

Número Zero - Avaliação Cruzada MoniQuOr Política de Prescrição

Ao ler o número zero da Revista "Qualidade em Saúde" verifico que no artigo sobre os resultados da avaliação cruzada do projecto MoniQuOr, na Política de prescrição (página 23) se dá conhecimento da quase ausência de orientações clínicas para a prescrição de exames complementares de diagnóstico.

Essa lacuna não é sentida apenas nos Centros de Saúde. Também nos hospitais existe a mesma necessidade de orientações clínicas.

No serviço que dirijo, elaborámos protocolos de prescrição na área da Radiologia - adaptados do documento original do Royal College of Radiologists - que foram distribuídos no hospital aos serviços aos quais poderiam interessar. Estes protocolos estão à vossa disposição. Envio-vos a parte introdutória do protocolo, destinada a esclarecer quem os queira vir a utilizar.

Dr. Santos Coelho
Director do Serviço de Radiologia
Hospital de Curry Cabral
Telefone directo: 21 7924336

Introdução aos protocolos de prescrição em Imagiologia

A quem se dirige?

Aos jovens médicos com menor experiência hospitalar e clínica e com mais dificuldades de opção entre os vários exames radiológicos (RX convencional, Ultra-sons, TAC, Ressonância Magnética, Angio e outros), disponíveis ou não no seu hospital, que melhor o ajudem a actuar nas diferentes situações clínicas.

Aos clínicos gerais que, mais isolados das realidades hospitalares e com mais dificuldade de contacto directo

com os radiologistas, necessitem de um esclarecimento/ apoio para escolha mais correcta e útil do exame radiológico a pedir.

A todos os outros que tenham qualquer dúvida de opção da técnica radiológica considerada no momento actual mais sensível e específica em situações pontuais.

Porquê introduzir linhas de orientação?

Porque um estudo radiológico útil é

aquele em que os resultados - positivos ou negativos - alteram o diagnóstico clínico ou o reforçam.

Muitos exames pedidos não atingem esses objectivos. Exames desnecessários aumentam o tempo de espera - com prejuízo de outros - desperdiçam os recursos e têm custos desnecessários. São disso exemplos:

1) Exames cujos resultados em nada alteram o diagnóstico e a terapêutica. Trata-se de exames em que o resultado é certo mesmo antes de

ser efectuado: alterações degenerativas da coluna que são tão naturais como os cabelos brancos a partir dos 60 anos. Será que o exame da coluna é Sempre necessário?

- 2) Exames realizados com demasiada frequência: são os exames que se repetem com um ritmo superior ao da influência da terapêutica estabelecida. Será que o exame é útil Agora?
- 3) Repetição de exames feitos anteriormente em outros Hospitais ou Centros. Será que não existe exame Anterior que esclareça já a dúvida?
- 4) O deficiente preenchimento das requisições que não permitem o exame orientado e condiciona a sua repetição ou outro como alternativa. Será que o problema foi posto com Clareza ao radiologista?
- 5) A falta de apropriação da técnica radiológica. A técnica radiológica tem evoluído muito rapidamente. Será que o exame pedido é, no momento actual, o mais Esclarecedor?

O que são os protocolos/linhas de orientação?

São linhas de conduta que ajudam os médicos a tomar decisões sobre os cuidados de saúde mais apropriados em cada situação clínica específica. Tal como o nome indica "Linhas de Orientação" não são regras rígidas na prática clínica, mas apenas um conceito de Boa Prática em consonância com as necessidades de cada doente.

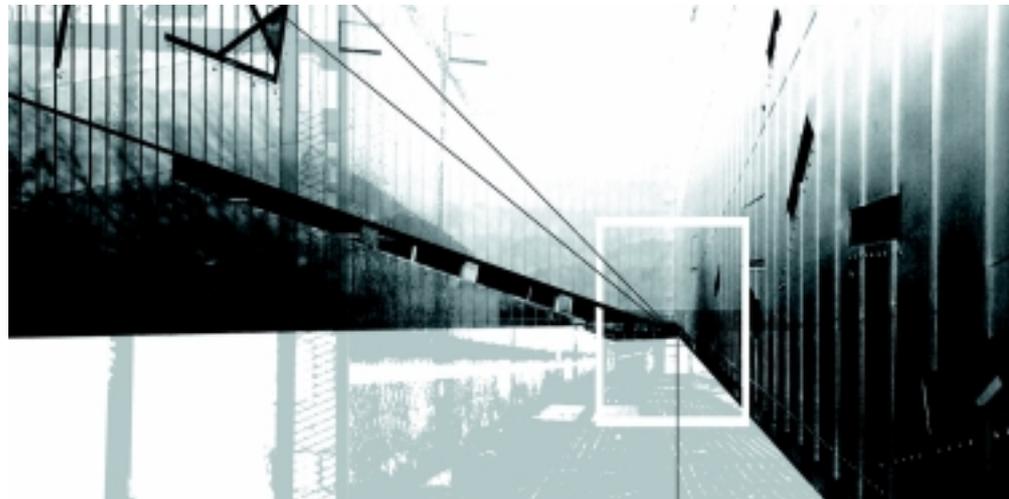
As linhas de orientação devem ser seguidas mas poderão ser ignoradas quando haja razões suficientemente válidas.

