

EDITORIAL

Renovar!

A SPP atravessa, com o País em que se integra, uma profunda e dolorosa crise. Entre as vagas de um mar do qual não se vêem os portos de abrigo, parece que nada nos resta senão esperar o milagre de uma luz orientadora ou de uma ajuda providencial. Somos sempre os últimos da estatística, custa fazer-nos ouvir ou respeitar, as recompensas pela qualidade do trabalho são nulas ou até penalizadoras e o retorno justo pelo nosso esforço não vem, ou diminui mês a mês.

O Boletim atravessou há um trimestre o seu aniversário inaugural, e atravessa também um ano de 2013 repleto de constrangimentos. Mas cá chegámos, junho passou, surgimos com orgulho de novo na página da SPP e cabe-nos declarar que vislumbramos a luz do farol a anunciar terra firme. Esta luz vem das nossas páginas eletrónicas, através de novos projetos das Comissões de Trabalho, um ambicioso plano de triénio, uma realização de um curso da Escola de Pneumologia, um treino de ecografia torácica, um plano para Abordagem Breve do doente fumador, que se pretende generalizar aos pneumologistas e também dos ecos de mais um Congresso de Pneumologia do Centro, desta vez na cidade da Guarda e pleno de novos valores e de novas propostas de trabalho - ímanes

poderosos a trazer a barca da SPP a bom porto. Vem ainda o exemplo da formação de um novo Serviço de Pneumologia, perto da capital, a traduzir sucesso de um grupo jovem de pneumologistas que não se vão render ao desânimo ou ao conformismo, tendo em vista a promoção da saúde respiratória e um alto nível de cuidados pneumológicos à população do seu Ribatejo.

De todos estes eventos, e também da divulgação bibliográfica e de outras iniciativas para melhorar os conhecimentos dos nossos sócios, transparece o inconformismo, a nossa convicção de valer a pena, e sobretudo uma grande certeza no valor dos nossos jovens associados, cada vez mais os Responsáveis pelos grupos de trabalho e até pelos Serviços.

Vem aí o segundo semestre deste ano de travessia, apelamos aos membros da SPP que cuidem bem da sua participação no Congresso da European Respiratory Society (ERS) e aos mais jovens que renovem a tradição de uma boa presença portuguesa no exame HERMES.

Precisamos de dar uma vassourada na pasmaçeira e no imobilismo. Renovar será, de ora avante, ainda mais que até agora, o nosso tema preferido nestas páginas.



JOSÉ REIS FERREIRA
Assistente Graduado
de Pneumologia, Hospital
das Forças Armadas

COMISSÃO DE TRABALHO DE TABAGISMO
COM NOVA COORDENAÇÃO

4º CONGRESSO DE PNEUMOLOGIA
DO CENTRO

NOVO SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA
DO HOSPITAL DE VILA FRANCA DE XIRA

Foi no passado dia 18 de maio que teve lugar a última reunião da Comissão de Trabalho de Tabagismo, organizada pela nova coordenação da Comissão, recentemente eleita. Um dos grandes objetivos desta reunião, além de delinear o plano de atividades para o triénio 2013-2015, foi também aproximar os membros da comissão e incluir todos os pneumologistas que de norte a sul se dedicam à área da cessação. Estiveram presentes 32 médicos, incluindo vários internos com interesse na área, representando as regiões do norte, do centro, de Lisboa e até dos Açores.

A quarta edição do Congresso de Pneumologia do Centro (CPC) decorreu este ano no Teatro Municipal da Guarda, mais uma vez na última semana de junho. Este congresso contou com participação ativa dos 10 Serviços de Pneumologia do Centro do País, concentrando num evento a energia, a vontade e o saber desta Região, sempre com o "Pulmão no Centro".

Esta motivação trouxe ao CPC 230 participantes!

O novo serviço de pneumologia entrou finalmente em funcionamento no início de abril de 2013, para grande satisfação de todos os profissionais e dos utentes.

Ultrapassada esta primeira fase de instalação, desafiante mas muito absorvente, preparamo-nos para iniciar uma nova etapa, vocacionada para o desenvolvimento de projetos estruturantes da pneumologia, em linha com um dos pilares da política do hospital de Vila Franca de Xira que é a orientação para as boas práticas em saúde.

BREVES DA PNEUMOLOGIA

XVIII edição do curso de pós-graduação da Escola de Pneumologia dedicada ao tema da Reabilitação Respiratória

Por João Munhá

Durante o passado mês de abril de 2013 teve lugar a XVIII edição do curso de pós graduação da Escola de Pneumologia dedicada ao tema da Reabilitação Respiratória. Esta iniciativa, fruto de uma já longa parceria entre os Laboratórios Bial e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, contou desta vez com alguns elementos inovadores.

O primeiro foi o próprio tema. Apesar de ser consensual no tratamento da pessoa com doença respiratória crónica, de que é o paradigma a DPOC, existe um enorme fosso entre o reconhecimento da Reabilitação Respiratória e a sua utilização na prática clínica. Este facto, para além de privar doentes do melhor padrão de tratamento, reflete-se numa insuficiente formação médica, uma vez que poucos serviços dispõem de programas estruturados.

O segundo prende-se com a própria organização do curso. Pretendeu-se que no dia e meio em que decorreram as sessões presenciais - 13 e 14 de abril - fosse privilegiada a aquisição de competências práticas para a realização das avaliações e intervenções incluídas nos programas de Reabilitação Respiratória - avaliação da capacidade ao exercício, da força, das pressões musculares, dos sintomas e da qualidade de vida relacionada com a saúde, prescrição de treino ou avaliação de resultados. Os participantes aprenderam e praticaram as técnicas, divididos por grupos que visitaram os "workshops" em rotatividade. Reforçando o cariz prático do curso, foi introduzido o caso de um "doente imaginário" com DPOC. Cada um dos formadores, aplicava o seu tema específico a este "doente", seja realizando uma avaliação inicial "imaginária", seja prescrevendo o treino adequado, ou avaliando os resultados finais. Todo o enquadramento teórico foi feito em sessões prévias - no dia 7 de abril - sob a forma de "web sessions", que eram acedidas mediante uma palavra-chave, mantendo-se no entanto disponíveis para acesso posterior. Apesar de problemas e dificuldades encontradas, pensamos que o modelo pode ser



aperfeiçoado e replicado em iniciativas posteriores. Um último aspeto inovador foi a inclusão de alguns temas raramente abordados, que se prendem com a transposição dos conhecimentos e aptidões para a vida real. Foi disso exemplo a ultima mesa redonda, que abordou "Como elaborar um relatório", "Material e pessoal" ou "Como convencer a sua administração, chefia e colegas - Elaborar um projeto". Finalmente, deve realçar-se o empenho e dedicação dos formadores, que incluíram não só médicos mas também fisioterapeutas e técnicos de cardiopneumologia com larga experiência e competência em Reabilitação Respiratória, que contribuíram definitivamente para o sucesso desta iniciativa, assim como o inestimável apoio logístico dos Laboratórios Bial.

