2017 | HAR/PT/17-04/PR/1191

Compromisso de excelência com a Gastrenterologia, Hepatologia e Endoscopia Digestiva portuguesa

"Queremos ser cada vez mais profissionais de excelência". Esta reunião foi pensada e concebida para potenciar todas as competências e prestação de cuidados da Gastrenterologia, Hepatologia e Endoscopia Digestiva portuguesa. Cerca de 700 especialistas envolvidos no tratamento e acompanhamento das doenças do aparelho digestivo reúnem-se durante quatro dias para garantir os melhores cuidados ao doente. Em entrevista ao Jornal do Congresso, o ***Prof. Doutor Rui Tato Marinho****, presidente da Semana Digestiva 2017 (SD2017) partilha os objetivos sobre os quais se ergueu este encontro científico, que ambiciona fazer a diferença na prática clínica dos seus participantes e explora os pilares da SD2017.*

Jornal do Congresso (JC) | Foram necessários 365 dias para erguer a reunião magna da Gastrenterologia nacional. Que objetivos conduziram toda a construção da Semana Digestiva 2017?

Prof. Doutor Rui Tato Marinho (RTM) | Foram 365 dias e alguns milhares de emails… Os grandes objetivos estão ilustrados no lema desta Reunião: "Inovar, Formar, Para Melhor Cuidar". Os gastrenterologistas querem ser os "melhores médicos do Mundo", passe o exagero; queremos ser cada vez mais profissionais de excelência. O principal objetivo - a nossa missão social - será sempre prestar os melhores cuidados possíveis a quem sofre de uma doença do aparelho digestivo, confiando em nós para o diagnóstico, o melhor tratamento ou a cura e conselhos para prevenção. A nossa prática clínica melhora sempre com este tipo de Congressos, que promove de forma muito determinada a formação contínua da nossa especialidade, nas suas várias vertentes, cursos, conferências, simpósios, mesas-redondas, *workshops*, contacto com outros colegas, com outros *stakeholders* (oncologistas, cirurgiões, imagiologistas, cientistas básicos, profissionais da indústria farmacêutica e de dispositivos médicos, jornalistas, associações de doentes, gestores, etc).

A inovação na Gastrenterologia tem sido fantástica e frequentemente disruptiva. Tudo se tem conjugado para que os cuidados de saúde na área da Gastrenterologia, Hepatologia e Endoscopia Digestiva sejam cada vez melhores, mais diferenciados e mais eficientes. A inovação noutras áreas do conhecimento e tecnologia têm contribuído para tal (*big data, deep learning, internet of things*, tecnologia de materiais). Nos últimos 30 anos, a esperança média de vida aumentou 10 anos, o que traduz bem a eficiência global da nossa Medicina e dos nossos médicos, que incluem os gastrenterologistas.

Prof. Doutor Rui Tato Marinho

JC | Quantos participantes farão parte desta edição? E qual a sua expetactiva relativamente à mais-valia deste Congresso na formação dos especialistas aqui presentes?

RTM | Esperamos cerca de 700 participantes. Na organização deste evento estiveram envolvidos no total cerca de 60 entidades, entre sociedades científicas, indústria farmacêutica, associações de doentes, gestão de eventos, etc. As oportunidades de formação são múltiplas e variadas e têm lugar em vários formatos. Chamo a atenção para o Curso Pós-Graduado sobre "Imagem em Endoscopia", onde se vai abordar o estado da arte da moderna Endoscopia Digestiva e todas as suas potencialidades de diagnóstico e intervenção terapêutica. Ao longo dos três dias e meio terão lugar sessões sobre temas como a abordagem multidisciplinar dos cinco cancros com maior impacto na sociedade e na Oncologia Digestiva (a que chamámos os *Big Five*), benefícios de tratar as doenças do fígado (hepatites B e C, carcinoma hepatocelular, colangite biliar primária), o cancro do pâncreas incluindo a "nova" cirurgia robótica, avanços na doença inflamatória intestinal, na doença de refluxo, na ecografia digestiva, na nutrição. Iremos também abordar a prática da Gastrenterologia em vários países (Portugal, Angola, Moçambique, Espanha, Brasil) e a experiência internacional dos nossos internos da especialidade. Estes desenvolvem um trabalho de excelente qualidade e são responsáveis por grande parte do trabalho diário da Gastrenterologia em Portugal, e por quantidade muito apreciável do nosso melhor trabalho de investigação científica, não raramente de dimensão internacional.

Outro modo de *life-long learning* será a apresentação e discussão de trabalhos científicos originais e de

casos clínicos selecionados, para além do contacto e network social e profissional entre as várias gerações e as múltiplas diferenciações da nossa prática, numa especialidade que engloba múltiplos e variados órgãos, agregados naquilo que se chama o Aparelho Digestivo…

JC | Com um programa científico completo e multidisciplinar, destacaria, em primeiro lugar, a ponte entre a Medicina e a Aviação. O que podem os profissionais de Saúde aprender com a Aviação?
RTM | A aviação é a atividade humana mais segura. Apesar de toda a tecnologia, se o fator humano, por exemplo, o piloto falhar de forma grave, o risco de o avião cair é bem real. A Medicina tem feito alguma aproximação e aprendizagem com os métodos seguidos na aviação comercial para evitar e lidar com o erro humano. O erro humano é comum a todas as profissões e atividades do ser Humano, sem exceção, é uma consequência universal de tudo o que fazemos. Não é apanágio dos médicos! O melhor jogador do Mundo de Futebol (Cristiano Ronaldo) falha um *penalty* em 10, o segundo melhor, o Messi falha três em 10. Os métodos que a aviação segue no treino, uso dos simuladores, abordagem das relações interpessoais, gestão do stress, aprendizagem contínua, cansaço, reporte voluntário e não punitivo do erro, a humildade nas equipas, *checklist*, os *briefings* antes do voo, os *debriefings*, entre outros, são fonte de aprendizagem e reforço da segurança e qualidade. O Comandante da TAP, Armindo Martins é um excelente comunicador e tem muito para nos ensinar. Ele terá cumprido mais de 21.000 horas de voo, alguns de nós prestaram mais de 25.000 horas de serviço de urgência. Estamos em patamares semelhantes de profissões diferentes. Para nós a segurança do que fazemos é uma prioridade máxima.

JC | Ainda relativamente ao forte caráter multidisciplinar da Semana Digestiva, como vê o papel da Medicina Geral e Familiar na Gastrenterologia e como está refletido no Congresso?
RTM | Os nossos colegas de Medicina Geral e Familiar têm uma árdua tarefa, já que deverão estar atualizados sobre o que se passa nas cerca das 50 especialidades médicas e cirúrgicas! No nosso entender, têm que ser considerados o pilar fundamental de qualquer Sistema/Serviço Nacional de Saúde. Pensámos e desenhámos em conjunto com o Dr. Rui Nogueira e a sua equipa (Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar) um novo conceito de formação a que apelidámos de *GastroDigest* 2017, com a carga letiva de sete horas em que serão abordados em conjunto e de forma interativa quatro tópicos chave da prática da MGF na área da patologia digestiva (rastreio do cancro do cólon e reto, alteração das provas hepáticas, patologia esófago-gástrica, dor abdominal). Tem sido muito proveitosa esta parceria que irá deixar frutos para o futuro.

JC | Esta edição comemora também os 30 anos do transplante hepático, confirmando que as doenças do aparelho digestivo não se resumem apenas à Gastrenterologia. De que forma será assinalado este momento e qual o papel das três entidades científicas organizadoras?
RTM | Nestas três décadas realizaram-se nos centros em Portugal (Lisboa, Porto e Coimbra) cerca de 4500 transplantes, o que é muito significativo. Muita gente foi salva! A Hepatologia é já reconhecida como uma subespecialidade pela Ordem dos Médicos. Alguns Serviços a nível europeu e em Portugal são denominados de "Gastrenterologia e Hepatologia", dado a carga assistencial das doenças hepáticas. As doenças hepáticas são a sétima causa de morte a nível europeu. O transplante hepático é um marco de inovação disruptiva na história da Hepatologia. Foram salvos muitos portugueses, daí o nosso reconhecimento pelo trabalho que as equipas cirúrgicas têm feito nesta área. Portugal é um dos países onde as taxas de transplante hepático são das mais elevadas, com sucesso, a nível mundial. O Prof. Eduardo Barroso teve a capacidade de, durante muitos anos, construir e liderar uma equipa de sucesso. Dá-nos a nós, hepatologistas e aos doentes/familiares, uma segurança muito grande, saber que existe transplante de elevada qualidade. Pedi-lhe para explicar a razão deste sucesso e contar a "história da sua vida".
As três sociedades científicas pilares da organização da Semana Digestiva - Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva e Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado - trabalharam em conjunto para que este Congresso fosse ao mesmo tempo inovador, formativo e congregador. Para melhor cuidar… No fundo, o doente gastrenterológico necessita muitas vezes do trabalho em equipa destas três vertentes. O gastrenterologista lida com entidades responsáveis por 10% das mortes dos portugueses, 35% dos cancros, alguns deles evitáveis.

Esperamos cerca de 700 participantes. Na organização deste evento estiveram envolvidos no total cerca de 60 entidades, entre sociedades científicas, indústria farmacêutica, associações de doentes, gestão de eventos, etc

JC | Há temas inovadores na Semana Digestiva 2017, mas que naturalmente fazem parte das doenças do aparelho digestivo. O que será discutido no âmbito da imunoterapia e Nutrição em Oncologia?
RTM | A imuno-oncologia engloba terapêuticas baseadas na ativação do sistema imunitário. A investigação e inovação terapêutica nesta área têm sido avassaladoras. Desconhece-se ainda o verdadeiro impacto clínico e económico desta vaga terapêutica com mudança de um paradigma histórico. Teremos connosco dois dos líderes nacionais nesta área, Prof. Bruno Silva Santos (Ciência Básica, Instituto de Medicina Molecular) e Prof. Luís Costa (Diretor do Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital Santa Maria) que nos darão a sua visão desta temática de grande relevância para o Serviço Nacional de Saúde.
A Nutrição é também um tema muito em destaque, não só por causa da epidemia crescente da obesidade, como também pela desnutrição que sentimos ser um problema escondido, pouco valorizado. O gastrenterologista lida muito no seu dia-a-dia com o tema nutrição.
Estas duas entidades - Oncologia e Nutrição - constituem dois temas de grande impacto pessoal, familiar e social. Há quem refira, por exemplo, que as consequências da obesidade (e do número crescente dos cancros, por vários fatores, entre eles o envelhecimento) vão constituir um "monstro económico". Não há abordagem global dos doentes desnutridos e oncológicos digestivos sem a intervenção de um gastrenterologista.

