

# PROTOSCOLOS SOAP

GUIÕES PARA A CONSULTA EM MGF | 2023

## ÍNDICE

---

<b>INTRODUÇÃO · O PROJETO “PROTOCOLOS SOAP”</b> .....	<b>2</b>
<b>O MODELO “SOAP”</b> .....	<b>3</b>
<b>PROTOCOLO I · HIPERTENSÃO ARTERIAL</b> .....	<b>4</b>
<b>PROTOCOLO II · HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA</b> .....	<b>7</b>
<b>PROTOCOLO III · DIABETES MELLITUS</b> .....	<b>9</b>
ALGORITMO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO <sup>8</sup> .....	10
ESQUEMA DE INSULINOTERAPIA <sup>5</sup> .....	11
<b>PROTOCOLO IV · DISLIPIDEMIA</b> .....	<b>12</b>
ALGORITMO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO <sup>1</sup> .....	14
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>15</b>
PROTOCOLO I · HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	15
PROTOCOLO II · HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA .....	15
PROTOCOLO III · DIABETES MELLITUS .....	15
PROTOCOLO IV · DISLIPIDEMIA .....	16

## INTRODUÇÃO · O PROJETO “PROCOLOS SOAP”

O Departamento de Formação e Investigação da AIMLVT desenvolveu o projeto “Protocolos SOAP” com o objetivo de criar documentos sistemáticos, padronizados, validados cientificamente, para internos e especialistas de MGF que sintam a necessidade de, em consulta, conseguirem uniformizar os seus registos e serem mais consistentes na sua prática clínica.

Este projeto surge em parceria com uma Comissão Organizadora, selecionada pelo Departamento de Formação e Investigação da AIMLVT, constituída por seis médicos internos que trabalharam em colaboração durante doze meses.

Para chegarmos ao documento final que apresentamos, começámos por reunir a informação científica mais atual e pertinente em cada uma das áreas. Posteriormente, foram propostos e discutidos os diferentes protocolos, submetidos para revisão e aprovação por uma Comissão Científica.

A informação científica de cada capítulo foi organizada sob a forma do acrónimo “SOAP”, tendo em conta que os registos clínicos sistematizados são uma ferramenta fundamental na prática clínica e, em particular, na MGF. Em cada tema disponibilizamos informação complementar ao registo “SOAP” que acreditamos ser útil na gestão do doente. Os protocolos pretendem, assim, ser simples e de fácil acesso, esperando ainda que sejam úteis a todos os colegas que os consultarem.

### **A Comissão Organizadora:**

Ana Carolina Carvalho Pratas | USF 7 Castelos  
Ana Filipa Vieito Caires Branco | USF Alma Mater  
Ana Margarida Brites Carvalho | USF Almirante  
Ana Rita Rodrigues Moreira | DFI AIMLVT  
Bernardo João de Sousa Pinto | DFI AIMLVT  
Inês Tomás Mendes | USF do Parque  
Rafael Alexandre Vitória Mira | USF Lavradio  
Ricardo José Alexandrino Brás | USF Dona Amélia  
de Portugal

### **A Comissão Científica:**

Dr. Tiago Maricoto  
Dr. Victor Ramos  
Dr. Abel Garcia Abejas  
Dr. Tiago Villanueva  
Dr.ª Ana Rita Maria  
Dr.ª Marisa Pereira  
Dr.ª Cristina Pinto Sousa  
Dr.ª Susana Corte Real

## O MODELO “SOAP”

**S**  
Subjetivo

É um espaço para aquilo que o utente nos transmite, seja espontaneamente, seja por nós dirigido. No fundo, esclarece os **motivos da consulta** (implícitos ou explícitos).

Assim, aqui poderão incluir-se dados como:

- Tipologia/contexto da consulta (programada/ não programada, intersubstituição, iniciativa do médico/ do doente, etc.);
- Fonte da informação;
- Anamnese/ caracterização da queixa;
- Sentimentos, perspetivas e expectativas;
- Hábitos;
- Outros dados pertinentes transmitidos pelo utente.

**O**  
Objetivo

Corresponde ao campo para **dados factuais/ objetivos**.

Pode ser utilizado para registar:

- Quem acompanha (ou não) o utente na consulta;
- Achados do exame físico;
- Resultados de análises/exames;
- Resultados da aplicação de questionários/escalas;
- Resultados da aplicação de instrumentos de avaliação familiar;
- Informação clínica de outros prestadores.

**A**  
Avaliação

Espelha a avaliação que o médico faz dos **problemas identificados na consulta**, sob a forma de códigos definidos pela Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (**ICPC-2**). Os problemas devem ser registados segundo o seu mais alto grau de resolução no momento, podendo ser registados desde diagnósticos bem definidos (70-99) a sinais/sintomas a esclarecer (1-29). As hipóteses diagnósticas podem ser registadas em texto livre mas **não** devem ser codificadas. Para cada problema deve ser especificada a lateralidade, gravidade, grau de controlo e evolução (se aplicável).