BREVES DA PNEUMOLOGIA

Comissão de Trabalho de Tabagismo com nova Coordenação

Por Ana Figueiredo e José Pedro Boléo-Tomé

Foi no passado dia 18 de maio que teve lugar a última reunião da Comissão de Trabalho de Tabagismo, organizada pela nova coordenação da Comissão, recentemente eleita. Um dos grandes objetivos desta reunião, além de delinear o plano de atividades para o triénio 2013-2015, foi também aproximar os membros da comissão e incluir todos os pneumologistas que de norte a sul se dedicam à área da cessação. Estiveram presentes 32 médicos, incluindo vários internos com interesse na área, representando as regiões do norte, do centro, de Lisboa e até dos Açores.

O programa da reunião iniciou-se com a apresentação e boas-vindas da coordenação da Comissão. Seguiu-se a apresentação “O que somos: a história da Comissão”, realizada pela Dra. Ana Figueiredo, que resumiu o percurso e iniciativas da Comissão desde a sua criação até ao presente. À Dra. Eduarda Pestana coube a apresentação da sessão “Prevenção e controlo do tabagismo: 2012 em revisão”, em que resumiu os principais documentos publicados no último ano relativos a esta temática, como o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, a Diretiva Europeia dos Produtos de Tabaco ou os dados mais recentes do Relatório do US Surgeon General e do Eurobarómetro.

O tema seguinte, apresentado pela Dra. Ana Figueiredo e pelo Dr. José Pedro Boléo-Tomé, foi “O que queremos ser: o plano para o triénio”. Nesta apresentação foram delineadas as principais ideias a desenvolver pela Comissão no triénio 2013-2015, seguindo-se um período de discussão.

Durante a tarde seguiu-se a apresentação realizada pela Dra. Margarida Felizardo, com o título “O ano científico em revisão”, mas que na impossibilidade desta estar presente foi apresentada pela Dra. Ana Figueiredo. Foram ainda revistos alguns artigos publicados no último ano sobre avanços no tratamento do tabagismo. A reunião terminou com uma mesa redonda moderada pelo Dr. José Pedro Boléo-Tomé com o tema “Cessação tabágica difícil”, tendo sido apresentados dois casos clínicos, pela Dra. Luciana Bento, do Hospital Fernando Fonseca, e pela Dra. Ana Gonçalves, do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Uma das ideias-chave da reunião foi a importância da



intervenção breve para a cessação tabágica, a qual deve ser alargada a todos os médicos e reforçada em todas as consultas ou contactos com o doente. Ficou também definido o plano de atividades até 2015. A Comissão quer contar com a colaboração de todos para poder crescer e daí ser fundamental a participação de todos os que se interessam pela área da cessação tabágica, que deve ser uma causa comum.

PLANO PARA O TRIÉNIO 2013-2015

A - ORGANIZAÇÃO DA COMISSÃO

“Recenseamento” dos elementos da Comissão

Foi efetuada a atualização da lista de elementos da Comissão, e o levantamento das Consultas de Cessação Tabágica Hospitalares feitas por Pneumologistas em todo o país. Foram ainda direcionados convites a novos membros da Comissão de Tabagismo.

BREVES DA PNEUMOLOGIA

Facilitar a comunicação entre os elementos da Comissão

Foi já criado um Fórum de discussão on-line para permitir a troca de ideias, dúvidas, artigos científicos, datas de eventos, em tempo real. Este fórum é fechado aos membros da comissão – para participar basta solicitá-lo aos coordenadores.

Site da SPP

É fundamental manter atualizados os conteúdos da página da Comissão. Assim sendo, pretende-se criar informação útil para os fumadores, em particular aqueles com patologia respiratória, com palavras-chave de acesso direto online (por exemplo, informação sobre as consultas existentes, links para quitlines e sites úteis, etc.). Será ainda disponibilizada mais informação útil para os Pneumologistas, nomeadamente na área da Intervenção Breve.

Realização de uma reunião por ano

Os diferentes grupos de trabalho entretanto criados irão reunir noutras alturas, por exemplo no Congresso da SPP.

Organização anual de uma Mesa Redonda no Congresso da SPP

Sempre que possível em colaboração com outras Comissões de Trabalho.

Estabelecer contacto e colaboração com outras Comissões congéneres

Estão a ser estabelecidos contactos com o grupo de tabagismo da SEPAR, para eventuais projetos conjuntos no futuro.

Promover a participação de forma mais ativa dos elementos da Comissão em eventos nacionais e internacionais, fóruns de discussão, ONGs,...

Alguns exemplos são a ERS Occupation and Epidemiology Assembly (Tobacco, Smoking Control & Health Education), ENSP (European Network for Smoking Prevention), projeto Global Bridges, CO-PPT (Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo), SPT (Sociedade Portuguesa de Tabacologia), organismos dos quais fazem parte vários membros da Comissão.

B - FORMAÇÃO

Integração do tabagismo no novo plano de formação do Internato de Pneumologia

A Comissão elaborou e submeteu já um documento ao Colégio da Especialidade de Pneumologia da Ordem dos Médicos, contendo as nossas recomendações sobre os objetivos da formação em tabagismo para os internos de Pneumologia.

Intervenção Breve como saber obrigatório de todos os Pneumologistas

Criação de uma apresentação-tipo sobre Intervenção Breve e divulgação nas outras Comissões de Trabalho e no site da SPP.

Guia de cessação tabágica para Pneumologistas

Elaboração de um guia prático para Pneumologistas sobre cessação tabágica, ou adaptação e tradução para português de material já existente. Este material será disponibilizado no site da SPP.