JC | A valorização dos especialistas portugueses no plano internacional está também patente. O que será abordado e qual o papel desempenhado pela Gastrenterologia nacional?
RTM | Temos a presença de 19 especialistas estrangeiros, alguns no decurso de parcerias que temos mantido desde há vários anos, como é o caso do Brasil e Espanha, outros para reforçar os laços históricos e linguísticos (Angola, Moçambique), outros porque é uma mais-valia para nós gastrenterologistas, não só do ponto de vista científico mas também de *network* profissional como é o caso de dirigentes da *United European Gastroenterology*. A Gastrenterologia portuguesa está também já representada em várias estruturas internacionais.

Temos a presença de 19 especialistas estrangeiros, alguns no decurso de parcerias que temos mantido desde há vários anos, como é o caso do Brasil e Espanha, outros para reforçar os laços históricos e linguísticos (Angola, Moçambique), outros porque é uma mais-valia para nós gastrenterologistas

JC | Por fim, os jovens especialistas e internos têm tido uma presença crescente nesta Reunião. O mesmo se verifica em 2017? Quantos trabalhos foram submetidos à SD2017?
RTM | Foram submetidos cerca de 500 trabalhos, a grande maioria tendo internos e jovens especialistas como primeiro autores. A atividade dos jovens médicos deve ser entendida como um bem e um recurso muito precioso, dado a elevada qualidade do seu trabalho e do potencial que têm demonstrado para desenvolver a prática presente e futura da Gastrenterologia. Estamos em boas mãos. Temos muito orgulho nos nossos internos, dos melhores que as escolas médicas têm formado.

Semana Digestiva

O grande fórum de todos aqueles que se relacionam com a Gastrenterologia

Prof. Doutor
José Cotter*

A Semana Digestiva é um local de união e reflexão para os profissionais. Porque só desta forma a especialidade poderá continuar a progredir de uma forma segura e credível

A Semana Digestiva está definitivamente implantada como o mais importante evento da Gastrenterologia em Portugal. A Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG), como uma das suas entidades organizadoras e promotoras, tem tido ao longo dos anos a preocupação de contribuir para um programa que vá de encontro às expectativas dos participantes. O caráter ecuménico da SPG perante a comunidade gastrenterológica, acarreta-lhe uma responsabilidade acrescida na perspetiva de existir um equilíbrio temático no programa, abrangendo as patologias do tubo digestivo, fígado, vias biliares, pâncreas, endoscopia digestiva ou proctologia, além de contribuir para a concretização dos objetivos das suas diferentes Secções Especializadas (Grupo de Estudo Português do Intestino Delgado, Grupo Português de Ultra-Sons em Gastrenterologia, Núcleo de Neurogastrenterologia e Motilidade Digestiva e Clube Português do Pâncreas). Mas pela sua abrangência, a SPG vai mais longe e tem-se mantido atenta e interventiva com outros aspetos bem diversos, como a formação dos gastrenterologistas, a segurança e qualidade dos procedimentos gastrenterológicos ou a qualidade do seu órgão oficial "GE-*Portuguese Journal of Gastroenterology*". A indexação recente deste último na PubMed, permitiu alcançar uma meta muito importante, perseguida há longo tempo e que é demonstrativa da qualidade científica da Gastrenterologia nacional, o que muito nos deve honrar. Todos estes assuntos pela sua importância cabem também na Semana Digestiva, de forma a torná-la atraente e permitir aos congressistas dar o seu tempo por bem empregue.

A Semana Digestiva é o grande fórum de todos aqueles que se interessam e relacionam com a Gastrenterologia. Um momento de excelência para a divulgação de trabalhos de investigação, de atualização científica, de debate e ainda de confraternização entre médicos nacionais e estrangeiros, mas sempre com o objetivo da valorização profissional de forma a repercutir-se em cuidados assistenciais de melhor qualidade. Mesmo quando os diferentes aspetos economicistas se tentam sobrepor a tudo o mais, semeando limitações e problemas diversos, o reconhecimento nacional e internacional da qualidade dos gastrenterologistas portugueses, tem-se mantido inatacável. Porque estes e os seus órgãos representativos não têm cedido às diferentes pressões, têm privilegiado a qualidade e a responsabilidade profissional em detrimento de conveniências ou de meras estratégias inconsistentes e por vezes desajustadas. Também aí a Semana Digestiva é um local de união e reflexão para os profissionais. Porque só desta forma a especialidade poderá continuar a progredir de uma forma segura e credível.

Por tudo isto, a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia muito se orgulha de ter estado na génese e contribuir enormemente para a realização deste magnífico evento que é a Semana Digestiva Portuguesa!

O caráter ecuménico da SPG perante a comunidade gastrenterológica, acarreta-lhe uma responsabilidade acrescida na perspetiva de existir um equilíbrio temático no programa

* Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia

Porquê recomendar GAVISCON às grávidas?

Excelente perfil de segurança: Clinicamente testado, pode ser tomado por **grávidas e mulheres a amamentar.**

Gaviscon Duefet 500 mg + 213 mg + 325 mg Suspensão oral em saquetas. Cada 10 ml de suspensão contém 500 mg de alginato de sódio, 213 mg de bicarbonato de sódio e 325 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico relacionados com acidez, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão, que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 10-20 ml (1 a 2 saquetas) após as refeições e ao deitar, até 4 vezes por dia. Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): manifestações alérgicas, tais como urticária, reações anafiláticas ou reações anafilactóides, dor abdominal, secreção de ácido, diarreia, náuseas, vómitos e erupção pruriginosa. Desconhecidos: obstipação, alcalose, hipercalcémia e Síndrome lácteo-alcalino (após a toma de dosagens muito superiores à recomendada); Efeitos respiratórios, tais como broncospasmo. **Data de revisão do texto:** 04/2016. **Gaviscon**, comprimido para mastigar e suspensão oral com odor e aroma de menta. Cada comprimido/5 ml de suspensão contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por ex. após as refeições ou durante a gravidez, ou, para os comprimidos e suspensão oral em saquetas, em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos ou 10-20 ml (1-2 saquetas) de suspensão após as refeições e ao deitar (até 4 vezes por dia). Crianças com menos de 12 anos: Só sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. Compromisso hepático: não é necessário ajuste posológico. Insuficiência renal: ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes, incluindo os ésteres de hidroxibenzoatos (parabenos) da suspensão oral. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (≤1/10.000): reacções de hipersensibilidade como urticária, efeitos respiratórios como broncospasmo, reacções anafilácticas e anafilactóides. **Data de revisão do texto:** 06/2015. **Gaviscon Morango** 250 mg + 133,5 mg + 80 mg Comprimido para mastigar. Cada comprimido contém 250 mg de alginato de sódio, 133,5 mg de bicarbonato de sódio e 80 mg de carbonato de cálcio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento dos sintomas de refluxo gastro-esofágico, tais como regurgitação ácida, pirose e indigestão (relacionada com o refluxo), que podem ocorrer por exemplo, após as refeições ou durante a gravidez, ou em doentes com sintomas relacionados com esofagite de refluxo. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 comprimidos após as refeições e ao deitar. Crianças com menos de 12 anos: Administrar apenas sob aconselhamento médico. Idosos: Não é necessário ajuste posológico. Compromisso hepático: não é necessário efetuar modificações. Insuficiência renal: ter em atenção se for necessária uma dieta altamente restrita em sal. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Muito raramente (≤1/10.000), os doentes podem desenvolver manifestações alérgicas, tais como urticária ou broncospasmo, reações anafiláticas e reações anafilactóides. **Data da revisão do texto:** 04/2015. **Medicamentos não sujeitos a receita médica.** Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: Reckitt Benckiser Healthcare, Lda. Rua D. Cristóvão da Gama, 1 - 1.º C/D • 1400-113 Lisboa

HEALTH · HYGIENE · HOME

A Gastrenterologia, a Semana Digestiva 2017, o Curso Pós-Graduado e a SPED

Prof. Doutor A. Dias Pereira*

O modelo Semana Digestiva que desde há alguns anos tomou o lugar dos Congressos Nacionais de Gastrenterologia visou agregar os diferentes sectores da comunidade gastrenterológica portuguesa, alguns dos quais não se reviam ou integravam no modelo tradicional dos Congressos de Nacionais. Historicamente, estes representaram um dos polos mais importantes para a afirmação da especialidade e todos aqueles que integraram as suas estruturas organizativas ou científicas prestaram um serviço inestimável ao desenvolvimento científico, técnico e organizativo da Gastrenterologia portuguesa e são credores do reconhecimento das gerações atuais e futuras.

À necessidade de compartimentar e organizar áreas de saber parcelar na área da patologia digestiva correspondeu a necessidade de as agregar em torno de projetos comuns e transversais. Claramente, a Semana Digestiva consubstanciou um desses projetos. Há alguns anos, um dos muitos distintos membros da nossa comunidade utilizou a metáfora da "árvore e dos seus ramos" para ilustrar o seu pensamento sobre os caminhos que a nossa especialidade deveria seguir. Hoje, permito-me pegar no seu pensamento para ilustrar o modo como a Semana Digestiva também pode (e deve) ser a árvore que alimenta e faz florescer os ramos que representam as várias áreas organizadas do saber da patologia digestiva. À medida que os ramos se desenvolvem, a árvore torna-se mais forte e imponente. Na árvore, nem todos os ramos se desenvolvem à mesma velocidade, nem todos têm a mesma imponência, mas todos fazem parte de um todo que fica mais fraco e menos harmonioso se algum deles secar ou for removido. A não ser num processo pensado que, como a poda, elimine os desnecessários de forma a que o conjunto se fortaleça. A vitalidade duma árvore revela-se nas suas flores e frutos, que ciclicamente se renovam. Por mais brilhantes que sejam, são temporários e o que permanece através do tempo é a árvore. Que perpetua a memória das suas flores e dos seus frutos.

A Semana Digestiva 2017 visou ser uma realidade que congregasse toda a comunidade da Gastrenterologia nacional. Vicissitudes de vária ordem não permitiram que fosse ainda possível a representação formal de todas as organizações científicas que integram essa comunidade. Teremos, todos, de continuar a trabalhar para que isso venha a ser possível.

O Programa Científico da Semana Digestiva 2017 é muito variado, abrange um vasto leque de temas atuais da patologia digestiva, da prática da endoscopia digestiva, da gestão dos serviços de saúde e de aspetos éticos e jurídicos ligados ao exercício da especialidade. Privilegia ainda a apresentação da produção científica nacional. Estou convicto, que despertará o interesse e a participação de todos os profissionais de saúde da área da patologia digestiva.