Nas consultas de **vigilância**, deve ser especificado o respetivo tipo de vigilância.

**P**  
Plano

Contém o **plano de atuação** acordado entre o médico e o utente.

Para cada problema é registado o procedimento/intervenção realizada ou proposta, incluindo os meios complementares de diagnóstico prescritos (30-49), terapêutica (50-59), aconselhamentos e intervenções motivacionais, procedimentos preventivos e mobilização de recursos adequados a cada situação clínica. Devem ser registadas não só as intervenções a curto prazo, mas também as previstas a médio e longo prazo.

Deve ainda incluir o registo de referência a outros prestadores de cuidados (63-69), os documentos emitidos (62) e consultas de reavaliação agendadas.

## PROTOCOLO I · HIPERTENSÃO ARTERIAL

### S

- ✓ Hipertensão arterial (HTA) Controlada/Não controlada;
- ✓ **Terapêutica atual** (data de início) e respetivo cumprimento terapêutico;
- ✓ Antecedentes Pessoais e Antecedentes Familiares;
- ✓ **Contexto de diagnóstico** de HTA (por ex.: pós-internam. por complicação secund.);
- ✓ **Nova sintomatologia** associada à HTA ou à terapêutica\* (p. ex.: hipotensão);
- ✓ Sintomatologia associada a HTA secundária\*;
- ✓ **Fatores de risco CV**: Obesidade/Excesso de peso, Dislipidemia, Tabagismo, Hábitos alcoólicos ( $\sigma$ :  $\geq 14U$ ;  $\text{♀}$   $\geq 8U$ /semana);
- ✓ **Hábitos saudáveis**: alimentação (dieta mediterrânica e variada;  $\text{sal} < 5\text{g}/\text{dia}$ ) e exercício físico (por ex. pelo menos 30 min. de ativ. física moderada 5-7dias/semana);
- ✓ Verificar PNV, alergias, medicação habitual;
- ✓ Seguimento a nível hospitalar;

### O

- ✓ Registrar no **Programa de Hipertensão**:
  - Atualizar dados (lesões de órgão-alvo e patologias associadas, Peso, IMC, TA, FC, carga tabágica, consumo alcoólico);
  - Cálculo do risco CV, Diabetes e TFGe;
  - Atualização da medicação habitual;
- ✓ **Exame objetivo**: perímetro abdominal, auscultação, pulso, membros inferiores;
- ✓ Avaliação dos **registos de TA** em ambulatório (se registo trazido pelo utente)\*;
- ✓ **Estudo analítico** a ponderar: hemograma; creatinina, ureia; ionograma; glucose em jejum e hemoglobina glicada (se história ou suspeita de DM ou fármacos indutores de distúrbios da glucose); perfil lipídico; ácido úrico; exame sumário de urina (se alterado - exame microscópico); proteinúria por rácio albumina/creatinina em pesquisa ocasional, 1ª urina da manhã (se macroalbuminúria – dosear e quantificar em urina 24h; doseamento de microalbuminúria apenas se DRC ou DM2);
- ✓ Outros ECDs a ponderar: MAPA (diagnóstico), ECG (2/2 anos se o prévio for normal), Ecocardiograma, Ecografia dos vasos do pescoço, Fundoscopia;

### A

- K85 - Tensão arterial elevada;
- K86 - Hipertensão SEM complicações;
- K87 - Hipertensão COM complicações;
- Se relevante, especificar:
- HTA essencial ou secundária\* e Classificação da HTA\*;
  - Complicações/Lesão de órgão-alvo associadas à HTA\*;
- Outros Fatores de Risco Cardiovasculares considerados relevantes;

# P

- ✓ **Educação para a saúde:** Promoção da atividade física; medidas gerais de alimentação; intervenção breve na cessação tabágica; ensino de sinais de alarme;
- ✓ Se necessário, referenciar a outros profissionais de saúde ou pedir ECDs;
- ✓ **Timing de reavaliação:**
  - Após o ajuste terapêutico: reavaliar em 4-6 sem (avaliar a adesão terapêutica, os efeitos adversos, a tolerabilidade e a eficácia dos fármacos);
  - Se PA persistentemente elevada e sintomática: reavaliar 2 sem. após o ajuste;
  - Quando existe elevado risco de distúrbios iónicos e da creatinina, dever-se-á reavaliar ao fim de pelo menos 2 semanas após o ajuste terapêutico;
  - Se PA controlada - vigilância a cada 3-6 meses;
  - Se PA controlada e estabilizada durante 12 meses - reavaliar a cada 6 meses.
  - Investigação anual para novos fatores de risco ou lesão de órgão-alvo recomendada.