Curso de tabagismo

A Comissão está a estudar a possibilidade de realizar um curso de tabagismo em formato e-learning.

Guia prático de cessação para fumadores com patologia respiratória e família

Elaboração de um guia prático para doentes do foro respiratório, ou adaptação e tradução para português de material já existente. Este guia será também disponibilizado no site da SPP.

C - OUTRAS ATIVIDADES

Organização de atividades conjuntas no dia 31 de maio (Dia Mundial sem Tabaco) e 17 de novembro (Dia do Não Fumador)

Em novembro de 2013 decorre em Portugal a ICTPC'13 (International Conference on Tobacco Prevention and Control); a Comissão de Tabagismo irá organizar um Simpósio nesta Conferência.

Para o dia 31 de maio de 2014 existem já várias ideias, como seja uma proposta de marketing social com a colaboração de uma Instituição de ensino superior de Marketing, sob a forma de um concurso, ou a criação de mensagens sobre tabagismo a ser colocadas nas intranets dos Hospitais ou no site da SPP.

Publicações

A Comissão pretende incentivar a publicação de artigos e notícias na Revista e no Boletim da SPP, relacionados com as atividades da Comissão.

Trabalhos científicos

Cumprindo o papel de uma comissão de trabalho de uma Sociedade científica, julgamos importante a realização de estudos de âmbito alargado que contribuam para o avanço do conhecimento sobre a epidemia tabágica e a cessação em Portugal. Iremos assim propor a realização de um estudo epidemiológico no campo das consultas especializadas para melhor conhecer a nossa realidade. É também intenção da comissão lançar um projeto para um estudo prospetivo que possa ser submetido em 2014 ao GRAND (Global Research Awards for Nicotine Dependence), patrocinado pela Pfizer.

BREVES DA PNEUMOLOGIA

Intervenção breve: uma obrigação de todos

Pela Comissão de Trabalho de Tabagismo da SPP

Desde os anos 80 que têm sido publicados estudos sobre a importância e os efeitos da intervenção ou aconselhamento breve na cessação tabágica. Já desde essa altura se constatou também que existia uma baixa taxa de deteção de fumadores por parte dos seus médicos assistentes. Anualmente, cerca de 80% da população consulta um médico nalgum momento, mas a um número variável destes doentes não é perguntado se fuma nem é feito qualquer aconselhamento. Todos estes momentos representam "oportunidades perdidas".

Nos últimos anos tem sido colocado ênfase crescente na promoção de estilos de vida saudáveis, paralelamente à prescrição de terapêuticas e acompanhamento na doença. Apesar dos esforços, a abordagem do tabagismo ainda não é uma prática rotineira em todas as consultas médicas. Isto é também verdade na Pneumologia, uma especialidade particularmente motivada para o tratamento das doenças provocadas pelo tabaco.

A última revisão da Cochrane sobre aconselhamento breve no tabagismo confirmou de novo que o aconselhamento fornecido pelo médico é eficaz na promoção da cessação. Estes efeitos existem tanto na intervenção breve como em intervenções mais intensivas. Os resultados da meta-análise, que incluem 28 estudos e mais de 20.000 participantes, apontam para um aumento na taxa de cessação de 1 a 3%, variando entre 1% e 14% nos vários estudos, com o aconselhamento breve.

Estes números aparentemente insignificantes podem ter enormes implicações do ponto de vista de Saúde Pública. Sendo uma intervenção extremamente barata e simples, se aplicada de uma forma sistemática a grandes populações pode conseguir números de abandono do tabaco significativos. A intervenção breve é assim extremamente custo-efetiva.

Existem vários modelos propostos para a abordagem do fumador, como a estratégia dos 5 As (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar), sendo os primeiros 2 itens muito facilmente realizados em qualquer consulta num tempo inferior a 5 minutos. A abordagem ABC (Abordar, aconselhamento Breve e Cessação), proposta pelo Ministério da Saúde neozelandês, é também extremamente

Deixar de Fumar: ABC

ABORDAR

Os hábitos tabágicos devem ser perguntados regularmente a todos os doentes e registados. Devem questionar-se também os que já fumaram no passado.

Pergunte: **"Fuma actualmente?"**

BREVE: aconselhamento

Incentivar com convicção todos os fumadores a parar de fumar. O aconselhamento deve ser:

- **Claro:** é importante que pare já, podemos ajudá-lo. Reduzir apenas enquanto está doente não é suficiente.
- **Forte:** deixar de fumar é a coisa mais importante que pode fazer para proteger a sua saúde agora e no futuro.
- **Personalizado:** associar o tabagismo à doença actual

CESSAÇÃO

Ajudar	Referenciar
<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer apoio e indicar recursos válidos • Marcar o Dia D • Oferecer apoio farmacológico (substitutos da nicotina, vareniclina, bupropiona) • Acompanhar no processo de cessação • Valorizar os sucessos e reforçar positivamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se não tem tempo ou recursos para ajudar na cessação, referencie a uma consulta especializada • Forneça folhetos informativos • Info online: www.exsmokers.eu/pt-pt www.sppneumologia.pt



Lembre-se: a intervenção breve resulta!

Adaptado de: New Zealand Smoking Cessation Guidelines Update, Ministry of Health, August 2007

simples. Em qualquer opção, é importante identificar os fumadores que estão interessados em deixar de fumar mas que necessitam de apoio intensivo. Para esses a referenciação a uma consulta especializada é o passo a adotar.

A Comissão de Tabagismo da SPP quer este ano promover a disseminação da Intervenção Breve em toda a Pneumologia. Perguntar ao doente se fuma e oferecer-lhe ajuda é um dever de todos nós!

BREVES DA PNEUMOLOGIA

Sessão de Sensibilização para Doenças Respiratórias

Por Mafalda van Zeller

Interna de Formação Específica Pneumologia, Centro Hospitalar de São João

No dia 25 de junho de 2013 realizou-se no Centro Hospitalar de São João a primeira Sessão de Sensibilização para Doenças Respiratórias, resultante da colaboração do Serviço de Pneumologia e do Serviço de Humanização deste hospital. Esta sessão decorreu no Atrium Hospitalidade, um local com grande afluência de pessoas, onde foi instalado um painel para projeção de apresentações e uma mesa de apoio.