O Curso Pós-Graduado da Semana Digestiva 2017 é da responsabilidade da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. O tema escolhido foi o da Imagem Avançada em Endoscopia Digestiva. Era importante, neste momento, um fórum em que simultaneamente se fizesse um ponto da situação do desenvolvimento da imagem endoscópica e da sua repercussão na prática da endoscopia digestiva. Não só na prática clínica do dia-a-dia, mas também no modelo de treino que seguimos e fornecemos aos internos, no modo como concebemos e avaliamos a qualidade em endoscopia digestiva e na maneira como encaramos a certificação das competências individuais e institucionais. Sendo um tema transversal a toda a comunidade que pratica a endoscopia digestiva – desde os menos jovens que ao longo de décadas foram assistindo ao seu desenvolvimento e transformação constantes, até aos mais jovens que convivem com avanços vertiginosos da tecnologia que a suporta – será uma experiência de aprendizagem transversal a todas as gerações de gastrenterologistas portugueses.

O Curso Pós-Graduado e as restantes realizações da responsabilidade da SPED – Sessão Rastreio do Cancro Colo-Retal (que inclui uma conferência sobre a experiência holandesa), Sessão de Comunicações Orais e de Instantâneos Endoscópicos e participação no *GastroDigest* dirigido à Medicina Geral e Familiar – materializam na Semana Digestiva 2017 as orientações definidas para a ação da SPED: promoção da qualidade e da formação em endoscopia digestiva, defesa da acessibilidade à endoscopia e prática da cooperação com outras sociedades científicas.

* Presidente da SPED
Vice-presidente da SD2017

APEF

Uma associação abrangente, uma mais-valia na SD

Dr.ª Adélia Simão*

Os corpos sociais da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) recentemente eleitos para o biénio de 2017-19 pretendem dar continuidade às atividades desenvolvidas pelas Direções anteriores e promover a inovação necessária e adequada ao tempo presente e aos novos desafios. A APEF será a voz da Hepatologia portuguesa, pugnando pela sua afirmação nacional e internacional, e pela formação, divulgação e investigação nesta área.

A Direção prestará especial atenção à formação em Hepatologia, mantendo o Congresso Português de Hepatologia, reunião anual da APEF e principal evento hepatológico nacional, aberto a todos os médicos interessados nesta área e incluindo também a reunião de enfermagem, continuando os cursos anuais para Internos da formação específica, iniciados na Direção anterior, que despertaram grande interesse e tiveram bastante sucesso. "De novo" queremos organizar outros eventos educacionais, dirigidos a médicos de Medicina Geral e Familiar e à população em geral (nomeadamente, retomando ações em escolas).

Manteremos também o estímulo ao estudo das doenças hepáticas e das vias biliares, que queremos ampliar através da atribuição de mais bolsas de investigação, de estágios e prémios para os melhores trabalhos apresentados ou publicados.

Queremos aprofundar as relações científicas entre os médicos portugueses e outros profissionais de saúde nacionais e estrangeiros. Daremos continuidade à excelente colaboração que tem havido com o Brasil, designadamente através das reuniões luso-brasileiras de Hepatologia. Estaremos empenhados em promover cada vez mais a internacionalização da Hepatologia portuguesa.

A Semana Digestiva, organização conjunta da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG), da Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED), da Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) e das Secções Especializadas da SPG (Núcleo de Neurogastrenterologia e Motilidade Digestiva, Clube Português do Pâncreas, Grupo de Estudos Português do Intestino Delgado e Grupo Português de Ultrassons em Gastrenterologia), integra-se nos nossos objetivos e missão.

Como é habitual, a APEF participa no Programa deste ano, que inclui temas de Hepatologia de grande relevância e atualidade, nomeadamente a hipertensão portal de causa não cirrótica e as vantagens associadas ao tratamento das doenças hepáticas. Destacamos também as sessões de comunicações orais, *posters* e casos clínicos interativos, no âmbito das doenças hepáticas. A Hepatologia é essencialmente multidisciplinar, pelo que os doentes hepáticos beneficiam de médicos de várias especialidades de base, que pretendemos agregar como membros da APEF. Somos, por isso, enquanto associação abrangente, uma mais-valia na Semana Digestiva e sentimo-nos honrados por poder desempenhar esse papel.

A Semana Digestiva 2017 será certamente uma excelente oportunidade para atualização científica, troca de experiências e convívio de todos os que se interessam pela patologia digestiva e hepática e por algumas das técnicas essenciais ao estudo e tratamento dos nossos doentes. Desejamos e esperamos que todos saiam enriquecidos deste grande fórum científico.

* Presidente da APEF

Uma revolução do século XXI

Trasplante de fezes (TMI)

Flávio Antonio Quilici, PhD*

Atualmente vários estudos randomizados controlados por placebo, foram publicados comprovando ser sua realização segura e eficaz, não só para a cura da colite pseudomembranosa, bem como, para várias outras enfermidades, prevendo-se seu uso rotineiro para futuro próximo

Microbiota intestinal e doenças digestivas e extra-digestivas

O ser humano e a sua microbiota digestiva representam um ecossistema complexo que influencia várias funções intestinais. Tem papel importante na nutrição, na manutenção da integridade da barreira do trato digestivo (TGI) e no desenvolvimento da imunidade da mucosa. O desequilíbrio dessa microbiota tem sido sugerido como parte importante no desenvolvimento das doenças gastrointestinais e extra-digestivas.

Microbiota intestinal (MI)

As principais doenças hoje relacionadas com a microbiota intestinal (MI) incluem as do trato digestivo, como a constipação intestinal, Doença inflamatória Intestinal, Síndrome do Intestino Irritável, e as extradigestivas, como as doenças autoimunes, neurológicas, cardiovasculares, obesidade, diabetes tipo 2, alérgicas, asma e síndrome metabólica.

Transplante de Microbiota intestinal (TMI)

Uso clínico

Em 1958, o cirurgião Eisamen e colaboradores, utilizaram pela primeira vez o transplante de fezes por meio de enemas retais, em 4 pacientes portadores de colite pseudomembranosa refratária a antibióticos, com sucesso em todos eles. Nos dias atuais, é realizada em centros especializados em todo o mundo, como tratamento padrão para o *C. difficile*, refratário aos tratamentos convencionais, com cura de aproximadamente 85% dos pacientes.

Atualmente vários estudos randomizados controlados por placebo, foram publicados comprovando ser sua realização segura e eficaz, não só para a cura da colite pseudomembranosa, bem como, para várias outras enfermidades, prevendo-se seu uso rotineiro para futuro próximo.

Mecanismo de ação

Semelhante ao conceito de ação dos probióticos, que objetiva alterar as atividades metabólicas e imunológicas da microbiota nativa intestinal, a premissa do TMI é, igualmente, introduzir uma completa e estável comunidade de microrganismos intestinais, com poder de reparar ou repor a microbiota nativa previamente alterada.

Técnica de realização

Sua técnica é relativamente simples e já padronizada em vários centros de referência mundiais. É realizada por meio de sonda nasogástrica, enemas retais ou por colonoscopia. As fezes do doador, previamente selecionado, num total de 200 a 300 g, deverá ser difundidas no recetador por meio de um colonoscópio e o material para o TMI será injetado diretamente no íleo terminal e ceco do recetador. Ainda é incerto se uma infusão é suficiente ou não, e quando e quantas vezes deverão ser repetidas. O mesmo procedimento, atualmente, já é possível por meu do uso oral de cápsulas de fezes, previamente, congeladas.

Os doadores precisam ser comprovadamente sadios (necessitam de vários exames laboratoriais), pois a exclusão de doenças autoimunes e alérgicas, bem como, a ausência de patógenos é essencial.

* Professor Titular de Gastroenterologia e Cirurgia Digestiva da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, Brasil. Presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia. Membro Honorário da Academia Nacional de Medicina. Cirurgião Emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia. Ex-presidente da Sociedade de Gastroenterologia de São Paulo

8 de junho, Quinta-feira, 10h00 - 10h30, Sala Lagos

30 anos de transplante hepático

*O **Prof. Doutor Eduardo Barroso**, presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia, vai dar uma conferência em que partilha com os participantes da Semana Digestiva 2017 uma experiência de vida e de carreira de 30 anos em transplantação hepática.*

Prof. Doutor Eduardo Barroso

"Tive o privilégio de ser convidado pelo Prof. Doutor Rui Tato Marinho para abordar a vertente hepatológica", afirma o Prof. Doutor Eduardo Barroso, referindo-se à experiência de 30 anos em transplantação hepática.
O especialista iniciou a sua aprendizagem em Cambridge e, quando dava os primeiros passos na área, foi convidado pelo Prof. Doutor Carneiro de Moura para falar sobre transplantação hepática, em Portugal. "Com a teoria que ele tinha e que penso ser professada pelo Prof. Doutor Rui Tato Marinho, hoje em dia, não faz sentido uma Unidade de Hepatologia moderna não poder oferecer a transplantação a muitos dos seus doentes", comenta o presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia.
"Irei fazer o máximo para que consiga atrair e fazer a propaganda que a transplantação merece no papel que representa para muitos doentes com doença hepática crónica em estadio terminal, para a qual não há outra alternativa", remata o Prof. Doutor Eduardo Barroso.

"Hoje em dia, não faz sentido uma Unidade de Hepatologia moderna não poder oferecer a transplantação a muitos dos seus doentes"

9 de junho, Sexta-feira, 11h30 - 12h00, Auditório Algarve

Tratamento do esófago de Barrett

Dr.ª Susana Mão de Ferro*

Definição de Esófago de Barrett (EB)
Guidelines recentes da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva (ESGE), definem o EB pela presença de epitélio colunar no esófago distal com uma extensão >1 cm e de metaplasia intestinal especializada na histologia.
O EB é uma condição pré-maligna com o risco acrescido de desenvolvimento de adenocarcinoma do esófago (ADC). Estudos iniciais estimavam um risco de ADC 30-40x superior ao da população geral. Considera-se atualmente que esse risco é significativamente mais baixo, estimando-se de 11,3x em relação à população geral, com um risco de progressão de EB para ADC de 0,2 a 0,3% ao ano.