Método	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
PA no consultório	≥140	e/ou	<90
AMPA	≥135	e/ou	90-99
MAPA	Média 24h	≥130	≥ 80
	Diurno	≥135	≥ 85
	Noturno	≥120	≥ 70

Classificação de HTA	PA sistólica (mmHg)		PA diastólica (mmHg)
Sistólica isolada	≥140	e	<90
Grau 1	140-159	e/ou	90-99
Grau 2	160-179	e/ou	100-109
Grau 3	≥180	e/ou	≥110
Mascarada	<140	e	90
Efeito de bata branca	≥140	e/ou	≥90
Urgências hipertensiva	≥180	e/ou	≥120

Recomendações para a medição da TA disponíveis em:

[https://drive.google.com/file/d/1A2\\_DnBs3Lot8STsgDpWC7YxMQVyiAccK/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1A2_DnBs3Lot8STsgDpWC7YxMQVyiAccK/view?usp=sharing)

Tabela para registo AMPA:

<https://drive.google.com/file/d/1QmRYAyuCi4PFWMYROu9hlqoMu3C3b5z4/view?usp=sharing>

### Suspeitar de HTA secundária se

- |  |   |
|--|---|
| 1. Doentes sem outros FR (sem história familiar, obesidade, DM...) | 2. Desenvolvimento súbito de HTA ou agravamento rápido de PA nos doentes idosos |
| 3. Emergências hipertensivas                                       | 4. HTA resistente   |
| 5. HTA em <40 anos   | 6. AP de HTA na infância  |
| 7. HTA grau 3  | 8. Doença tiroideia   |

9. Características clínicas sugestivas de apneia obstrutiva do sono	10. MAPA com HTA noturna ou ausência de diminuição da PA sistólica noturna $\leq 10\%$ comparativamente à diurna
11. Uso de drogas recreativas ou terapêuticas concomitantes (ex: corticoterapia, vasoconstritores nasais)	12. Iniciou um anti-hipertensor e apresentou: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Diminuição excessiva do potássio com dose baixa de diurético (suspeitar de hiperaldosteronismo primário ou de excesso de mineralocorticoides endógenos ou exógenos);</li> <li>· Diminuição da TFG após o início de iECA ou ARA em baixa dose (suspeitar de estenose da artéria renal);</li> <li>· Valores de PA persistentemente elevados;</li> <li>· Diminuição da PA, mas há labilidade no controlo da mesma.</li> </ul>

### Possíveis Lesões de Órgão-Alvo

<b>Doença Cardíaca</b>	Hipertrofia ventricular esquerda; Disfunção ventricular esquerda sistólica ou diastólica; Doença coronária (EAM, ICP ou CABG);
<b>Doença Cerebral</b>	Doença cerebrovascular isquémica; hemorragia intracerebral; aneurisma com hemorragia subaracnoideia; espessamento da íntima da carótida ( $>0.9\text{mm}$ ) ou placas de aterosclerose; demência vascular ou demência mista (vascular e Alzheimer);
<b>Doença Ocular</b>	Doença retinováscular;
<b>Doença dos Vasos</b>	Aterosclerose: claudicação intermitente; diminuição/ausência de pulsos; sopros renais, femorais ou carotídeos;
<b>Doença Renal</b>	Nefrosclerose hipertensiva; Doença renal crónica com $\text{TFG} < 60\text{ml/min/1.73m}^2$ ; proteinúria; diálise.

Classe do Anti-HTA	Efeitos Adversos Mais Comuns
<b>IECAs<sup>2</sup></b>	Tosse; Angioedema (pode ocorrer mesmo anos após o tratamento); Hipercaliemia; Agravamento de DRC;
<b>ARAs</b>	Hipercaliemia; Agravamento de DRC; Tosse e angioedema são raros;
<b>BCC</b>	Vasodilatação periférica (edema periférico, <i>flushing</i> , cefaleias, tonturas); Hipotensão postural; Taquicardia (sobretudo com a nifedipina); Palpitações; Dor torácica; Hiperplasia gengivas
<b>Diur. Tiazídicos e análogos</b>	Hipotensão postural; Tonturas; Hipocaliemia; Hiponatremia; Hiperuricemia; Hiperglicemia;
<b>Antagonistas da Aldosterona</b>	Hipercaliemia; Hiponatremia <u>Espironolactona</u> : efeitos anti-androgénicos; <u>Eplerenona</u> : tonturas, náuseas, diarreia, erupções cutâneas;
<b>Beta-bloqueadores</b>	Bradycardia; Hipotensão postural; Agravamento da IC; Broncoespasmo; Extremidades frias.

**Sintomas de hipotensão:**  
Cansaço/sensação de fraqueza; cefaleia; náusea; sonolência; palidez cutânea; suores; tontura ou vertigem; perda de consciência.