No período da manhã, foi abordado o tema do Tabagismo, uma sessão organizada pelos médicos responsáveis pela Consulta de Cessação Tabágica com a colaboração de Internos de Pneumologia e de Medicina Geral e Familiar, enfermeiros e técnicos de cardiopneumologia. O objetivo era informar e alertar para os malefícios do tabaco e as vantagens da sua cessação. O público foi ainda convidado a ver algumas apresentações e os fumadores e ex-fumadores a fazer a determinação de CO exalado. A todos os fumadores foi efetuada uma intervenção breve (3-5 min) e disponibilizados folhetos informativos.

O período da tarde foi marcado pela discussão de abordagens como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), sob coordenação da responsável do departamento de Fisiopatologia Respiratória, Patologia Respiratória do Sono e Ventilação não Invasiva e com a colaboração de médicos e técnicos do Serviço de Pneumologia e Dietistas do hospital. Foram projetados slides sobre a DPOC e SAOS focando os sintomas e o tratamento, todas as pessoas que assim o pretenderam, tiveram oportunidade de realizar espirometrias de rastreio e responder às escalas de dispneia (mMRC) e de sonolência diurna (escala de Epworth), bem como de tirar dúvidas relacionadas com os temas.

Foi verificada uma grande participação do público em geral, o qual revelou entusiasmo em realizar os testes de rastreio. Estas sessões revelaram ter uma elevada receptividade por parte da comunidade e são motivo de satisfação para os profissionais de saúde envolvidos.



4º Congresso de Pneumologia do Centro - XXXVII Jornadas de Atualização Pneumológica Guarda, 27 e 28 de junho 2013

Por Carlos Robalo Cordeiro e Tiago Alfaro

A quarta edição do Congresso de Pneumologia do Centro (CPC) decorreu este ano no Teatro Municipal da Guarda, na última semana de junho. Este congresso contou com participação ativa dos 10 Serviços de Pneumologia do Centro do País, concentrando num evento a energia, a vontade e o saber da desta

Região, sempre com o “Pulmão no Centro”. Esta motivação trouxe ao CPC 230 participantes!

A abertura do congresso com a “Conferência António Robalo Cordeiro” dedicada ao tema “Ambiente e Qualidade do Ar” adequou-se perfeitamente a uma cidade com certificação da qualidade do seu

BREVES DA PNEUMOLOGIA



ar e muito focada para o bioclimatismo e a saúde respiratória. Discutiram-se as “Dificuldades no Diagnóstico Pneumológico” nas patologias intersticial e infecciosa, permanentes desafios à prática clínica de todos. A mesa “Tabaco e Doença Respiratória” proporcionou uma atualização sobre a importância do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo, bem como sobre a abordagem do fumador na perspetiva da pneumologia e da medicina geral e familiar. O programa científico do primeiro dia terminou com uma mesa redonda sobre “Pneumonias, da epidemiologia à prevenção”. No segundo dia discutiram-se a Reabilitação Respiratória, nas suas indicações em patologia aguda e crónica e a abordagem multidisciplinar nos avanços terapêuticos em oncologia pulmonar.

Salienta-se ainda o número impressionante e record de trabalhos científicos aceites, num total de 78 resumos, tendo sido 75 apresentados como póster e selecionados 3 para apresentação sob a forma de comunicação oral. Estas comunicações

incluíram uma descrição de sarcoidose estadio IV, da autoria da Dra. Verónica Cardoso do Hospital de S. João no Porto, uma avaliação retrospectiva do marcadores de resposta à broncodilatação na asma, apresentado pelo Dr. Paulo Matos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e finalmente um estudo retrospectivo sobre doenças linfoproliferativas pulmonares primárias, apresentado pela Mariana Donato, aluna de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O Júri da melhor comunicação decidiu atribuir o prémio da melhor comunicação às apresentações do Dr. Paulo Matos e da aluna Mariana Donato em ex-aequo. No final, os congressistas foram desafiados a repetir a participação no próximo CPC, a decorrer em Coimbra, de 26 a 27 de junho de 2014.

AO PORMENOR

Guia para doentes com défice de Alfa 1 Antitripsina: Uma colaboração luso-espanhola adaptada para Portugal

Por Carlos Robalo Cordeiro

In Prefácio do Guia para doentes com défice de AAT

(Disponível para download em www.sppenumologia.pt)

De acordo com o mais recente estudo epidemiológico realizado em Portugal, com o suporte da iniciativa internacional BOLD, 14,2% da população portuguesa com mais de 45 anos poderá sofrer de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), o que significará cerca de 1 milhão de doentes com esta patologia. Esta realidade condiciona um expressivo impacto na morbilidade, na qualidade de vida e na mortalidade por doença respiratória dos nossos cidadãos, traduzindo igualmente uma considerável, indesejável e parcialmente evitável repercussão socio-económica.

Não se conhece com exatidão a prevalência do défice de Alfa 1 Antitripsina em Portugal, mas estima-se que cerca de 1 a 4,5% dos doentes com DPOC possa apresentar deficiência grave de Alfa 1 Antitripsina, o que determinará o aparecimento mais precoce de enfisema pulmonar, nomeadamente em fumadores, sendo uma das principais causas de mortalidade neste grupo patológico. No entanto, apesar destes números, é ainda muito escassa a informação sobre a doença e a grande maioria dos indivíduos com deficiência de Alfa 1 Antitripsina não está ainda diagnosticada. Assume, assim, importância acrescida a constituição, no nosso país, da Associação Alfa de Portugal (AA1P), congregando doentes com este défice e contribuindo para aumentar o esclarecimento sobre a patologia, não apenas dos pacientes, mas também dos profissionais de saúde e da população em geral.

É igualmente motivada por estes objetivos que a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) vem apoiando uma crescente divulgação neste âmbito nosológico, quer através da inclusão do tema em diversas reuniões, nomeadamente nos seus Congressos Anuais, quer com a recente migração do Registo de Doentes com Déficit de



Alfa 1 para a sua página web, quer, com particular entusiasmo, associando-se à adaptação para a língua portuguesa da publicação que agora se apresenta, cuja iniciativa se saúda, pelo impacto positivo que seguramente alcançará na difusão da patologia em análise e no aumento do respetivo conhecimento.

AO PORMENOR

Ecografia torácica: uma ferramenta disponível à cabeceira do doente.