As alternativas deverão ser discutidas com o serviço de Radiologia. A troca de impressões entre clínicos/ radiologistas permite aferir a correcção dos protocolos. Paulatinamente, eles po-

derão assim ser melhor adaptados às necessidades dos seus destinatários finais.

Como foram elaboradas?

A base do nosso trabalho foi a 3ª edição de "Protocolos de Escolha em Radiologia Clínica" elaborado pelo Royal College of Radiologists - London. Difícil seria utilizar a tradução à letra desse documento. Ele está - com o rigor anglo-saxónico e a sua evolução tecnológica e envolvente socioeconómica - um pouco distante da realidade portuguesa. Daí a necessidade que tivemos de o adaptar à nossa



realidade, às possibilidades de trabalho dos nossos clínicos hospitalares e clínicos gerais e às potencialidades do nosso próprio Serviço.

Esclarecimentos para a utilização dos protocolos

Simbologia utilizada:

- ⊙ - a indicação resulta de observação e experiência frequente
- ⊙⊙ - a indicação resulta de um estudo bem controlado ou bem aleatorizado
- ⇒ 1 -Indicado: é a orientação usada para indicar que tipo de exame é que, com mais probabilidade, contribui para o diagnóstico.
- ⇒ 2 -Não indicado como rotina: são

as situações em que o exame referido não é o mais indicado, mas em que é aceitável o seu pedido desde que as dúvidas clínicas sejam pertinentes (ex.: RX da coluna num idoso com osteoporose quando haja suspeita de que, para além da doença degenerativa haja associadamente uma fractura).

- ⇒ 3 -Não indicado: trata-se de um exame que no estado actual da arte não tem indicação e como tal não será realizado (ex.: urografia de eliminação para estudo de hipertensão).
- ⇒ 4 - Investigação especializada: são exames que só deverão ser solicita-

dos por especialistas, pois estes, com a sua diferenciação clínica própria, são os únicos capazes de ajuizar se têm dele uma necessidade absoluta para confirmação de uma dúvida clínica, ou se pelo contrário poderão não necessitar do exame. (Exames deste tipo poderão no entanto ser feitos após troca de informação pontual entre o clínico e o radiologista).

- ⇒ 5 - Regra das seis semanas: são situações em que a experiência demonstra que o problema se resolve com o tempo. O exame só deverá ser efectuado se após o período das seis semanas persistirem as queixas (ex.: dor aguda na região cervical sem nenhum sinal neurológico).

Normas de Orientação Clínica em Radiodiagnóstico

No número anterior da Revista "Qualidade em Saúde" publicámos a introdução de um documento de orientação clínica para selecção de exames em radiologia. Esta síntese de orientações, feita pelo Serviço de Radiologia do Hospital de Curry Cabral, baseia-se na 3ª edição de "Protocolos de escolha em radiologia clínica" do Royal College of Radiologists - London. Por falta de espaço não é possível publicar todos os dados pertinentes que o documento original poderá conter e cuja consulta pode ser feita pelos leitores através dos meios habituais. Dado o interesse que o artigo anterior despertou, transcrevemos neste número dois capítulos das orientações clínicas em radiologia acima citadas, com a intenção de inserir novas áreas nos números seguintes da Revista.