## PROTOCOLO II · HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

### S

- ✓ Contexto de diagnóstico de HTA;
- ✓ Medicação habitual e cumprimento terapêutico;
- ✓ Antecedentes pessoais e familiares (sobretudo de patologia endócrina);
- ✓ Fatores de risco CV: Obesidade/Excesso de peso, Dislipidemia, Tabagismo, Hábitos alcoólicos ( $\sigma$ :  $\geq 14U$ ;  $\text{♀}$   $\geq 8U$ /semana);
- ✓ Características sugestivas de HTA 2ª (ver SOAP HTA);
- ✓ Principais causas de HTA 2ª\*;
- ✓ Causas mais frequentes de HTA 2ª segundo a faixa etária\*;
- ✓ Utilização de fármacos e outras substâncias que podem influenciar a TA\*;
- ✓ Verificar PNV e alergias;
- ✓ Seguimento a nível hospitalar;

### O

- ✓ Valores de TA em ambulatório (MAPA ou AMPA);
- ✓ Preencher programa de HTA (ver SOAP HTA);
- ✓ Exame objetivo: aumento da circunferência cervical; obesidade (SAOS); edemas (doenças do parênquima renal); sopro abdominal (estenose da artéria renal); palpitações, oscilação de peso (disfunção tiroideia); fácies em “lua cheia”, equimoses fáceis, obesidade abdominal centrípeta, fraqueza muscular proximal, atrofia cutânea, estrias roxo-avermelhadas (síndrome de Cushing); taquicardia, hipersudorese, palidez (feocromocitoma e paraganglioma); diferença  $> 20$  mmHg na PAS dos membros superiores comparativamente aos membros inferiores, pulso femoral atrasado/ausente, sopro sistólico com irradiação dorsal (coartação da aorta);

### A

- K85 - Tensão arterial elevada;  
 K86 - Hipertensão SEM complicações;  
 K87 - Hipertensão COM complicações;  
 Códigos das causas mais frequentes: P06; U88; U99; T99; T85; T86; K99;

### P

- ✓ MCDTs dirigidos às causas prováveis\*;
- ✓ Referenciação a cuidados de saúde secundários:
  - Pneumologia/Medicina do sono: SAOS;
  - Nefrologia: doenças do parênquima renal;
  - Cirurgia vascular: estenose da artéria renal;
  - Endocrinologia: hiperaldosteronismo 1º, disfunção tiroideia, síndrome de Cushing, feocromocitoma e paraganglioma;
  - Cardiologia/cardiologia pediátrica: coartação da aorta.

Causa de Hipertensão Secundária	ICPC-2	Estudo Complementar nos CSP
Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	P06	Escala de Sonolência de Epworth; Questionário STOP-Bang; Estudo Polissonográfico do Sono / Estudo Cardiorrespiratório do Sono;
Doença Parenquimatosa Renal	U88 / U99	Creatinina e Ureia plasmática; Análise Sumária da Urina; Ecografia Renal;
Estenose da Artéria Renal	U99	Ecografia com doppler das artérias renais;
Hiperaldosteronismo Primário	T99	Rácio Aldosterona/Renina (ponderar realização em meio hospitalar) *
Disfunção Tiroideia	T85 / T86	TSH e FT4;
Feocromocitoma	T99	Metanefrinas fracionadas plasmáticas livres ou urinárias (em urina de 24h); TC abdomino-pélvica;
Síndrome de Cushing	T99	Cortisol livre na urina de 24h; Teste de supressão noturna com 1 mg de dexametasona;
Coartação da Aorta	K99	Ecocardiograma com doppler.

\*Exame que implica regras para uma boa realização: correção da hipocaliemia, suspensão de fármacos com influência no eixo renina-angiotensina-aldosterona, colheita da amostra em condições específicas.

#### Causas mais frequentes de HTA Secundária segundo a faixa etária

Crianças e Adolescentes	Doenças que afetam o parênquima renal (displasia fibromuscular da artéria renal)
	Coartação da aorta
	Doenças vasculares
Adultos	Doenças que afetam parênquima renal (doenças glomerulares, doenças tubulo-intersticiais, doença renal poliquística e nefropatia diabética)
	Doenças vasculares
	Apneia obstrutiva do sono

#### Fármacos e outras substâncias que podem influenciar a TA

##### Fármacos que podem influenciar a TA

AINEs	Inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina (venlafaxina, inibidores da monoamina oxidase)
Simpaticomiméticos ( ex: descongestionantes nasais)	Inibidores da monoamina oxidase
Estimulantes (metilfenidato, anfetaminas, modafinil)	Fármacos promotores da hematopoiese (darbopoeitina, epoetina)
Contracetivos orais combinados	Abstinência de fármacos (bromocriptina, clonidina)
Terapêutica hormonal de substituição	Bupropiona
Corticosteroides	Ciclosporina
Clozapina	

##### Substâncias não farmacológicas que influenciam a TA

Promotores de emagrecimento	Suplementos estimulantes: <i>ginseng</i> , guaraná
Cocaína	Produtos contendo cafeína em elevada quantidade: chá preto, chá verde, café
Álcool	Bebidas energéticas
Suplementos proteicos	

**Documentos complementares** (terapêutica; recomendações para medição e registo; indicadores) disponíveis em: [https://drive.google.com/drive/folders/1dsogOD6cLf\\_th8i9fSSNREgZd2YEVcyY?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1dsogOD6cLf_th8i9fSSNREgZd2YEVcyY?usp=sharing)