Perspetiva de um Pneumologista em formação

Por Helder Novais e Bastos
Serviço de Pneumologia do Hospital de São João

A ecografia é um método seguro, livre de radiação ionizante ou contraste, que pode ser realizado em qualquer lugar e em qualquer doente, incluindo doentes críticos. É útil quer na avaliação preliminar, quer complementando outros métodos e até na orientação de procedimentos invasivos, minimizando as suas complicações. Tradicionalmente, em Portugal, como no resto do mundo, a ecografia torácica esteve centralizada nos serviços de radiologia. Num período em que as suas indicações eram mais restritas, os aparelhos caros e exigindo elevada perícia técnica, essa centralização era justificável. Porém, nas normas das sociedades médicas internacionais é crescente a referência ao uso da ecografia para guiar intervenções pleurais (1), ameaçando aumentar as solicitações ao radiologista. O aparecimento de aparelhos mais compactos, mais baratos e de melhor qualidade, vem corresponder à tendência atual de trazer o ecógrafo para as enfermarias, operacionalizado por clínicos. Em 2006, foi realizado um inquérito nacional no Reino Unido aos internos de especialidade inscritos na British Thoracic Society (2). A maioria dos inquiridos (86%) consideravam que os pneumologistas podiam executar eles próprios a ecografia torácica e 92,7% desejavam que o treino em ecografia fosse integrado no curriculum do internato. No mesmo ano, a Comissão de Trabalho HERMES da European Respiratory Society publicou uma proposta para um programa de formação comum europeu, onde incluiu esta técnica no conjunto de competências a adquirir pelos especialistas em pneumologia (3). Visto que os ultrassons penetram mal o osso e o ar, o seu uso na avaliação do tórax parecia improvável. Contudo, em condições patológicas, é uma inestimável ferramenta no diagnóstico de derrames pleurais e pericárdicos, empiema, pneumotórax, edema pulmonar e pneumonia, comprovadamente com melhor sensibilidade relativamente à radiologia convencional (4, 5), bem como no embolismo pulmonar e cancro pulmonar metastático ou primário (4). No Hospital Oststadt-Heidehaus na Alemanha, é utilizada no estadiamento do cancro do pulmão, ao avaliar a invasão ou integridade da pleura, parede torácica, fígado, glândulas suprarrenais e osso, ou guiando em tempo-real a biópsia de uma adenopatia ou massa da parede torácica detetada durante o exame.

Um estudo avaliou o atraso no internamento devido à realização de ecografia torácica nos serviços de radiologia (6). Em 95 pedidos de ecografia, houve uma perda total de 149 dias, desde o pedido de ecografia à sua realização. Em 5,3% dos casos, houve um atraso na realização da ecografia superior a 7 dias, geralmente por o doente não apresentar condições de ser transportado. O custo associado ao prolongamento do internamento foi estimado em £17.880 por ano. Em 27% dos casos, não se realizou nenhuma intervenção pleural, por ausência de indicação clínica (por erro no diagnóstico inicial, ou pela presença de líquido pleural insuficiente para um procedimento seguro). Assim, deduz-se que a acessibilidade do pneumologista ao ecógrafo pode, não apenas, poupar em dias de internamento e custos correspondentes, mas também prevenir a realização de procedimentos inapropriados. Além disso, a ecografia é um exame dinâmico, dependente da manipulação contínua da sonda gerando imagens contrastantes. A melhor correlação clínica com história do doente obtém-se observando diretamente a sucessão de imagens produzidas pela ecografia, em vez da interpretação de imagens estáticas disponibilizadas posteriormente ou, sequer, pela confrontação da radiografia do tórax com a cruz desenhada na pele do doente. Aliás, essa marcação cutânea prévia para os procedimentos pleurais, não provou reduzir o risco de complicações (7). Mantém-se, contudo, a prática corrente na maioria dos centros. Na realidade, são raras as situações em que o pneumologista solicita a ecografia torácica. Na maioria dos casos, o pedido de ecografia segue-se a uma tentativa falhada de toracocentese. Num estudo em que se solicitou ao médico que determinasse, pelo

AO PORMENOR

exame físico e radiografia, o local de toracocentese, demonstrou-se que em 10% dos casos, o local escolhido era considerado perigoso pela avaliação ecográfica, com risco de perfuração hepática, esplênica, ou pulmonar (8). Esta conclusão coincide com os resultados de estudos prévios (9-11), reportando falência (ausência de líquido) de 10 a 13% das toracocenteses realizadas "às cegas". A complicação mais comum foi o pneumotórax, ocorrendo em 11 a 30% das punções, seguido de hemotórax, hematoma sub-diafragmático e lacerações de órgãos sub-diafragmáticos. Seguiram-se outros trabalhos, comprovando a redução de complicações nas toracocenteses guiadas por ecografia (12) e recomendações para o emprego da ecografia torácica rotineiramente (8, 13). Parece-me claro concluir que a ecografia torácica não é mais exclusiva dos radiologistas. O seu emprego diminuirá o erro diagnóstico e a iatrogenia. Permitirá também obter diagnósticos mais rápidos e precisos, nomeadamente através de procedimentos invasivos realizados sob visualização, em tempo-real, do registo ecográfico. A sua utilidade é superior na orientação de toracocenteses de derrames pleurais de pequeno volume ou septados, na colocação de drenos torácicos, na detecção de pneumotóraces loculados, sobretudo em doentes poli-traumatizados. Os hospitais devem encorajar e financiar a aquisição de ecógrafos portáteis para pneumologistas e intensivistas, assegurando, igualmente, o treino apropriado destes profissionais (14, 15). O retorno financeiro do investimento é garantido pela maior eficiência no serviço prestado. A ecografia executada por radiologistas continuará a ser mais adequada para alguns doentes. Importa manter a inter-disciplinaridade desta técnica e assegurar a cooperação entre serviços. No Reino Unido, a Royal College of Radiologists, publicou recomendações para a ecografia torácica por não-radiologistas (15), comprometendo os radiologistas na formação de especialistas médicos e cirúrgicos, nos mesmos padrões que os internos de radiologia, embora restrita à especificidade de cada especialidade.