A. CRÂNIO (incluindo patologia otorrinolaringológica)

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|--|----|------------------------|------------------------------|---|
| Malformações congénitas | A1 | RM | Indicado* | Exame definitivo para todas as malformações. Evita a irradiação. É geralmente necessário sedação para crianças pequenas. Ponderar a US nos recém-nascidos. A TC 3D pode ser necessária para as malformações ósseas. |
| Traumatismo cráneo-encefálico | A2 | Veja secção K | Veja secção K | Veja secção K |
| Acidente vascular cerebral (AVC) | A3 | TC US carótidas | Indicado Não Indicado | A TC diagnostica a maior parte dos casos e mostra a hemorragia. A RM é mais sensível no enfarte precoce e nas lesões da fossa posterior. Excepto: a) Nos casos de recuperação total em que a cirurgia das carótidas pode estar indicada. b) Se se suspeita que o AVC é devido a dissecação ou a embolia. |
| Acidente isquémico transitório (AIT) | A4 | US carótidas | Indicado | Se existe dúvida acerca do diagnóstico, ou se se coloca a possibilidade cirúrgica. Depende muito do protocolo e da experiência de cada Centro. US com Doppler a cores fornece dados funcionais acerca da doença da bifurcação. Angiografia, Angio-RM e Angio-TC são alternativas. |
| Esclerose múltipla (EM) e doenças da substância branca | A5 | RM | Investigação especializada | A RM é muito mais sensível para a patologia da substância branca. A TC muitas vezes não dá informações. |
| Lesão ocupando espaço | A6 | TC RM | Indicado* | A RM é mais sensível na detecção precoce dos tumores, em determinar a sua localização exacta (útil para o cirurgião) e nas lesões da fossa posterior. A RM pode não detectar as calcificações. A TC é o método mais disponível: pode mostrar hematomas subdurais. A RM é melhor para as lesões vasculares. |
| Cefaleia: aguda e intensa | A7 | TC | Indicado | A TC fornece informação adequada na maior parte dos casos de hemorragia subaracnoideia ou intracraniana e hidrocefalia associada. A RM é melhor no diagnóstico das causas inflamatórias. |

Esclarecimentos para a utilização dos protocolos

Indicado: é a orientação usada para indicar que tipo de exame é que, com mais probabilidade, contribui para o diagnóstico.

Não indicado como rotina: são as situações em que o exame referido não é o mais indicado, mas em que é aceitável o seu pedido desde que as dúvidas clínicas sejam pertinentes (ex.: RX da coluna num idoso com osteoporose quando haja suspeita de que, para além da doença

degenerativa haja associadamente uma fractura).

Não indicado: trata-se de um exame que no estado actual da arte não tem indicação e como tal não deverá ser realizado (ex.: urografia de eliminação para estudo de hipertensão).

Investigação especializada: são exames que só deverão ser solicitados por especialistas, pois estes, com a sua diferenciação clínica própria, são os únicos capazes de ajuizar se têm dele uma necessidade absoluta para confirmação de uma

dúvida clínica, ou se pelo contrário poderão não necessitar do exame. (Exames deste tipo poderão no entanto ser feitos após troca de informação pontual entre o clínico e o radiologista).

Regra das seis semanas: são situações em que a experiência demonstra que o problema se resolve com o tempo. O exame só deverá ser efectuado se após o período das seis semanas persistirem as queixas (ex.: dor aguda na região cervical sem nenhum sinal neurológico).

A. CRÂNIO (incluindo patologia otorrinolaringológica) (continuação)

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|---|-----|---|--|---|
| Cefaleia: crónica | A8 | RX crânio RX SPN RX coluna cervical TC | Não indicado como rotina Investigação especializada | As radiografias têm pouca utilidade na ausência de sinais ou sintomas locais. Veja SPN (A14) abaixo. Algumas excepções para Especialistas, se existe evidência de aumento de pressão intra-craniana ou outros sinais da fossa posterior. |
| Hipófise e patologia paraselar | A9 | RM | Investigação especializada | Demonstração de microadenomas pode não ter utilidade para o tratamento. TC se a RM não estiver disponível. |
| Sinais de lesão da fossa posterior | A10 | RM | Indicada | A RM é muito melhor que a TC. As imagens da TC são muitas vezes degradadas por artefactos* |
| Hidrocefalia: Shunt Funcionante? | A11 | TC | Indicado | A TC é suficiente na maior parte dos casos. A RM pode por vezes ser necessária e pode ser mais adequada nas crianças. |
| Sintomas do ouvido médio e interno (incluindo vertigem) | A12 | RX simples | Investigação Especializada | Avaliação destes sintomas requer experiência neurológica, neurocirúrgica ou ORL. |
| Surdez Sensorineural | A13 | RM | Investigação especializada | A RM é muito melhor que a TC* especialmente para o neurinoma do acústico. |
| Doença dos SPN | A14 | RX SPN TC | Não indicado como rotina Investigação Especializada | O espessamento da mucosa é achado inespecífico e pode ocorrer em doentes assintomáticos. A TC fornece informação sobre a anatomia osteo-meatal. É desejável utilizar técnica de dose baixa. Está indicado quando o tratamento médico máximo falhou, surgem complicações ou se suspeita de malignidade. |
| Demência e alterações da memória | A15 | RX simples TC ou RM | Não está indicado. Não estão indicados por rotina. | A RM é melhor para as alterações estruturais e na abordagem da hidrocefalia de pressão normal. |
| Lesões da órbita | A16 | TC RM | Investigação especializada | A TC fornece melhor detalhe anatómico, particularmente das estruturas ósseas. A RM evita a irradiação do cristalino (mas está contra-indicada quando há suspeita de corpo estranho ferromagnético). Considerar a US para as lesões intra-oculares. |
| Órbitas: corpo estranho metálico? | A17 | RX das órbitas | Indicado | Especialmente para quem tiver trabalhado com materiais metálicos. Veja secção K para lesão aguda. Sempre antes de RM |
| Alterações da visão | A18 | RX simples | Não está indicado | RX simples raramente dá alguma informação. Pode ser pedida TC ou RM pelo Especialista. |
| Primeira crise epiléptica | A19 | RX simples | Não está indicado | A avaliação requer Especialista. Factores locais podem influenciar a escolha da técnica de imagem (TC, RM, etc.). Pode não ser necessário fazer qualquer exame desde que a crise epiléptica esteja claramente relacionada com a ingestão de álcool. |
| Epilepsia do lobo temporal | A20 | RM | Investigação especializada | Especialmente quando se pondera a realização de cirurgia. |