## PROTOCOLO III · DIABETES MELLITUS

### S

- ✓ Antecedentes pessoais e familiares;
- ✓ Data e contexto do diagnóstico de DM (sintomas associados e complicações);
- ✓ Seguimento a nível hospitalar;
- ✓ Terapêutica habitual (data de início) e respetivo cumprimento terapêutico; outras terapêuticas já realizadas e motivo de suspensão;
- ✓ Alergias;
- ✓ Vacinas: PNV e extra-PNV (Gripe, COVID-19, Anti-Pneumocócica);
- ✓ Hábitos alcoólicos, tabágicos, toxicológicos, alimentares e de exercício físico;

### O

- ✓ Atualizar dados no programa de DM: Peso; IMC; TA; FC; Perímetro Abdominal; TFG; Risco CV\*; Carga Tabágica; Consumo alcoólico; Atualização da Medicação Habitual;
- ✓ Exame objetivo, bem como exame clínico dos pés e respetiva classificação em baixo, médio ou alto risco de ulceração;
- ✓ Avaliação de registo de glicémias ou de TA em ambulatório;
- ✓ Registo de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;

\*O Risco CV é calculado com recurso ao valor de colesterol LDL e colesterol total.

### A

T89 - Diabetes Tipo 1

T90 - Diabetes Tipo 2

Se necessário, especificar:

- Complicações microvasculares: Nefropatia; Neuropatia; Retinopatia;
- Complicações macrovasculares: Doença coronária; Insuficiência cardíaca; AVC; Doença Arterial Periférica;
- Outros fatores de Risco CV relevantes;

### P

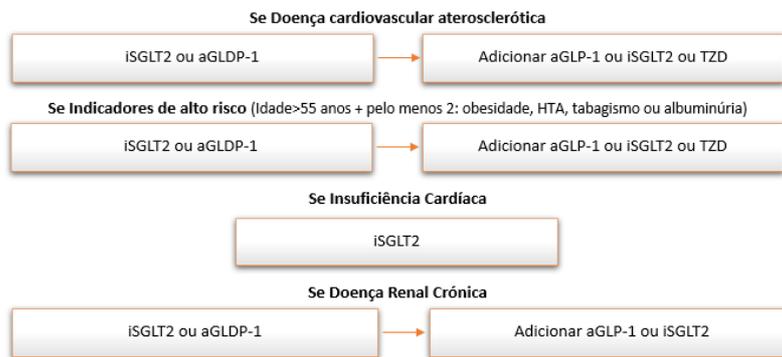
- ✓ Educação para a saúde: Promoção da atividade física; Medidas gerais de alimentação; Diminuição de consumo alcoólico; Intervenção breve na cessação tabágica; Ensino de sinais de alarme;
- ✓ Definir alvo de HbA1C e de outros FRCV;
- ✓ Renovação/ajuste da terapêutica e comorbilidades;
- ✓ Atualizar PNV e extra-PNV;
- ✓ Vigilância anual do pé em doentes com baixo risco de ulceração; Vigilância semestral em doentes com médio risco; Vigilância a cada 1-3 meses se risco alto<sup>9</sup>;
- ✓ Rastreio de retinopatia diabética anual; Mulheres grávidas ou com esse desejo devem ser orientadas para consulta de oftalmologia<sup>10</sup>;
- ✓ Vigilância de função renal anual: Cr, microalbuminúria e TFGe; Semestralmente se microalbuminúria e/ou TFG < 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup><sup>10</sup>;
- ✓ Vigilância anual do perfil lipídico em doentes controlados (ver SOAP Dislipidemia). Vigilância a cada 1-3 meses após início ou alteração da terapêutica<sup>10</sup>;

- ✓ Marcação da próxima consulta: DM2 controlada - 2 consultas/ano; DM2 não controlada - 4 em 4 meses; se início de insulina - intervalos mais curtos até capacitação do doente.

## ALGORITMO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO<sup>8</sup>

### Algoritmo Tratamento Farmacológico

**Objetivo: Redução de risco cardíaco e renal em pacientes de alto risco**



**Objetivo: Controlo de glicémia e peso**



\* Considerar início imediato de insulina se hiperglicemia grave ou suspeita de DM tipo 1