REFERÊNCIAS

1. Havelock TTR, Laws D, Gleeson F. Pleural procedures and thoracic ultrasound: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax*. 2010;65(Suppl 2):ii61-ii76.
2. Guhan AR WP, Leen GS, Naisby GP. Ninety two percent of current respiratory specialist registrars think that training in chest ultrasound examination for pleural diseases should be included in their training curriculum: The results of a national web-based questionnaire survey on the practice of chest ultrasound examination in the United Kingdom. *Thorax*. 2006;61(Suppl/2):P188.
3. Loddenkemper R SvT, Eiselé J-L, Chuchalin A, Donner CF, Di Maria G, Magyar P, Muers M, Muir J-F, Nybo B, Phillips G, Riddell G, Stevenson R, Zach M, Haslam PL. HERMES: a European core syllabus in respiratory medicine. *Breathe*. 2006;3:59-69.
4. Bolliger CT HF, Mayo PH, Miyazawa T, Beamis JF, editor. *Clinical Chest Ultrasound: From the ICU to the Bronchoscopy Suite*. Basel: Karger; 2009.
5. Moore CL CJ. Point-of-Care Ultrasonography. *N Engl J Med*. 2011;364:749-57.
6. Bateman K DD, Teare T. Thoracic ultrasound for pleural effusion: Delays and cost associated with departmental scanning. *Respiratory Medicine*. 2010;104:612-4.
7. Raptopoulos V DL, Lee G, Umali C, Lew R, Irwin RS. Factors affecting the development of pneumothorax associated with thoracentesis. *AJR Am J Roentgenol*. 1991;156:917-20.
8. Diacon AH BM, Soler M. Accuracy of pleural puncture sites: a prospective comparison of clinical examination with ultrasound. *Chest*. 2003;123(2):436-41.
9. Grogan DR IR, Channick R, *et al*. Complications associated with thoracentesis: a prospective, randomized study comparing three different methods. *Arch Intern Med*. 1990;150:873-7.
10. Collins TR SS. Thoracocentesis: clinical value, complications, technical problems, and patient experience. *Chest*. 1987;91:817-22.
11. Seneff MG CR, Gold LH, *et al*. Complications associated with thoracocentesis. *Chest*. 1986;90:97-100.
12. Jones PW MJ, Rogers JT, Rodriguez RM, Gary Lee YC, Light RW. Ultrasound-Guided Thoracentesis: Is It a Safer Method? *Chest*. 2003;123:418-23.
13. NPSA. Rapid Response Report: Risks of chest drain insertion: NPSA; 2008 Contract No.: Document Number].
14. Noble VE LL, Capp R, Bosson N, Liteplo A, Marx J-S, Carli P. Evaluation of a thoracic ultrasound training module for the detection of pneumothorax and pulmonary edema by prehospital physician care providers. *BMC Medical Education*. 2009;9(3).
15. Radiology BotFoC. Ultrasound Training Recommendations for Medical and Surgical Specialties. London; 2005 Contract No.: Document Number].

QUEM É QUEM

Novo Serviço de Pneumologia do Hospital de Vila Franca de Xira

Por Paula Rosa



No dia 1 de agosto de 2011, no velho hospital Reynaldo dos Santos, em Vila Franca de Xira, nasceu mais um Serviço de Pneumologia! A necessidade desta especialidade, essa... era já mais antiga!

Com efeito, desde há muitos anos que o Hospital Reynaldo dos Santos era manifestamente insuficiente, quer em dimensão física quer em diferenciação profissional para a área que cobre: os concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, num total de 245.000 habitantes.

A oportunidade surgiu quando foi estabelecida com a José de Mello Saúde uma Parceria Público Privada que previa a introdução de algumas especialidades, uma delas a Pneumologia. No entanto, ao contrário de outras especialidades que se iniciaram na mesma altura (neurologia e ORL) e que já tinham existido anteriormente em Vila Franca, a pneumologia era absolutamente nova no hospital. Os doentes respiratórios eram habitualmente enviados para outros hospitais da

cidade de Lisboa, o que condicionava bastante o acesso a estes cuidados, quer pela distância, quer pela quantidade de doentes.

O desafio para a criação de um serviço de Pneumologia no novo hospital de Vila Franca de Xira, foi-me lançado em meados do primeiro semestre de 2011, estando eu na altura em funções no Hospital Fernando da Fonseca. Como já conhecia o grupo José de Mello, enquanto este esteve a gerir o hospital Fernando da Fonseca, aceitei o desafio com entusiasmo, mesmo sabendo que iniciaria as minhas funções no velho hospital.

Foi necessário começar tudo de princípio!

Primeiro foi preciso criar uma “cultura de pneumologia”. Por falta de hábito, a discussão dos casos com a pneumologia não era natural e para isso foi necessário estabelecer pontes com os outros serviços do hospital: ir às visitas de Medicina Interna e do SO, procurar ativamente a patologia pleural, introduzir conceitos (muitas vezes básicos como a utilização da câmara expansora), desenhar

QUEM É QUEM



protocolos, fazer formação (técnicas inalatórias, drenagem torácica e preparação dos doentes para exames invasivos, ventilação não invasiva). Iniciaram-se também reuniões com outras especialidades “parceiras” para abordagem conjunta dos doentes, nomeadamente com a imagiologia e a Medicina Física e Reabilitação. Outro aspeto que privilegiámos foi a divulgação do serviço nos Centros de saúde da área de influência do hospital e a realização de ações de formação e de rastreio da doença respiratória.

A criação de canais de comunicação eficazes entre a pneumologia e os médicos de medicina geral e familiar, foi feita desde o início e tem-se desenvolvido de forma consistente, com benefício para todas as partes. Simultaneamente, foi-se instalando os exames de diagnóstico:

- laboratório de função respiratória: para o que foi necessário;
- encontrar um espaço, ainda no “velho” hospital, com as condições;
- adequadas à realização dos exames, adquirir e instalar o material;
- fazer a formação da técnica de cardiopneumologia (Sandra Carvalho);
- e das auxiliares responsáveis pela limpeza do equipamento.