Vigilância endoscópica do EB
Os doentes com EB <75 anos têm indicação para vigilância endoscópica. Tendo em conta que o risco de displasia está em relação com a extensão de epitélio metaplásico, a ESGE propõe os seguintes intervalos de vigilância:

- EB 1 -3 cm: 5 anos
- EB 3-10 cm: 3 anos
- EB > 10 cm envio para centro de referência

A vigilância do EB deve ser efetuada com endoscópios de alta resolução.
A cromoscopia com ácido acético ou cromoscopia ótica poderão ser úteis, em especial na delimitação de lesões visíveis.
Devem ser efetuadas biopsias de todas as lesões visíveis e biopsias aleatórias a cada 2 cm, de acordo com o protocolo de Seattle.
Os relatórios de endoscopia de doentes com EB devem conter:

a) A extensão do EB de acordo com a classificação de Parga (C- extensão circunferencial; M- extensão máxima e descrição dos ilhéus proximais);
b) Descrição (dimensão, classificação de Paris) e localização de lesões visíveis;
c) Presença de esofagite (classificação de Los Angeles);
d) Localização das biópsias efetuadas;
e) Fotodocumentação de todo o EB e das lesões visíveis.

Displasia no EB
O diagnóstico de qualquer grau de displasia (incluindo indefinido para displasia) necessita de aferição por um anatomopatologista com diferenciação em patologia gastrentestinal.
Doentes com lesões visíveis displásicas/neoplásicas têm indicação para resseção endoscópica.
Nos doentes com displasia de alto e de baixo grau sem lesões visíveis deve ser repetida a endoscopia digestiva alta com um intervalo de 3 e 6 meses respetivamente. Caso seja confirmado o diagnóstico de displasia os doentes devem ser submetidos a terapêuticas ablativas do EB.

Terapêutica de erradicação do EB
A terapêutica de erradicação do EB está indicada em todos os doentes com displasia de alto grau, podendo ser uma opção em doentes com displasia de baixo grau. Alguns autores defendem a erradicação do EB sem displasia. Esta proposta é baseada na incapacidade de prever que doentes vão desenvolver displasia, qual a velocidade de progressão para ADC, na falência dos programas endoscópicos e na ansiedade dos doentes por apresentarem uma condição pré-maligna. Contudo, tendo em conta o baixo risco de progressão para ADC e a necessidade de manter a vigilância endoscópica após a erradicação, considera-se não haver indicação para erradicar o EB sem displasia.
A terapêutica de erradicação apenas deve ser efetuada após tratamento endoscópico das lesões visíveis.
Existem vários métodos para erradicação do EB que incluem métodos térmicos - laser, coagulação por árgon plasma, radiofrequência (RFA) e crioterapia, não térmicos - terapêutica fotodinâmica, e mecânicos - mucosectomia.
A RFA é considerada a técnica de eleição. Esta técnica demonstrou uma eficácia de 80 a 90% na ablação da totalidade do epitélio metaplásico, com um excelente perfil de segurança. Em estudos randomizados e controlados demonstrou, ainda, eficácia na redução de progressão para ADC em doentes com displasia de baixo e alto grau.
A RFA é administrada utilizando o sistema Halo (Barrx Medical, Sunnyvale Cali) que fornece corrente alternada de alta frequência e provoca a destruição da camada mucosa, possibilitando o crescimento de epitélio escamoso estratificado.
Após a erradicação do EB com RFA os doentes devem manter terapêutica endoscópica com biópsias seriadas. Esta vigilância tem como objetivo identificar recorrência da doença bem como persistência de epitélio metaplásico sobre o epitélio escamoso (*burried Barrett*) que mantém potencial de transformação maligna.

* Serviço de Gastrenterologia – Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E

8 de junho, Quinta-feira, 16h00 - 16h30, Sala Albufeira

Imagiologia e DII – Estado da arte

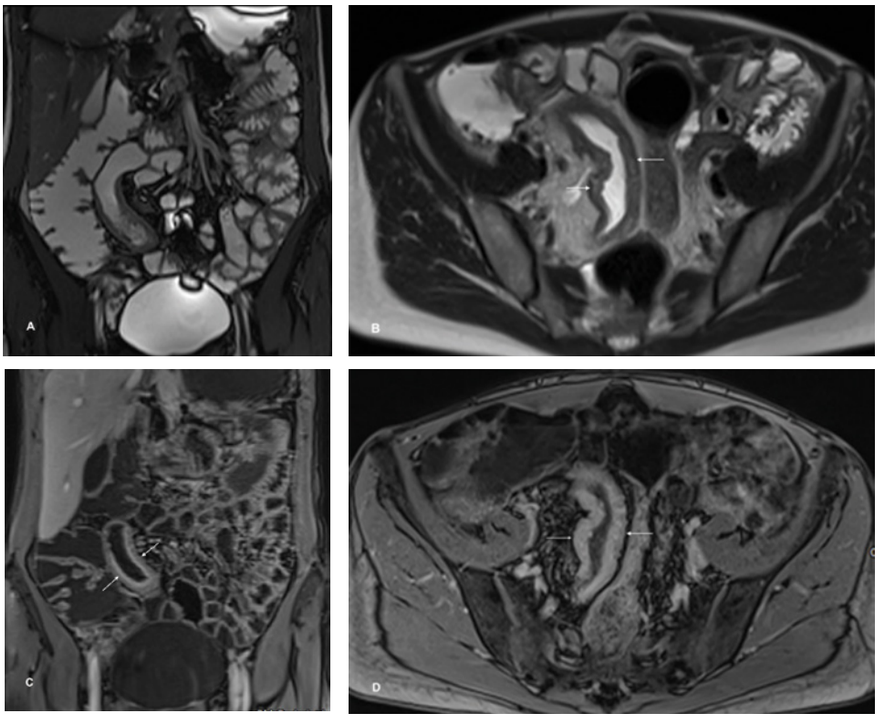
Dr. Miguel Ramalho*

Nas duas últimas décadas, os métodos de imagem seccional tornaram-se uma ferramenta fundamental na avaliação de doentes com doenças inflamatórias do intestino. A doença de Crohn (DC) tem uma relevância especial, considerando a crescente prevalência, a cronicidade e o processo de inflamação transmural que caracteriza a doença.

Na avaliação da DC, foram desenvolvidos vários métodos de imagem, mas persiste a necessidade de validação adicional da utilização ideal das várias técnicas de imagem disponíveis em combinação com técnicas endoscópicas e biopsia.

Deve ser enfatizado que as técnicas endoscópicas e as biopsias permitem a avaliação da mucosa, mas não avaliam a inflamação ou fibrose submucosa ou tecidos mais profundos. As técnicas endoscópicas podem por si só sub-representar a atividade de DC, particularmente considerando que a mucosa possui uma alta capacidade reparativa.

A DC é uma doença transmural em que a inflamação submucosa é responsável por doença tecidular e penetrante, doenças fibróticas, estenóticas e fistulizantes, que são os processos responsáveis pelas mais graves morbilidades. Atualmente, a enterografia por tomografia computorizada (CTE) e por ressonância magnética (MRE) são as duas únicas modalidades de imagem que permitem a visualização consistente e reprodutível de tecidos submucosos e extra-entéricos ao longo de todo o intestino delgado. Além disso, o uso crescente de agentes biológicos, combinado com os seus custos e riscos, justifica o uso de técnicas de imagem seccional para monitorizar o tratamento e avaliar objetivamente a evolução e cicatrização da DC.



Sinais típicos de doença de Crohn activa. Coronal TrueFisp (A), axial T2 (B), coronal (C) e axial (D) T1 pós-contraste. Observam-se sinais de doença inflamatória activa envolvendo os últimos 30 cm ileais com espessamento parietal, edema submucoso (hipersinal T2; seta, B) e acentuação do realce mucoso e transmural tardio (setas, C e D).

A CTE tem uma elevada sensibilidade (> 90%) para a deteção de DC. Além da sua capacidade no diagnóstico, a CTE demonstrou ser um bom indicador da atividade da DC em comparação com padrões de referência endoscópicos e histopatológicos[1-4]. No entanto, o uso ideal da CTE na DC deve ser avaliado no contexto de equilibrar os benefícios *vs*. potenciais riscos de radiação ionizante inerente. Num estudo, um aumento de quase 400% no uso de TCE para a investigação de DC foi relatado ao longo de um período de 4 anos[5]. A radiação ionizante aumenta o risco de neoplasias, um fenómeno diretamente relacionado à dose de radiação[6]. Os indivíduos mais jovens são mais vulneráveis à exposição à radiação, e a DC, em particular, tem sido associada a alta exposição à radiação em adultos e crianças, principalmente devido à repetição de TCE[7].

Tal como a CTE, a MRE pode ser utilizada no diagnóstico de doenças do intestino delgado e em doentes com DC estabelecida, para avaliar a atividade, extensão e gravidade, com sensibilidade e especificidade similar[8,9]. A MRE não expõe pacientes a radiações ionizantes e fornece vantagens técnicas e de diagnóstico adicionais. A MRE deverá ser a técnica de escolha principalmente em doentes jovens com DC, nos que requerem múltiplos exames de *follow-up* e naqueles com doença perianal.

Novos sistemas de *score* em MRE poderão eventualmente permitir avaliações padronizadas, no entanto a sua complexidade não permite ainda a sua utilização na prática clínica diária. Na nossa experiência, a avaliação da DC baseia-se na combinação de imagens pós-contraste ponderadas em T1 com supressão de gordura e imagens ponderadas em T2 com e sem supressão de gordura. Identificar a inflamação ativa é raramente um problema interpretativo na MRE. A inflamação ativa pode contudo mascarar a fibrose subjacente relacionada à doença crónica da parede intestinal. Na inflamação ativa, a avaliação longitudinal intra-individual por MRE deverá ser implementada para confirmar a melhoria da inflamação ativa. Após a terapêutica para inflamação ativa, a carga de fibrose poderá ser então avaliada, e essa informação poderá ser usada para decisões terapêuticas, incluindo a necessidade de cirurgia.

Conclusão

A CTE e MRE tornaram-se ferramentas vitais no diagnóstico, avaliação de gravidade e deteção de complicações intestinais e extra-entéricas. Pelos riscos associados à radiação ionizante a MRE deverá ser o método de escolha no seguimento destes doentes.