## ESQUEMA DE INSULINOTERAPIA<sup>5</sup>

Insulina	Tipos de insulina	Nome comercial	Como utilizar	Farmacocinética			Considerações
				Início ação	Pico ação	Duração ação	
Insulina Longa Ação	Glargina	Lantus®, Abasaglar®	<p><b>ESQUEMA BASAL INICIAL</b> Iniciar: Insulina basal 10U/dia ou 0,1-0,2U/kg/dia</p> <p><b>AJUSTAR*:</b> Hiperglicémia: Aumentar 2-4U ou 10-15% a cada 2-3 dias Hipoglicémia: Reduzir 4U ou 10-20%</p>	1-4h	Sem pico	24h	<p>Duração e efeito mais consistente e duradouro que NPH 1x/dia preferencialmente à mesma hora 1-2x/dia</p> <p>Usado com insulina rápida ou curta ação</p>
	Detemir	Levemir®		1-2h	4-12h	18-26h	
	Degludec	Tresiba®		>40h			
Insulina Ação Intermédia	NPH	Humulin NPH®r	<p><b>AJUSTAR*:</b> Hiperglicémia: Aumentar 2-4U ou 10-15% a cada 2-3 dias Hipoglicémia: Reduzir 4U ou 10-20%</p>	1-2h	4-12h	18-26h	<p>Frequentemente administrada 2x/dia</p>
		Insulatard®r					
		Insuman basal®r					
Insulina Rápida	Lispro	Humalog®	<p><b>INTENSIFICAR</b> 1 inj de insulina rápida a 1 refeição: Iniciar: 4U ou 0,1U/kg ou 10% dose insulina basal Hiperglicémia: Aumentar 1-2U ou 10-15% 1-2x/sem Hipoglicémia: Reduzir 2-4U ou 10-20%</p>	5-15min	45-75min	3-5h	<p>Sem necessidade de intervalo entre insulina e ingestão comida</p> <p>O ajuste da insulina rápida é determinada pela medição da glicémia pós prandial.</p>
	Aspartica	Novorapid®r					
	Glulisina	Apidra®					
Insulina Ação Curta	Regular	(esquema rápido GAL (Glulisina/Aspartica/Lispro))	<p><b>ESQUEMA HIPERGLICÉMIA</b></p>	30-60min	2-4h	6-8h	<p>Intervalo de 15-30min para refeições</p>
		Humulin regular®r, Actaprid®r, Insuman rapid®					
Insulina Pré-Mistura	70% NPH, 30% regular	Mixtard 30®r, Humulin M3®r	<p><b>ALTERAR para ESQUEMA PRÉ MISTURA</b> Iniciar: 2/3 PA + 1/3 J ou 1/2 PA + 1/2 J Hiperglicémia: Aumentar 1-2U ou 10-15% 1-2x/sem Hipoglicémia: Reduzir 2-4U ou 10-20%</p>	30-60min	2-8h	<p>Ação bifásica: ação rápida semelhante grupo GAL e ação longa semelhante NPH</p>	
	75% NPH, 25% regular	Insuman Comb 25®					
	70% aspártica protaminada, 30% aspártica	Novomix®					
	75% lispro protaminada, 25% lispro	Humalog Mix 25®		15-30min	1-4h		10-16h
	50% lispro protaminada, 50% lispro	Humalog Mix 50®					

\* Antes de qualquer ajuste terapêutico, devem ser primeiro estudadas as possíveis causas de Hiper/Hipoglicémia!

## PROTOCOLO IV · DISLIPIDEMIA

### S

- ✓ **Antecedentes** Pessoais e Antecedentes Familiares;
- ✓ **Terapêutica atual** (data de início) e respetivo cumprimento terapêutico;
- ✓ Fatores de **risco CV**: Obesidade/Excesso de peso, Tabagismo, Hábitos alcoólicos ( $\sigma$ :  $\geq 14U$ ;  $\text{♀} \geq 8U$ /semana), Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus;
- ✓ **Hábitos saudáveis**: alimentação (dieta mediterrânica e variada; sal < 5g/dia) e exercício físico (por ex. pelo menos 30 min. de ativ. física moderada 5-7 dias/semana);
- ✓ Verificar alergias e medicação habitual;

### O

- ✓ Registrar na **Ficha Individual**:
  - Cálculo do SCORE2/SCORE2-OP se  $\geq 70$  anos (Idade, Sexo, Tabagismo, TAS e Colesterol Não-HDL); Risco de Diabetes e TFGe;
  - Atualizar dados (lesões de órgão-alvo e patologias associadas, Peso, IMC, TA, FC, carga tabágica, consumo alcoólico);
- ✓ **Exame objetivo**: perímetro abdominal, auscultação, pulso, membros inferiores, arco senil, xantelasma ou xantomas;
- ✓ **Estudo analítico a ponderar**: hemograma; perfil lipídico; creatinina, ureia; transaminases (estatinas podem provocar  $\uparrow$ ALT); ionograma; glucose em jejum e hemoglobina glicada (se história ou suspeita de DM ou fármacos indutores de distúrbios da glucose); ácido úrico; exame sumário de urina (se alterado - exame microscópico); proteinúria por rácio albumina/creatinina em pesquisa ocasional, 1ª urina da manhã (se macroalbuminúria – dosear e quantificar em urina 24h; doseamento de microalbuminúria apenas se DRC ou DM2); creatininaquinase (CK);



Score2

### A

T93 - Alteração do metabolismo dos lípidos

Se relevante, especificar:

- Hiperlipidemia;
- Hipertrigliceridemia;
- Mutações genéticas associadas às principais lipoproteínas da corrente sanguínea;
- Outros Fatores de Risco Cardiovasculares considerados relevantes;

### P

- ✓ **Educação para a saúde**: Promoção da atividade física; Medidas gerais de alimentação; Intervenção breve na cessação tabágica;
- ✓ Se necessário, referenciar a outros profissionais de saúde ou pedir ECDs;
- ✓ Timing de **reavaliação**:
  - Após o ajuste terapêutico: reavaliar em 8-12 semanas (avaliar a adesão terapêutica, os efeitos adversos, a tolerabilidade e a eficácia dos fármacos);
  - Se dislipidemia controlada - vigilância pelo menos anual;
  - Se ALT > 3x limite superior: parar ou reduzir tratamento com estatina e reavaliar em 4-6 semanas. Se ALT > 4x limite superior → Avaliar CK para decisão terapêutica.