B. PESCOÇO

| <i>Problema Clínico</i> | | <i>Investigação</i> | <i>Orientação</i> | <i>Comentário</i> |
|--|-----|---------------------|---|---|
| COLUNA CERVICAL: Lesão da medula | B1 | RM | Indicado | A RM é claramente o método de primeira escolha para todas as lesões afectando a medula cervical e os outros segmentos.* |
| Dor cervical: doença degenerativa? | B2 | RX RM | Sugerido à sexta semana Investigação especializada | Geralmente devido a alterações discófitamentares não detectáveis no RX. A RM é cada vez mais utilizada especialmente quando existe braquialgia. Alterações degenerativas começam precocemente a partir da meia idade e muitas vezes não estão relacionadas com os sintomas. Considerar RM e orientar para Especialista quando a dor afecta a qualidade de vida ou quando existem sinais neurológicos. Mielografia (com TC) pode ocasionalmente ser necessária para fornecer melhor detalhe ou quando a RM não estiver disponível ou for impossível a sua realização. |
| Torticolo sem traumatismo | B3 | RX | Não está indicado | A deformação é geralmente devido a espasmo sem alterações ósseas significativas. Algumas vezes está indicado nas crianças. |
| Suspeita de subluxação atlo-axoideia | B4 | RX | Indicado | Radiograma simples em incidência de perfil com o doente em flexão controlada deve revelar qualquer subluxação significativa em doentes com artrite reumatóide, síndrome de Down, actividades desportivas, etc. A RM é necessária para mostrar os efeitos na medula quando o RX é positivo ou quando estão presentes sinais clínicos. |
| Antes da fisioterapia | B5 | RX | Não está indicado por rotina | A opinião do Especialista é melhor que o RX. É necessário antes da fisioterapia se existirem sinais neurológicos. |
| TECIDOS MOLES: Nódulos da tiróide | B6 | US | Indicado | Demonstra a morfologia, permite a aspiração guiada para citologia. |
| Tirotoxicose | B7 | MN | Investigação Especializada | Pode diferenciar entre doença de Graves, bocio nodular tóxico e tiroidite subaguda. Fornece informação funcional acerca dos nódulos. |
| Tecido tireoideu ectópico? (ex: tiróide lingual) | B8 | MN | Indicado | A MN é excelente para detectar focos de tecido tireoideu ectópico. A US demonstra rapidamente a extensão retro-esternal. O exame em tempo real mostra o efeito na extensão retro-esternal e a compressão da traqueia. |
| Hiperparatiroidismo | B9 | US/MN/TC/RM | Investigação especializada | Procure obter opinião. O diagnóstico é clínico-laboratorial. A imagem pode ajudar na localização pré-operatória mas geralmente não é necessária para o cirurgião experientado. Depende muito da Escola, da tecnologia disponível e da experiência. A US, MN, TAC, RM são adequadas no pescoço não operado.* A RM é provavelmente o melhor exame para tumor residual ou ectópico. |
| Sopro carotídeo assintomático | B10 | US Carótidas | Não indicado como rotina | Raramente existem lesões significativas da artéria carótida interna. Ainda não existe consenso acerca da imagem e do tratamento. |
| Corpo estranho | B11 | | | Veja secção K. |
| Articulação temporo-maxilar | B12 | RX RM | Investigação especializada | São frequentes os problemas da articulação temporo-mandibular. O RX muitas vezes é normal. O RX é efectuado sobretudo para os cirurgiões de Maxilo-Facial. A RM é cada vez mais utilizada apesar de alguns Centros ainda preferirem a artrografia. Os sintomas e as alterações radiológicas estão muitas vezes pouco correlacionados.* |