Técnicas invasivas: para a sua realização partilhámos uma sala com o serviço de gastroenterologia. Nestas instalações provisórias, a implementação de condições rigorosas para prevenção da infeção, sempre necessárias mas de modo particular num espaço tão exíguo e afluído, foi uma preocupação constante. Outra preocupação foi a formação da equipa de enfermeiras e auxiliares, que estando familiarizadas com a endoscopia digestiva, desconheciam as técnicas utilizadas pela pneumologia. A Consulta externa, inicialmente com poucos doentes, rapidamente aumentou de volume e de complexidade, justificando a sua divisão em sub-consultas com protocolo próprio (Cessação tabágica, Sono, Pré-operatório, Doenças do Interstício e Insuficiência respiratória) para além da consulta de Pneumologia Geral, a fim de adequar os recursos humanos e materiais específicos a cada caso. Verificou-se posteriormente que um grupo significativo de doentes necessitava de uma consulta breve para diagnóstico rápido ou orientação terapêutica (p.e. suspeita de neoplasia, avaliação pós-internamento ou após vinda ao SU), tendo-se instituído uma consulta que se denominou Consulta de Pneumologia-Decisão, com periodicidade semanal e realizada por qualquer elemento médico da equipa.

QUEM É QUEM



Não existem camas de internamento específicas para a Pneumologia, sendo que sempre que necessário e solicitado os doentes são internados nas camas da Medicina.

O apoio de consultadoria aos outros serviços do hospital e, particularmente ao Serviço de Urgência, é assegurado entre as 8h e as 20h nos dias úteis.

Estas atividades só foram possíveis porque em julho e novembro de 2012 a equipa foi reforçada pelos colegas Catarina Pissarra e Nelson Marçal, que muito vieram dignificar o serviço pelas suas excelentes qualidades profissionais e pessoais.

A inexistência no hospital de enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia e auxiliares com treino na área respiratória forçou a formação de um grupo de profissionais capazes de assegurar com autonomia as sub-consultas e os exames invasivos. Isso só foi possível com o entusiasmo e a dedicação destes profissionais que sempre se disponibilizaram para aprender e para cooperar com a equipa médica de forma entusiasmada e competente.

Foi também muito gratificante, neste pouco tempo de vida, ter connosco em estágio 3 internos do ano comum e 1 interno de Medicina Geral e familiar.

Paralelamente, fomos preparando a transferência do hospital para o novo hospital em construção, este sim com condições ideais para a instalação da unidade de técnicas de pneumologia e do Laboratório de função respiratória.

O novo hospital entrou finalmente em funcionamento no início de abril de 2013, para grande satisfação de todos os profissionais e dos utentes.

Ultrapassada esta primeira fase de instalação, desafiante mas muito absorvente, preparamo-nos para iniciar uma nova etapa, vocacionada para o desenvolvimento de projetos estruturantes da pneumologia, em linha com uma dos pilares da política do hospital de Vila Franca de Xira que é a orientação para as boas práticas em saúde.

Esta é altura de refletir sobre o que foi feito e do que é preciso ajustar, de desenvolver os projetos em curso e iniciar novos: de formação, como é o caso do curso sobre a "Importância dos questionários na Pneumologia" e do 2º curso de Ventilação Não Invasiva; de parceria com outros serviços do hospital (Unidade cuidados intensivos, medicina física e reabilitação, psiquiatria, ORL, neurologia), com os centros de saúde e também com outros serviços de pneumologia.

A primeira reflexão que faço sobre este desafio que aceitei, é de que muito está por fazer pela pneumologia!

O desconhecimento do diagnóstico, prevenção e tratamento da doença respiratória é assustadora e a minha perceção é a de que, talvez com exceção de algumas áreas do país mais "vestidas" de pneumologistas, a pneumologia não tem sabido cativar os colegas de medicina interna e de medicina geral e familiar para esta patologia e para o benefício da sua prevenção e tratamento.

A segunda reflexão, é sobre o reconhecimento de que a medicina só é verdadeiramente eficaz se feita em equipa multidisciplinar, com partilha dos vários saberes e sensibilidades e, qual cereja em cima do bolo, com uma equipa motivada, competente e bem-disposta!

Isto leva-me à última reflexão, a de que sou uma médica privilegiada por pertencer a uma equipa com essas características!

EM AGENDA

Programas disponíveis em www.sppneumologia.pt

Congresso anual da ERS

07 setembro 2013 a 11 setembro 2013, Barcelona, Espanha

Paediatric Flexible Bronchoscopy

16 setembro 2013 a 18 setembro 2013, Paris, França

International Bronchoscopy

26 setembro 2013 a 28 setembro 2013, Atenas, Grécia

Curso pré-congresso - ERS/SPP

24 outubro 2013, Centro de Congressos Sana Epic

Thoracic Imaging

24 outubro 2013 a 26 outubro 2013, Barcelona, Espanha

XXIX Congresso de Pneumologia

25 outubro 2013 a 27 outubro 2013, Centro de Congressos Sana Epic

CHEST 2013 - Annual Scientific Meeting of the American College of Chest Physicians

26 outubro 2013 a 31 outubro 2013, Chicago, USA

PAPERS: OS MAIS CITADOS

1. JAMA. 2013 Jun 5;309(21):2223-31. doi: 10.1001/jama.2013.5023.

SHORT-TERM VS CONVENTIONAL GLUCOCORTICOID THERAPY IN ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: THE REDUCE RANDOMIZED CLINICAL TRIAL.

Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, Duerring U, Henzen C, Leibbrandt Y, Maier S, Miedinger D, Müller B, Scherr A, Schindler C, Stoeckli R, Viatte S, von Garnier C, Tamm M, Rutishauser J.

2. Chest. 2013 Mar;143(3):694-702.

DISTRIBUTION AND PROGNOSTIC VALIDITY OF THE NEW GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE GRADING CLASSIFICATION.

Soriano JB, Alfageme I, Almagro P, Casanova C, Esteban C, Soler-Cataluña JJ, de Torres JP, Martinez-Camblor P, Miravittles M, Celli BR, Marin JM.

3. JAMA. 2013 Jun 12;309(22):2353-61. doi: 10.1001/jama.2013.5732.

INFLAMMATORY BIOMARKERS AND EXACERBATIONS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE.

Thomsen M, Ingebrigtsen TS, Marott JL, Dahl M, Lange P, Vestbo J, Nordestgaard BG.

4. N Engl J Med. 2013 Jun 6;368(23):2159-68. doi: 10.1056/NEJMoa1214103. Epub 2013 May 20.

PRONE POSITIONING IN SEVERE ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.

Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, Mercier E, Badet M, Mercat A, Baudin O, Clavel M, Chatellier D, Jaber S, Rosselli S, Mancebo J, Sirodot M, Hilbert G, Bengler C, Richecoeur J, Gainnier M, Bayle F, Bourdin G, Leray V, Girard R, Baboi L, Ayzac L; PROSEVA Study Group. Collaborators (100)

5. PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION: SCREENING, MANAGEMENT, AND TREATMENT.

EDITORS: McCrory DC, Coeytaux RR, Schmit KM, Kraft B, Kosinski AS, Mingo AM, Vann LM, Gilstrap DL, Hargett CW, Lugogo NL, Heidenfelder BL, Posey R, Irvine RJ, Wing L, Pendergast K, Dolor RJ.

SOURCE: Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 Apr. Report No.: 13-EHC087-EF. AHRQ Comparative Effectiveness Reviews.

6. Cochrane Database Syst Rev. 2013 May 31;5:CD003002.

DRUG THERAPY FOR OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA IN ADULTS.

Mason M, Welsh EJ, Smith I.

7. Thorax. 2013 Jun;68(6):551-64

LUNG CANCER SURVIVAL AND STAGE AT DIAGNOSIS IN AUSTRALIA, CANADA, DENMARK, NORWAY, SWEDEN AND THE UK: A POPULATION-BASED STUDY, 2004-2007.

Walters S, Maringe C, Coleman MP, Peake MD, Butler J, Young N, Bergström S, Hanna L, Jakobsen E, Kölbeck K, Sundström S, Engholm G, Gavin A, Gjerstorff ML, Hatcher J, Johannesen TB, Linklater KM, McGahan CE, Steward J, Tracey E, Turner D, Richards MA, Rachet B; ICBP Module 1 Working Group. Collaborators (56)

8. Thorax. 2013 Feb 13. doi: 10.1136/thoraxjnl-2012-202915. [Epub ahead of print]

LONG-TERM MULTICENTRE RANDOMISED CONTROLLED STUDY OF HIGH FREQUENCY CHEST WALL OSCILLATION VERSUS POSITIVE EXPIRATORY PRESSURE MASK IN CYSTIC FIBROSIS.

McIlwaine MP, Alarie N, Davidson GF, Lands LC, Ratjen F, Milner R, Owen B, Agnew JL.

PAPERS: OS MAIS CITADOS

9. Thorax. 2013 Feb;68(2):155-62.

TREATING IDIOPATHIC PULMONARY FIBROSIS WITH THE ADDITION OF CO-TRIMOXAZOLE: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL.

Shulgina L, Cahn AP, Chilvers ER, Parfrey H, Clark AB, Wilson EC, Twentyman OP, Davison AG, Curtin JJ, Crawford MB, Wilson AM.

10. Semin Respir Crit Care Med. 2013 Feb;34(1):67-86. doi: 10.1055/s-0032-1333544. Epub 2013 Mar 4.

TREATMENT OF LATENT TUBERCULOSIS INFECTION.

Vernon A.

11. N Engl J Med. 2013 Jun 20;368(25):2385-94.

CRIZOTINIB VERSUS CHEMOTHERAPY IN ADVANCED ALK-POSITIVE LUNG CANCER.

Shaw AT, Kim DW, Nakagawa K, Seto T, Crinó L, Ahn MJ, De Pas T, Besse B, Solomon BJ, Blackhall F, Wu YL, Thomas M, O'Byrne KJ, Moro-Sibilot D, Camidge DR, Mok T, Hirsh V, Riely GJ, Iyer S, Tassell V, Polli A, Wilner KD, Jänne PA.

12. AMA. 2013 Mar 27;309(12):1278-88. doi: 10.1001/jama.2013.2049.

SUBLINGUAL IMMUNOTHERAPY FOR THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINOCONJUNCTIVITIS AND ASTHMA: A SYSTEMATIC REVIEW.

Lin SY, Erekosima N, Kim JM, Ramanathan M, Suarez-Cuervo C, Chelladurai Y, Ward D, Segal JB.

13. N Engl J Med. 2013 Feb 28;368(9):795-805. doi: 10.1056/NEJMoa1215554. Epub 2013 Jan 22.

HIGH-FREQUENCY OSCILLATION IN EARLY ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME.

Ferguson ND, Cook DJ, Guyatt GH, Mehta S, Hand L, Austin P, Zhou Q, Matte A, Walter SD, Lamontagne F, Granton JT, Arabi YM, Arroliga AC, Stewart TE, Slutsky AS, Meade MO; OSCILLATE Trial Investigators; Canadian Critical Care Trials Group. Collaborators (165)

14. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 31;1:CD000980. doi: 10.1002/14651858.CD000980.pub4.

VITAMIN C FOR PREVENTING AND TREATING THE COMMON COLD.

Hemilä H, Chalker E.

15. N Engl J Med. 2013 May 21. [Epub ahead of print]

DUPILUMAB IN PERSISTENT ASTHMA WITH ELEVATED EOSINOPHIL LEVELS.

Wenzel S, Ford L, Pearlman D, Spector S, Sher L, Skobieranda F, Wang L, Kirkesseli S, Rocklin R, Bock B, Hamilton J, Ming JE, Radin A, Stahl N, Yancopoulos GD, Graham N, Pirozzi G.

16. Thorax. 2010 Oct;65 Suppl 3:iii1-27.

GUIDELINES ON THE RADICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LUNG CANCER.

Lim E, Baldwin D, Beckles M, Duffy J, Entwistle J, Faivre-Finn C, Kerr K, Macfie A, McGuigan J, Padley S, Popat S, Screatton N, Snee M, Waller D, Warburton C, Win T; British Thoracic Society; Society for Cardiothoracic Surgery in Great Britain and Ireland.

FICHA TÉCNICA

Dr. J.M. Reis Ferreira (Editor); Dr. António Jorge Ferreira e Prof.ª Marta Drummond (Editores Associados). Colaboração: Dra. Ana Figueiredo, Prof. Carlos Robalo Cordeiro, Dr. Helder Novais e Bastos, Dra. Helena Donato, Dr. João Munhá, Dra. Paula Rosa, Dr. José Pedro Boléo-Tomé e Dr. Tiago Alfaro. Propriedade: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Rua Ivone Silva, nº 6 (Edifício ARCIS), 6º Esq., 1069-130 Lisboa. Telefone: (+351) 21 796 20 74 E-mail: sppneumologia@mail.telepac.pt

www.sppneumologia.pt