* Serviço de Radiologia.
Hospital Garcia de Orta

9 de junho, Sexta-feira
17h00-18h30, Auditório Algarve

Bibliografia

1. Solem CA, Loftus EV, Fletcher JG, et al. Small-bowel imaging in Crohn's disease: a prospective, blinded, 4-way comparison trial. Gastrointest Endosc. 2008; 68(2):255-66
2. Booya F, Akram S, Fletcher JG, et al. CT enterography and fistulizing Crohn's disease: clinical benefit and radiographic findings. Abdom Imaging. 2009; 34(4):467-75.
3. Siddiki HA, Fidler JL, Fletcher JG, et al. Prospective comparison of state-of-the-art MR enterography and CT enterography in small-bowel Crohn's disease. AJR Am J Roentgenol. 2009 Jul;193(1):113-21.
4. Lee SJ, Park SH, Kim AY, et al. A prospective comparison of standard-dose CT enterography and 50% reduced-dose CT enterography with and without noise reduction for evaluating Crohn disease. AJR Am J Roentgenol. 2011;1 97(1):50-7.
5. Desmond AN, O'Regan K, Curran C, et al. Crohn's disease: factors associated with exposure to high levels of diagnostic radiation. Gut. 2008; 57(11):1524-9.
6. Sodickson A, Baeyens PF, Andriole KP, et al. Recurrent CT, cumulative radiation ex- posure, and associated radiation-induced cancer risks from CT of adults. Radiology 2009; 251:175–184.
7. Palmer L, Herfarth H, Porter CQ, Fordham LA, Sandler RS, Kappelman MD. Diagnostic ionizing radiation exposure in a popula- tion-based sample of children with inflam- matory bowel diseases. Am J Gastroenterol 2009; 104:2816–2823.
8. Fiorino G, Bonifacio C, Peyrin-Biroulet L, et al.Prospective comparison of computed tomography enterography and magnetic resonance enterography for assessment of disease activity and complications in ileocolonic Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis. 2011;17(5):1073-80.
9. Qiu Y, Mao R, Chen BL, Li XH, He Y, Zeng ZR, Li ZP, Chen MH. Systematic review with meta-analysis: magnetic resonance enterography vs. computed tomography enterography for evaluating disease activity in small bowel Crohn's disease.. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Jul;40(2):134-46.

Nova abordagem da anemia ferropénica na hemorragia digestiva

Isabel Pedroto, MD, PhD*

Para Portugal, a OMS estima uma prevalência de anemia de aproximadamente 15% (5%-20%), com base num modelo matemático que recorre à prevalência noutras regiões. O estudo EMPIRE — Estudo epidemiológico para determinação da prevalência da anemia e do défice de ferro na população Portuguesa adulta —,o primeiro estudo epidemiológico de grande dimensão nesta área, foi conduzido pelo Anemia *Working Group Portugal* (AWGP) — Associação Portuguesa para o Estudo da Anemia, com o objetivo de validar estas estimativas. O estudo permitiu identificar uma prevalência de anemia medida de 19,9%. A deficiência de ferro era responsável por 52,7% de todos os casos de anemia.

A anemia tem um impacto negativo sobre a produtividade: num estudo efetuado em trabalhadores universitários, 16% dos indivíduos anémicos apresentou pelo menos um episódio de incapacidade temporária para o trabalho, com uma mediana de ausência de 5 dias. Em 2010, a anemia ferropénica foi responsável a nível global pela perda de 45 350 (IC 95% 31 046 – 64 616) DALY's (*Disability Adjusted Life Years*) correspondendo à 15.ª maior causa de perda de DALY's a nível mundial, situação esta que pouco se tem alterado face aos 20 anos anteriores.

A prevalência de anemia nos doentes com patologia gastrenterológica não se conhece com rigor mas considera-se uma manifestação clinicamente relevante. A anemia ferropénica é a mais frequente e relaciona-se com a hemorragia digestiva, a má-absorção ou as restrições dietéticas. Quando comparada com outras complicações, a anemia recebeu historicamente pouca atenção por parte dos gastrenterologistas.

Um estudo espanhol, epidemiológico e multicêntrico encontrou uma prevalência de anemia de 60% em doentes hospitalizados por doença gastrointestinal. No grupo de doentes internados por hemorragia digestiva (39%), 83% tinham anemia. Um outro estudo prospetivo de doentes admitidos por hemorragia digestiva alta não-hipertensiva mostrou que a incidência de anemia ferropénica, 30 dias após o episódio inicial hemorrágico, foi de 61%. No entanto, uma análise retrospetiva de doentes com anemia por hemorragia digestiva avaliou se a deficiência de ferro nestes doentes era diagnosticada e tratada, e concluiu que a deficiência de ferro é subdiagnosticada, subreconhecida e subtratada em doentes internados por hemorragia digestiva.

O objetivo deste grupo de trabalho foi o de identificar e tratar a anemia ferropénica e os estados de ferropenia, facilitando e padronizando a abordagem terapêutica instituída, com vista à otimização de tratamentos e de recursos em doentes com hemorragia digestiva.

São objetivos do tratamento da anemia ferropénica, a correção do valor de hemoglobina e dos índices de eritrócitos, bem como a reposição das reservas de ferro. A ferropenia mesmo sem anemia deve ser sempre corrigida. Os suplementos de ferro deverão ser avaliados de acordo com a sua eficácia terapêutica, tolerabilidade (especialmente gastrointestinal), interações medicamentosas e alimentares. Os efeitos laterais mais frequentemente associados à terapêutica com ferro oral (ocorrendo em 15-20% doentes) são as náuseas, dor epigástrica, obstipação ou diarreia e fezes escuras. Estima-se que 10-20% dos doentes abandone a terapêutica devido aos efeitos laterais. Por outro lado, a disponibilidade atual de novas formulações de ferro para administração intravenosa abriu novas perspetivas para o tratamento da anemia ferropénica capazes de minimizar o impacto sobre as comorbilidades e a qualidade de vida.

Com base na revisão da literatura e de estudos da vida real, a administração de carboximaltose férrica acompanha-se de: 1) recuperação mais rápida, constante no tempo, dos valores de Hb, ferritina e saturação da transferrina vs ferro oral e outras formulações de ferro IV; 2) diminuição da necessidade de concentrado de eritrócitos; 3) menor n.º de sessões de hospital de dia e redução da duração dos internamentos; 4) menor risco de hospitalização (vs ferro oral); 5) melhoria na capacidade funcional e qualidade de vida 6) possibilidade de administração de 1g de ferro em 15 minutos, com menor consumo de tempo. Acresce que o relatório de avaliação prévia do medicamento para uso humano em meio hospitalar do INFARMED, conclui que a carboximaltose férrica tem valor terapêutico acrescido pela maior eficácia, segurança e conveniência.

Na Semana Digestiva 2017, apresentaremos um fluxograma de abordagem, tratamento e monitorização da anemia ferropénica em doentes com hemorragia digestiva. O percurso que desenhamos: curto, simples e direto para maior eficácia, eficiência, segurança e reprodutibilidade na prática clínica diária.

* Diretora do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto. Professora do Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar

9 de junho, Sexta-feira
16h00-16h30, Auditório Algarve

FIT interval cancers in colorectal cancer screening

Evelien Dekker, PhD*

Background & Aims

Among subjects screened for colorectal cancer (CRC) by the guaiac fecal occult blood test, interval cancers develop in 48%–55% of the subjects. Data are limited on how many persons screened by fecal immunochemical tests (FIT), over multiple rounds, develop interval cancers. In the Netherlands, a pilot FIT-based biennial CRC screening program was conducted between 2006 and 2014. We collected and analyzed data from the program on CRCs detected during screening (SD-CRC) and CRCs not detected within the screening program (non–SD-CRC; such as FIT interval cancers, colonoscopy interval cancers and cancer in non-participants).

Methods

Screenees with a negative FIT result received a letter explaining that no blood had been detected in the stool sample and were re-invited, if eligible, for screening biennially. Screenees with a positive FIT result (hemoglobin concentration of 10 µg Hb/g feces) were invited for consultation and scheduled for colonoscopy; results were collected. After the 4th round of FIT screening, the cohort was linked to the Netherlands Cancer Registry, through 31 March 2015; participant characteristics, data on tumor stage, location (at time of resection), and survival status were collected for all identified CRC cases. A reference group comprised all persons with CRC diagnosed in the Netherlands general population during the same period, in the same age range (50–76 years), who had not been offered CRC screening. The median time between invitations (2.37 years) was used as a cut-off to categorize participants within the FIT interval cancer category. We compared participant characteristics, tumor characteristics, and mortality among subjects with SD-CRC and with non–SD-CRC.

Results

A total of 27,304 eligible individuals were invited for FIT-screening, of whom 18,716 (69%) participated at least once. Of these, 3005 (16%) had a positive result from the FIT in 1 of the 4 screening rounds. In total, CRC was detected in 261 participants: 116 SD-CRCs and 145 non–SD-CRCs (27 FIT interval cancers, 9 colonoscopy interval cancers, and 109 CRCs in non-participants). The FIT interval cancer proportion after 3 completed screening rounds was 23% Participants with SD-CRC had more early-stage tumors than participants with non– SD-CRCs ($P < .001$). Of persons with SD-CRC and FIT interval cancers, significantly higher proportions survived (89% and 81% respectively), compared to persons with colonoscopy interval cancers (44% survival) and non-participants with CRC (60% survival) ($P < .001$).

Conclusions

In an analysis of data from a pilot FIT-based biennial screening program, we found that among persons screened by FIT, 23% developed FIT interval cancer. FIT therefore detects CRC with 77% sensitivity. The proportion of FIT interval cancers in FIT screening appears to be lower than that with guaiac fecal occult blood testing. Clinical trial registry: yes, www.trialregister.nl, trial number: NTR5385.