### CATEGORIAS DE RISCO CARDIOVASCULAR

<b>MUITO ALTO RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· DCVA estabelecida;</li> <li>· DRC grave (TFGe &lt;30 mL/min/1,73m<sup>2</sup>);</li> <li>· O SCORE calculado é ≥ 10% para o risco a 10 anos de DCV fatal;</li> <li>· Hipercolesterolemia familiar com DCVA ou com outro FR major;</li> <li>· DM com lesão de órgão-alvo (microalbuminúria, retinopatia ou neuropatia) ou ≥ 3 FR major;</li> <li>· Início precoce de DM tipo 1 de longa duração (&gt;20 anos).</li> </ul>
<b>ALTO RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· FR únicos acentuadamente elevados, em especial CT&gt; 310 mg/dL; C-LDL&gt;190 mg/dL ou PA ≥180/110 mmHg;</li> <li>· Hipercolesterolemia familiar sem outros FR major;</li> <li>· DM sem lesão de órgão-alvo, com DM com duração ≥10 anos ou outros FR adicionais;</li> <li>· DRC moderada (TFGe 30-59 mL/min/1,73m<sup>2</sup>);</li> <li>· O SCORE calculado é ≥5% e &lt;10% para o risco a 10 anos de DCV fatal.</li> </ul>
<b>MODERADO RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Doentes jovens (DMT1 &lt;35 anos; DMT2 &lt;50 anos) com DM com duração &lt;10 anos, sem outros FR;</li> <li>· O SCORE calculado é ≥1% e &lt;5% para o risco a 10 anos de DCV fatal.</li> </ul>
<b>BAIXO RISCO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· O SCORE calculado é &lt;1% para o risco a 10 anos de DCV fatal.</li> </ul>

### Valores alvo colesterol LDL de acordo com risco CV

<b>MUITO ALTO</b>	< 55 mg/dL	+	Redução do LDL Basal ≥ 50%
<b>ALTO</b>	< 70 mg/dL		
<b>MODERADO</b>	< 100 mg/dL		
<b>BAIXO</b>	< 116 mg/dL		

### Suspeitar de Hipercolesterolemia familiar se:

1. Doença coronária < 55 anos nos ♂ e < 60 anos nas ♀;	2. Antecedentes Familiares de DCV prematura fatal ou não fatal;
3. Familiares em 1º grau de doentes com HF;	4. Antecedentes Familiares de xantomas tendinosos;
5. Pessoas com C-LDL gravemente elevado: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Adultos &gt; 190 mg/dL;</li> <li>· Crianças &gt; 150 mg/dL.</li> </ul>	

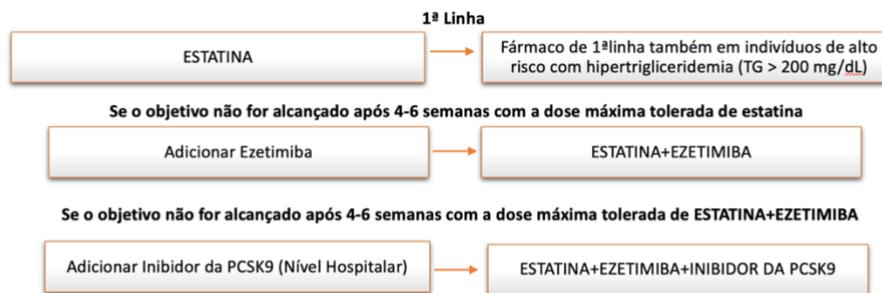
Intensidade do Tratamento Hipolipemiante	Redução média do C-LDL
Estatina de Moderada Intensidade	≈ 30 %
Estatina de Alta Intensidade	≈ 50 %
Estatina de Alta Intensidade + Ezetimiba	≈ 65 %
Inibidor da PCSK9	≈ 60 %
Inibidor da PCSK9 + Estatina de Alta Intensidade	≈ 75 %

Alta Intensidade 50% redução do C-LDL	Moderada Intensidade 30 - < 50% redução do C-LDL	Baixa Intensidade < 30% redução do C-LDL
Atorvastatina 40-80 mg	Atorvastatina 10-20 mg	Sinvastatina 10 mg
Rosuvastatina 20-40 mg	Rosuvastatina 5-10 mg	Pravastatina 10-20 mg
	Sinvastatina 20-40 mg	Lovastatina 20 mg
	Pravastatina 20-80 mg	Fluvastatina 20-40 mg
	Lovastatina 40 mg	Pitavastatina 1 mg
	Fluvastatina 40 mg 2xd	
	Pitavastatina 2-4 mg	

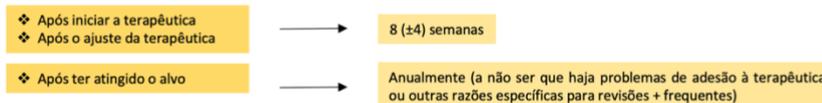
## ALGORITMO DE TRATAMENTO FARMACOLÓGICO<sup>1</sup>

### Algoritmo Tratamento Farmacológico

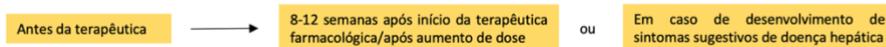
Objetivo: Redução de Colesterol LDL para valores alvo segundo risco CV



#### AValiação DO PERFIL LIPÍDICO APÓS INÍCIO DA TERAPêUTICA HIPOLIPEMIANTE



#### MONITORIZAÇÃO DAS ENZIMAS HEPÁTICAS - ALT



#### MONITORIZAÇÃO DAS ENZIMAS MUSCULARES - CK



\*Se a CK basal for 4 vezes o LSN NÃO iniciar terapêutica

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caeiro, Rui. Registos clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. 1991;
2. Granja, M., & Outeirinho, C. (2018). Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 34(1), 40–4. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i1.12362>;
3. Maurício Bruno, Rocha Frederico. Revisitando Registos Clínicos em MGF. Um instrumento de Apoio à Prática Clínica. [Consultado a 8 dez. 2022]. Disponível em <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/FerramentadeapoioRegistosClinicos-2.pdf>;

### PROTOCOLO I · HIPERTENSÃO ARTERIAL

1. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial;
2. Núcleo de Internos de Medicina Interna. Guia do internista na consulta externa. 2019;
3. Gauer R. (2017). Severe Asymptomatic Hypertension: Evaluation and Treatment. *American family physician*, 95(8), 492–500;
4. Basile, J. et al (2022). “Overview of hypertension in adults”. UpToDate. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-hypertension-in-adults>;

### PROTOCOLO II · HIPERTENSÃO SECUNDÁRIA

1. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Recomendações de Bolso de 2018 da ESC: HIPERTENSÃO;
2. Núcleo de Internos de Medicina Interna. Guia do internista na consulta externa. 2019;
3. da Cunha Costa, T. F. e Coelho Leitão, D. C. (2021). Hipertensão secundária: abordagem nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 37(6), pp. 535–548. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i6.12722>;

### PROTOCOLO III · DIABETES MELLITUS

1. Buse, J., Wexler, D., Tsapas, A., Rossing, P., Mingrone, G., Mathieu, C., D’Alessio, D. and Davies, M., 2019. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 43(2), pp.487-493;
2. *Diabetes Care*, 2020. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. 44(Supplement\_1), pp.S111-S124;
3. Normas DGS. 2011. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. [online] Available at: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf> [Accessed 16 May 2022];
4. Normas DGS. 2015. Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes Mellitus Tipo 2 no Adulto. [online] Available at: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2015/11/Abordagem-Terap%C3%AAutica-Farmacol%C3%B3gica-na-Diabetes-Mellitus-Tipo-2-no-Adulto.pdf> [Accessed 16 May 2022];
5. Uptodate. 2022. Insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. [online] Available at: <https://www.uptodate.com/contents/insulin-therapy-in-type-2-diabetes->

- mellitus?search=insulin%20therapy%20diabetes%20mellitus&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1 [Accessed 16 May 2022];
6. Uptodate. 2022. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. [online] Available at: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) [Accessed 16 May 2022];
  7. Cosentino, F., Grant, P., Aboyans, V., Bailey, C., et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal*, 41(2), pp.255-323;
  8. Standards of Medical Care in Diabetes – 2022 Abridged for Primary Care Providers. American Diabetes Association. Volume 40 (Number 1);
  9. Standards of Medical Care in Diabetes – 2023. American Diabetes Association. Volume 46;
  10. Normas DGS. 2011. Diagnóstico sistemático do pé diabético. Available at: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011-pdf.aspx>;
  11. Normas DGS. 2018. Rastreio da Retinopatia diabética. Available at: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0162018-de-13092018-pdf.aspx>;

#### PROTOCOLO IV · DISLIPIDEMIA

1. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Guidelines de 2019 da ESH/ESC para o Tratamento de Dislipidemias;
2. Cerca, F. (2022) Algoritmo da Abordagem ao diagnóstico E Tratamento da Dislipidemia, *algoritMD*;
3. Núcleo de Internos de Medicina Interna. Guia do internista na consulta externa. 2019;
4. Pignone, M., Freeman, M.W. and Parikh, N. (2022) Low-density lipoprotein cholesterol-lowering therapy in the primary prevention of cardiovascular disease, *UpToDate*;
5. Hennekens, C.H., Seres, D. and Givens, J. (2022) Overview of primary prevention of cardiovascular disease, *UpToDate*.