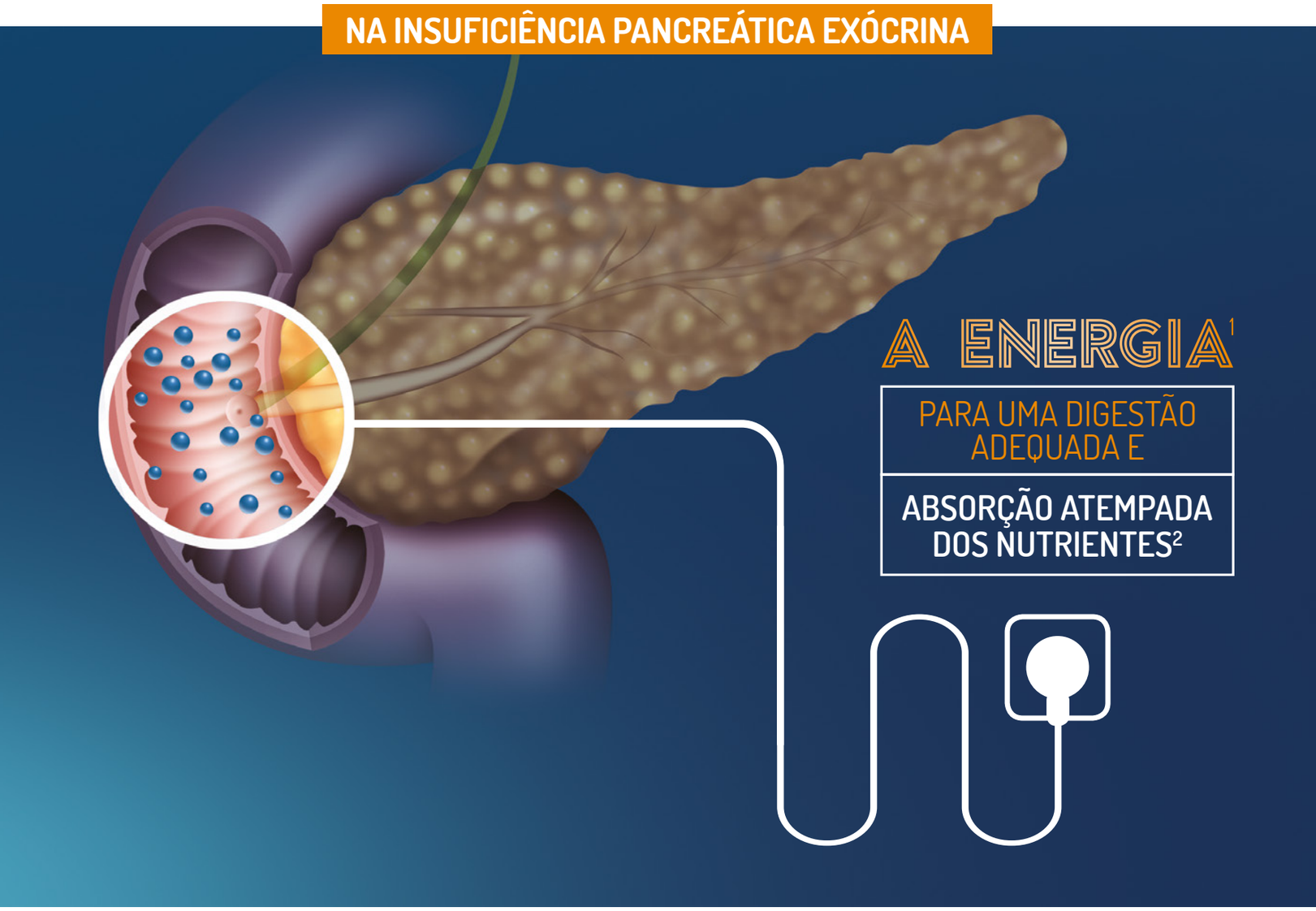
Co-authors:
Manon van der Vlugt, Esmeé J. Grobbee, Patrick M. M. Bossuyt, Amanda Bos, Evelien Bongers, Wolfert Spijker, Ernst J. Kuipers, Iris Landsdorp-Vogelaar, Manon C. W. Spaander

* Department of Gastroenterology and Hepatology, Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam, The Netherlands

8 de junho, Quinta-feira
14h30-16h00, Auditório Algarve

Kreon® 25000
pancreatina

NA INSUFICIÊNCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: KREON 150 mg cápsulas gastro-resistentes. **KREON 25000 300 mg** cápsulas gastro-resistentes. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: KREON** Cada cápsula contém: Pancreatina 150,00 mg. Correspondente a: Lipase 10.000 Unidades FIP. Amilase 8.000 Unidades FIP. Protease 600 Unidades FIP **KREON 25 000** Cada cápsula contém: Pancreatina 300,00 mg. Correspondente a: Lipase 25.000 Unidades FIP. Amilase 18.000 Unidades FIP. Protease 1.000 Unidades FIP. **FORMA FARMACÊUTICA:** Cápsulas gastrorresistente. **Indicações Terapêuticas**: Tratamento da Insuficiência Pancreática Exócrina. **Posologia e Modo de Administração**: Início do tratamento: **Adultos (incluindo idosos) e crianças:** Iniciar com 1 a 2 cápsulas de 10 000 unidades de lipase ou uma cápsula de 25 000 unidades de lipase a cada refeição. **Tratamento de manutenção:** O aumento da dose se necessário, deve ser lento e acompanhado de cuidadosa monitorização e verificação dos sintomas. É importante assegurar a hidratação adequada dos doentes durante a administração de kreon. As cápsulas podem ser deglutidas inteiras, ou para facilitar a administração, podem ser abertas e os grânulos tomados com líquidos ou comida mole, mas sem mastigar. Se os grânulos forem misturados com comida é importante que sejam tomados imediatamente, podendo resultar caso contrário na dissolução do revestimento gastro-resistente. De um modo geral, a dose a administrar não deve exceder as 10 000 U lipase/kg de peso corporal/dia. Os doentes com regimes posológicos superiores a 10 000 U lipase/kg/dia podem estar em risco de desenvolverem lesões do cólon (Ver Efeitos Indesejáveis). **Contra-Indicações:** Doentes com hipersensibilidade conhecida às proteínas porcinas ou a qualquer outro excipiente do medicamento. A substituição com enzimas pancreáticas não está indicada nas fases precoces da pancreatite aguda, bem como nas crises agudas da pancreatite crónica. **Advertências e Precauções Especiais de Utilização:** Os grânulos (minimicrosferas) não devem ser mastigados, uma vez que isto destruiria o revestimento gastro-resistente. Em alguns casos foi relatada a formação de estenose do cólon em crianças com fibrose quística. Se surgirem sintomas sugestivos de obstrução gastro-intestinal, deverá ser considerada a possibilidade de estenose e o doente deverá ser regularmente observado por um especialista (Ver Efeitos Indesejáveis). O produto tem origem porcina. **Interacções Medicamentosas e Outras Formas de Interacção**: Desconhecidas. **Efeitos Indesejáveis:** Perturbações gastro-intestinais Desconforto gástrico (frequente), diarreia (pouco frequente), obstipação (pouco frequente), náuseas (pouco frequentes). Foram relatados casos de retracções fibróticas do íleon-cego e do cólon e ainda colite em crianças com fibrose quística, medicadas com doses elevadas de suplementos de enzimas pancreáticas. O aparecimento de sintomas abdominais diferentes ou alteração dos sintomas abdominais já existentes, deve ser objecto de investigação para excluir a hipótese de lesão do cólon, especialmente se o doente estiver a fazer doses de enzimas pancreáticas em quantidade superior a 10 000 U lipase/kg/dia. Podem ocorrer, quando são utilizadas doses elevadas, irritação perianal e mais raramente sinais inflamatórios. Perturbações dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Foram reportadas reacções alérgicas e de hipersensibilidade cutâneas (pouco frequentes). Raramente foram observados casos de hiperuricosúria e hiperuricémia. Medicamento sujeito a receita médica. Regime de comparticipação: Escalão C. Escalão de comparticipação A na fibrose quística segundo Portaria nº 924-A/2010 de 17/09. Para mais informações deverá contactar o Titular da AIM. **DATA DA REVISÃO (PARCIAL) DO TEXTO:** 29.08.2011. Titular de AIM: BGP Products, Unipessoal, Lda., uma empresa Mylan. E-mail da Farmacovigilância: bgp.farmacovigilancia@mylan.com

BIBLIOGRAFIA:

1. Chi M.et al. Efficacy of Enzyme Supplementation After Surgery for Chronic Pancreatitis. Pancreas Vol. 14, No 2, pp. 174-180.
2. RCM Kreon 25.000.

Mylan
Better Health for a Better World

5/2017/EPD/069

Será que a endoscopia digestiva não é um ato médico?

Prof.ª Doutora Maria do Céu Rueff*

Será que a colonoscopia não é um ato médico?

Eis uma pergunta que um médico achará estranha, ainda mais se for gastrenterologista e tiver praticado inúmeras colonoscopias ou endoscopias digestivas. De perplexo, passará a alarmado, ao perceber que foi no pressuposto implícito de que a colonoscopia não é um ato médico que a mais alta instância judicial portuguesa condenou, em sede cível, um dos seus colegas a uma pesada indemnização, responsabilizando-o e punindo-o por um evento adverso: a perfuração do intestino.

Nas instâncias criminal e disciplinar os autos foram arquivados, mediante pareceres especializados. Mesmo assim, o médico acabou condenado no processo cível. Como foi isso possível?

É certo que o Tribunal da Relação do Porto extraiu a consequência correta do arquivamento dos autos criminal e disciplinar, qualificando o ocorrido como "evento adverso" e, portanto, não responsabilizando nem punindo o médico. O Supremo Tribunal de Justiça, porém, aplicou à colonoscopia a matriz do Direito Civil, comparando-a a um contrato de empreitada. Interrogando-se sobre se estamos perante uma obrigação de meios, por oposição à obrigação de resultado, o STJ concluiu – erradamente, salvo o devido respeito – que não se tratava de obrigação de meios e que só face a esta "o médico estaria apenas vinculado a actuar *segundo as regras da arte*, utilizando o *seu melhor saber*...". É como se o STJ retirasse assim da atuação médica o procedimento de levar a cabo uma colonoscopia e, consequentemente, lhe fosse indiferente nesse procedimento a atuação do médico de acordo com as *leges artis*!

Na minha comunicação, intitulada "Aspetos jurídicos das complicações da endoscopia digestiva", em que analiso os dois acórdãos, enquadro a questão no contexto de uma abordagem mais abrangente, levando em consideração as noções de: a) ato médico, ato médico unitário, método médico; b) violação/cumprimento das *leges artis*, violação de deveres de proteção de conduta ou laterais; c) taxonomia do erro, prevenção de acidentes e gestão do risco.

Eis uma pergunta que um médico achará estranha, ainda mais se for gastrenterologista e tiver praticado inúmeras colonoscopias ou endoscopias digestivas

Na minha comunicação, intitulada "Aspetos jurídicos das complicações da endoscopia digestiva", em que analiso os dois acórdãos, enquadro a questão no contexto de uma abordagem mais abrangente

Faço-o, entrecruzando contributos da Medicina e do Direito, pois, como desde há muito venho insistindo, só a perspetiva transdisciplinar jurídico-médica do *Direito da Medicina* – e não a visão parcelar de cada ramo do Direito (Penal, Civil, Administrativo, Disciplinar, etc.) – é capaz de captar a complexa realidade dos sistemas de saúde e dar uma resposta socialmente justa e adequada aos problemas cruciais que deles emergem quotidianamente.

Em harmonia com o acórdão do Tribunal da Relação do Porto, e contra o entendimento do STJ, sustento que o "evento adverso" em Medicina não deve ser punido. Sustento igualmente que devemos passar de uma "cultura da culpa" para uma "cultura da segurança" e que devem ser considerados, a médio prazo, mecanismos de socialização do risco, a exemplo do que já acontece noutros países.

Como solução a curto prazo, proponho a *Teoria do Consentimento Informado*, pois a medicina revela-se como atividade de risco em que os danos acontecem com relativa frequência, pelo que, na tarefa de imputação dos danos, devem ser destrinçados os riscos que o Direito também admite que sejam suportados pelo doente, impondo-se uma delimitação das *esferas de riscos*. O respeito pela dignidade e integridade moral e física levam à imposição da autodeterminação do paciente como pilar do consentimento e permitem transferir para este os riscos que de outro modo deverão ser suportados pelo médico. Segundo a *teoria dos riscos significativos*, que se tem vindo a afirmar, o médico deve comunicar os riscos que sabe ou devia saber serem pertinentes e relevantes para uma pessoa normal, colocada nas circunstâncias do paciente – ressalvando apenas o direito a não saber (Convenção de Oviedo, art. 10.º) e o privilégio terapêutico (art. 157.º, Cód. Penal). O médico deve ainda estar em condições de provar que cumpriu os deveres de esclarecimento, sendo relevante o dever de documentação (CDOM, art. 40.º).

Como solução a curto prazo, proponho a *Teoria do Consentimento Informado*, pois a medicina revela-se como atividade de risco em que os danos acontecem com relativa frequência

* Professora Convidada, regente de Direito da Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Investigadora do Instituto de Direito Penal e Ciências Criminais da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa

8 de junho, Quinta-feira
16h00 – 16h30, Auditório Algarve

SESSÃO SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

AUDITÓRIO ALGARVE – 8 DE JUNHO

14:30 – 16:00

RASTREIO DE CANCRO COLORRETAL: QUESTÕES ATUAIS
Moderadores Miguel Areia e Nuno Almeida

Cancro de intervalo. Competência, biologia ou ambos? | Marília Cravo
Pólipos diminutos – Qual a melhor abordagem? | Paulo Caldeira
Conference: The Dutch Program- Reporting na Experience | Evelien Dekker
Discussão

NOVO

No tratamento dos sintomas da
síndrome do intestino irritável

NORMATAL

floroglucinol + simeticone

ANTIESPASMÓDICO
ANTIFLATULENTO

ALÍVIO DA DOR E DA DISTENSÃO ABDOMINAL[1]

BOM PERFIL DE SEGURANÇA E TOLERABILIDADE[1]

PODE SER ADMINISTRADO NA GRÁVIDA A PARTIR DO 2º TRIMESTRE DE GRAVIDEZ[1]

POSOLOGIA[1]
2 cápsulas 3x dia

dupla ação

INOVAÇÃO PELO BEM-ESTAR INTESTINAL

REFERÊNCIAS: 1. Resumo das Características do Medicamento Normatal, versão de 07/06/2016

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

Nome do medicamento: Normatal 62,23 mg + 133 mg cápsulas **Composição qualitativa e quantitativa:** cada cápsula contém 80 mg de floroglucinol dihidratado (equivalente a 62,23 mg de floroglucinol anidro) e 133 mg de simeticone (equivalente a 125 mg de dimeticone) **Forma farmacêutica:**Cápsula branca opaco, tamanho 0, contendo pó branco e esbranquiçado. **Informações Clínica. Indicações terapêuticas:** tratamento dos sintomas funcionais gastrointestinais como flatulência, meteorismo, distensão abdominal, cólicas abdominais e diarreia, tratamento da sintomatologia da dispepsia funcional: flatulência e sensação de enfartamento, tratamento da sintomatologia do Síndrome do Intestino Irritável (SII): dor abdominal, diarreia, distensão abdominal, flatulência e manifestações espásticas do trato gastrointestinal. **Posologia e modo de administração:** dose recomendada é de 2 cápsulas, 3 vezes ao dia, antes das refeições ou quando houver dor. **Contraindicações**: hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Primeiro trimestre de gravidez e período de amamentação. Suspeita ou diagnóstico de perfuração ou obstrução intestinal. Administração concomitante de analgésicos opióides. **Advertências e precauções especiais de utilização:** hipersensibilidade**.** Doentes com história de reações alérgicas e cutâneas graves (angioedema, exantema, pustulose exantemática aguda, etc.) devem ser cuidadosamente monitorizados. A administração durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez deve ser feita com precaução e sob vigilância médica. **Efeitos indesejáveis**: o simeticone foi avaliado nalguns estudos clínicos realizados em doentes adultos com dispepsia funcional, síndrome dispéptica e Síndrome do Intestino Irritável (SII). Não se observaram eventos adversos graves relacionados com o simeticone. Os eventos adversos observados mais frequentemente são de origem gastrointestinal e incluem diarreia e dor abdominal. A frequência de reações adversas a seguir descrita é definida de acordo com a seguinte convenção: muito frequentes (≥1/10); frequentes (≥1/100 a <1/10); pouco frequentes (≥1/1.000 a <1/100); raros (≥1/10.000 a <1/1.000); muito raros (<1/10.000), desconhecido (não podem ser calculado a partir dos dados disponíveis).

Sistema de Orgãos	Frequência	
	Frequentes: ≥1/100, <1/10	Pouco frequentes: ≥1/1.000, <1/100
Doenças do sistema nervoso		Cefaleia
Afeções do ouvido e do labirinto		Vertigem
Doenças gastrointestinais		Diarreia Dor abdominal Náusea
Perturbações gerais e alterações no local de administração		Astenia

A associação de simeticone e floroglucinol foi estudada num ensaio clínico comparativo aleatorizado em doentes com distensão abdominal funcional. Não se observaram eventos adversos graves. As reações adversas mais comummente observadas foram de pouca gravidade, desaparecendo com o decorrer do estudo, e incluíram obstipação, cefaleia, náusea e vertigem.

Sistema de Orgãos	Frequência	
	Muito frequentes: ≥1/10	Frequentes: ≥1/100, <1/10
Doenças do metabolismo e nutrição		Anorexia
Doenças do sistema nervoso	Cefaleia	
Afeções do ouvido e do labirinto	Vertigem	
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino		Ataque de asma Dispneia de esforço
Doenças gastrointestinais	Obstipação	Náusea Ardor epigástrico Trombose hemorroidária
Perturbações gerais e alterações no local de administração		Astenia

Experiência pós-comercialização Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Desconhecido: choque anafilático, angioedema, exantema, vasculite cutânea, exantema bolhoso, urticária, pustulose exantemática generalizada aguda. Estas reações adversas foram observadas em doentes em tratamento com várias formulações orais de floroglucinol. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Alfa Wassermann - Produtos Farmacêuticos, Lda, Avenida José Malhoa nº 2, Edifício Malhoa Plaza, Piso-Escritório 2.2 1070-325 Lisboa, Portugal, Tel.: +351 217 226 110, Fax: +351 217 226 119, e-mail: geral@alfawassermann.pt Data da última revisão do texto: junho 2016 **Medicamento não sujeito a receita médica – Venda exclusiva na Farmácia.**

Para mais informações deverá contactar o titular de Autorização de Introdução no Mercado.

ALFA WASSERMANN

ALFA WASSERMANN PRODUTOS FARMACÊUTICOS, LDA.
Edifício Malhoa Plaza · Av. José Malhoa, n° 2, Escritório 2.2 · 1070-325 Lisboa - Portugal
Tel. +351 21 722 6110 - Fax +351 21 722 6119

NRM/05/ciclo2/2017
Data de elaboração: 16/05/2017

3 anos de GE - Jornal Português de Gastrenterologia

Pedro Pimentel Nunes, MD, PhD*

O GE- Jornal Português de Gastrenterologia conseguiu finalmente a indexação na PUBMED e PUBMED Central! O jornal que representa a Gastrenterologia Portuguesa aumentou de qualidade nos últimos anos e viu o seu esforço recompensado com esta indexação, tendo agora as condições necessárias para adquirir uma maior visibilidade internacional.

Nos anos que passaram formalizou-se um regulamento do jornal, constituiu-se uma nova equipa e um novo corpo editorial, com menos pessoas, mas mais elementos internacionais e todas motivadas para participar neste novo projeto. O corpo de revisores foi também atualizado, não só com a inclusão de novos revisores mas também com a atualização do seu perfil por áreas de interesse de forma a promover melhores e mais rápidas revisões. Mudou-se a editora, que é a agora a Karger, uma editora também de reputação internacional, mas que fornece um maior apoio, dedicado e personalizado aos nossos objetivos de crescimento e internacionalização.

Em relação aos números do jornal podemos dizer que estes foram todos melhorados sem exceção. Comparando este último triénio (2014-2016) com o triénio anterior, o número de artigos submetidos aumentou em 72%, sendo que em 2016 conseguiu-se ultrapassar pela primeira vez na história do jornal a barreira dos 100 artigos submetidos num só ano. O número de artigos originais submetidos aumentou em mais de 50%, o número de revisões em mais de 100%, a taxa de rejeição subiu para um valor recorde de 34% em 2016. Os tempos de revisão e de decisão dos artigos diminuíram em mais de metade. Tudo isto só foi possível devido a um grande esforço de toda a equipa editorial, corpo editorial e de todos os que aceitaram rever com qualidade e rapidez os artigos do GE.

Nesta linha de dinamização do jornal, este ano durante a Semana Digestiva vamos ter uma vez mais uma mesa dedicada ao GE. Os melhores artigos publicados no GE serão premiados. Os melhores revisores do GE durante o ano de 2016 serão também premiados, numa forma de agradecer o trabalho invisível mas fundamental que estes têm realizado, sem o qual não teria sido possível aumentar a qualidade dos artigos publicados. Apresentaremos os nossos resultados e no final os objetivos do GE para o próximo ano serão apresentados e postos à discussão. Nesse sentido convida-se todos os interessados a comparecer e a contribuir para o GE com ideias construtivas.

Pensamos que, finalmente, o GE está na posição que merece e que melhor dignifica a qualidade da Gastrenterologia em Portugal. Contudo, queremos ir mais longe e pretendemos que o jornal venha a ter um papel crescente e cada vez mais fundamental na divulgação da qualidade da Gastrenterologia Portuguesa. É para isso que trabalhamos, com motivação e dedicação, contando com a ajuda de todos os gastrenterologistas portugueses. O jornal é mais um testemunho da afirmação e engrandecimento da gastrenterologia nacional. Estamos todos de parabéns!

* Serviço de Gastrenterologia do IPO-Porto. Editor-chefe do GE

Sexta-feira, 9 de junho
17h00-18h00, Sala Lagos

Prevenir o erro

O exemplo da aviação

"A aviação ensina: como prevenir o erro" é o nome de uma conferência que vai decorrer durante a Semana Digestiva 2017. Um momento que promete levar os congressistas numa viagem pelo mundo da aviação, com a prevenção do erro como destino.

Armindo Martins é comandante, instrutor e verificador da TAP e vai proferir uma conferência em que se baseia na sua experiência profissional dando o conceito de erro, quais os fatores que o podem condicionar e que ferramentas podem ser implementadas na prática diária por forma a evitar este tipo de ocorrência.

"O desafio é falar sobre como prevenir o erro. Para nós é estimulante porque a estatística de prova mostra-nos que os acidentes acontecem essencialmente por erro humano, neste caso erro do piloto", indica o comandante da TAP, frisando que a "estatística é dura: em cada quatro acidentes, três acontecem por fatores humanos. Ou seja, os acidentes ocorreram com aviões completamente bons, sem qualquer tipo de anomalia, sendo que estiveram envolvidos aspetos comportamentais e humanos".

Para este profissional da aviação falar sobre o erro também gera uma certa discussão interessante, na medida em que facilmente se confunde com negligência, violação ou até mesmo sabotagem. "Tudo o que esteja relacionado com intencionalidade, deixa de ser erro. O exemplo não é feliz, mas se se andar a 180 km na autoestrada a intenção não é matar ninguém nem provocar acidentes mas também não é um erro; há uma violação grosseira", comenta.

O CRM (*Crew Resource Management*) é uma disciplina da aviação que estuda estes temas ao nível de prevenção e essencialmente ensina o rigor no sentido de não se errar. "A nossa máxima em termos de segurança e eficiência é fazer sempre bem à primeira. Aliás, é mesmo obrigação porque podemos colocar em risco a vida de pessoas", afirma Armindo Martins, enumerando aspetos comportamentais que contribuem para o erro: a maneira como se fala, ouve, critica, o modo como se recebe a crítica ou forma como se gerem conflitos. "O próprio estilo de vida, que é muito subjetivo mas pode influenciar se afetar o desempenho e pôr em causa a segurança e a eficiência", sublinha.

"Em ambiente de tripulação temos situações que se comparam muito às situações de equipa médica, em especial esta obrigatoriedade de tentar fazer bem à primeira", conclui Armindo Martins, que terá o desafio de partilhar com médicos a experiência na indústria da aviação.

9 de junho, Sexta-feira
11h00 – 11h30, Auditório Algarve

NEWSFARMA JORNAL DO CONGRESSO

AGRADECE O APOIO DE TODOS OS QUE CONTRIBUIRAM PARA A REALIZAÇÃO DESTE JORNAL, NOMEADAMENTE:

Semana Digestiva 2017

COORDENAÇÃO: ANA BRANQUINHO | anabranquinho@newsfarma.pt
DIRETOR COMERCIAL: MIGUEL INGENERF AFONSO | miguelafonso@newsfarma.pt
DIRETORA DE PUBLICIDADE: CONCEIÇÃO PIRES | conceicaopires@newsfarma.pt

EDIÇÃO: NEWSFARMA

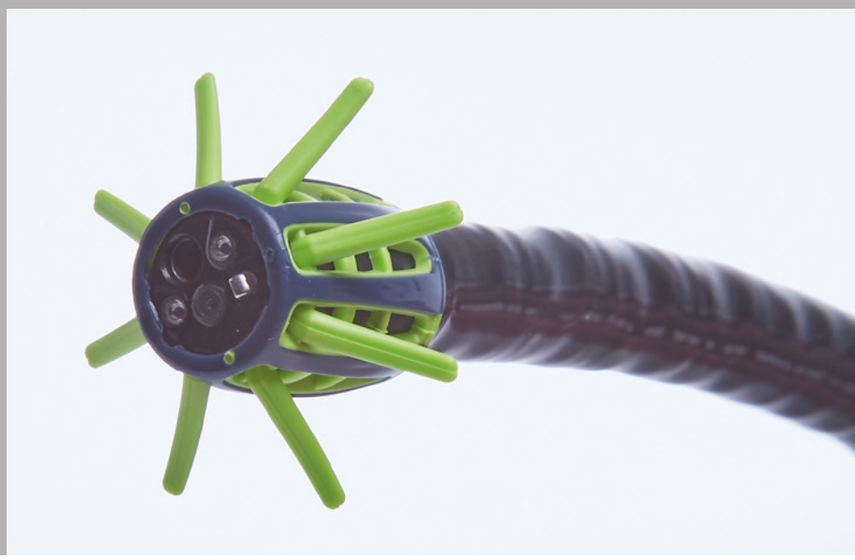
Avenida Infante D. Henrique, n.º 333 H, Esc. 37 \\ 1800-282 Lisboa
Tel.: 218 504 065 \\ Fax: 210 435 935
newsfarma@newsfarma.pt
www.newsfarma.pt

SECRETARIADO:

Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia

Av. António José de Almeida, n.º 5F- 8.º
1000-042 Lisboa. Tel.: 217 995 530
secretariado@semanadigestiva.pt

Aumenta a Taxa de Deteção de Adenomas em 46%[1]



ARC ENDOCUFF VISION™ – melhora a visualização, o controlo e a eficácia da colonoscopia

A Norgine comercializa o ARC ENDOCUFF VISION™, um dispositivo simples que se fixa à ponta do colonoscópio* e alisa suavemente a parede do cólon, o que permite uma melhor visualização. Vários estudos demonstram que, deste modo, a Taxa de Deteção de Adenomas (TDA) aumenta de 52% para 76% (melhoria de 46% com base nos dados mais baixos).[1] Para mais informações sobre como o ARC ENDOCUFF VISION™ pode melhorar o êxito das suas colonoscopias, visite a página **www.endocuff.com** ou contacte o seu representante da Norgine.

ARC ENDOCUFF VISION™

Referência: 1. Zacharias P., Tsiasmoulos, Patel K., et al. Single Centre Pilot Evaluating the use of Endopcuff-Vision in Screening. UEG; 2014:2 (Supplement1).

*ARC ENDOCUFF VISION pode ser utilizado com a maioria das marcas de colonoscópios, nomeadamente Fujinon, Olympus e Pentax.

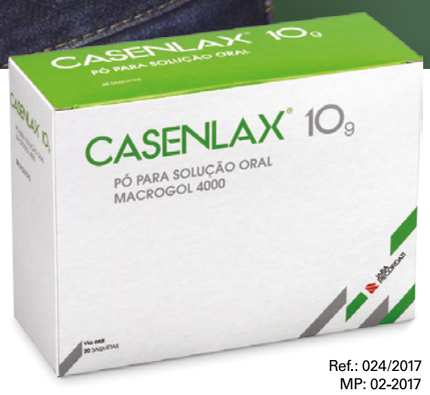
A NORGINE e o seu logotipo são marcas registadas do grupo de empresas Norgine.
ARC ENDOCUFF VISION é uma marca registada da Arc Medical Design Limited.
PT/ECV/0102/2016. Data de revisão: 31/03/2016

NORGINE

O QUE É NATURAL É VIVER BEM

Na Natureza, quase tudo funciona perfeitamente. Grandes movimentações fazem-se sem esforço e são cumpridos os objetivos com total eficácia, controlo e durabilidade. Casenlax® 10 g tem um desempenho igualmente eficaz no tratamento da obstipação persistente, funcionando como um laxante osmótico baseado em PEG 4000 sem eletrólitos, suave mas eficaz, que apresenta boa tolerabilidade e não causa habituação. Basta juntar água. Casenlax® 10 g a partir dos 8 anos para todos os doentes incluíndo diabéticos, celíacos e intolerantes à lactose.

CASENLAX® 10_g MAIS PERSISTENTE QUE A OBSTIPAÇÃO.



Ref.: 024/2017
MP: 02-2017

INFORMAÇÕES COMPATÍVEIS COM O RCM

1.NOME DO MEDICAMENTO: CASENLAX 10 g, pó para solução oral em saquetas. **2.COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada saqueta contém 10 g de macrogol 4000. **3.FORMA FARMACÊUTICA:** Pó para solução oral em saquetas. Pó quase branco. **4.INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento sintomático da obstipação em adultos e crianças a partir dos 8 anos de idade. Deve ser excluído um transtorno orgânico antes de se iniciar o tratamento. Deve considerar-se como tratamento adjuvante temporário a um controlo adequado da obstipação através da alimentação e do estilo de vida, com um período de tratamento máximo de 3 meses em crianças. **5.POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Via oral. 1 ou 2 saquetas por dia, de preferência tomadas numa só dose de manhã. Cada saqueta deve ser diluida num copo de água imediatamente antes de ser utilizada. Para crianças, o tratamento não deve durar mais de 3 meses. Ajustar a dose de acordo com os efeitos clínicos (uma saqueta de dois em dois dias até um máximo de 2 saquetas por dia). **6.CONTRA-INDICAÇÕES:** Doença intestinal inflamatória grave (como colite ulcerosa, doença de Crohn) ou megacólon tóxico, relacionado com estenose sintomática, perfuração digestiva ou risco de perfuração digestiva, íleus ou suspeita de obstrução intestinal, síndromes abdominais dolorosos de causa indeterminada, hipersensibilidade ao macrogol (polietilenoglicol) ou a qualquer dos excipientes. **7.ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Advertências - Os doentes com problemas hereditários de intolerância à frutose não devem tomar este medicamento. Não contém uma quantidade significativa de açúcar nem de poliol, pode receitar-se a diabéticos ou a doentes com uma alimentação isenta de galactose. **8.EFEITOS INDESEJÁVEIS:** População adulta: Frequentes: Dor e/ou distensão abdominal, Diarreia, Náuseas. Pouco frequentes: Vómitos, Urgência em defecar, Incontinência fecal. Desconhecidos: Transtornos electrolíticos (hiponatremia, hipocaliemia), e/ou desidratação, especialmente em doentes idosos. Muito raros: Reacções de hipersensibilidade (prurido, exantema, edema facial, edema de Quincke, urticária, choque anafilático). População pediátrica: Frequentes: Dor abdominal, Diarreia (pode ocasionar dor perianal). Pouco frequentes: Vómitos, Inchaço, Náuseas. Desconhecidos: Reacções de hipersensibilidade. Medicamento não sujeito a receita médica. **9.DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Agosto 2015. Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado ou o seu representante.

JABA RECORDATI GROUP

JABA RECORDATI, S.A.
Lagoas Park, Edifício 5, Torre C, Piso 3
2740-245 Porto Salvo
Tel.: 21 432 95 00
N.I.F.: 500492867

www.jaba-recordati.pt