C. COLUNA

| <i>Problema Clínico</i> | | <i>Investigação</i> | <i>Orientação</i> | <i>Comentário</i> |
|--|-----|---------------------|--|---|
| GERAL: | | | | |
| Anomalias congénitas simples | C1 | RX | Investigação especializada | Ex: Radiograma extralongo em pé para escoliose. |
| Malformação congénita complexa | C2 | RM | Indicado* | A RM é claramente a técnica de imagem para todas as lesões da medula e para avaliar a existência de compressão medular. A TC pode ser necessária se é preciso visualizar bem o osso ou se a RM não estiver disponível. Considerar a MN para pesquisa de metástases ou para identificar algumas lesões focais (ex: osteoma osteóide). |
| Tumores? | | RM | Indicado* | |
| Lesão da medula? | | RM | Indicado* | |
| Infecção/Inflamação | | RM | Indicado* | |
| Traumatismo sem défice neurológico | C3 | RX | Indicado | Áreas a examinar de acordo com a extensão do traumatismo. Quando o RX é duvidoso ou nas lesões complicadas. A RM é excelente para as lesões dos tecidos moles. |
| | | TC | Indicado | |
| Traumatismo com défice neurológico | C4 | RM | Indicado* | A RM é o método melhor e mais seguro para demonstrar a compressão da medula e sua causa. Algumas dificuldades com os sistemas de suporte da vida. |
| COLUNA TORÁCICA: | | | | |
| Dor sem traumatismo: doença degenerativa? | C5 | RX | Sugerido à sexta semana | Alterações degenerativas surgem invariavelmente a partir da segunda metade de vida. O exame raramente tem utilidade na ausência de sinais neurológicos que apontam para metástase ou infecção. Considerar a realização dos exames radiológicos mais precocemente nos doentes idosos com dor de aparecimento súbito, para mostrar colapso osteoporótico ou outras formas de destruição óssea. Considerar MN na possibilidade de lesões metastáticas. A RM pode estar indicada se a dor local é difícil de tratar ou se existem sinais de envolvimento das vias longas. |
| COLUNA LOMBAR: | | | | |
| Dor crónica lombar sem sinais de infecção nem de neoplasia | C6 | RX | Não indicado como rotina | As alterações degenerativas são frequentes e inespecíficas. O RX é mais importante nos doentes jovens (espondilolistesis, espondilite anquilosante, etc.) e nos idosos com possibilidade de colapso vertebral. |
| Dor lombar com características adversas: alterações dos esfíncteres ou da marcha, anestesia, paralisia motora grave ou progressiva, défices neurológicos, antecedentes de neoplasia, mal estar geral; HIV | C7 | Radiodiagnóstico | Estão indicados | Conjuntamente com a orientação urgente para o Especialista. A RM é geralmente o melhor exame. A realização dos exames de imagem não deve atrasar a observação pelo Especialista. A MN é também largamente usada na possibilidade de destruição óssea. O radiograma "normal" pode ser falsa segurança. |
| Dor lombar aguda: Hérnia discal? Ciática sem características adversas | C8 | RX | Não está indicado por rotina | A dor aguda lombar é geralmente por causas que não podem ser diagnosticadas pelo radiograma simples (colapso osteoporótico é uma excepção). O RX "normal" pode ser falsa segurança. Demonstração de hérnia discal requer TC ou RM e deve ser considerada imediatamente após falência do tratamento médico conservador. A RM é igualmente preferida (campo de observação amplo, cone, alterações pós-operatório, etc.) e evita a irradiação X. A RM é melhor que a TC nos problemas pós-operatório.* |
| | | TC/RM | Sugerido à sexta semana | |
| Espinha bífida oculta sem sintomas clínicos | C9 | RX | Não está indicado | Cerca de 10% dos indivíduos têm anomalias lombo-sagradas na ausência de sintomas.* |
| Coccidinia traumatismo do cóccix | C10 | RX | Não está indicado | Os achados do RX não influenciam o tratamento: dor à palpação faz o diagnóstico de coccidinia. |
| Mieloma? | D6 | RX esqueleto | Indicado | Para caracterizar as lesões. |
| Dor óssea | D7 | RX RM | Indicado Investigação especializada | Quando se mantêm os sintomas e o RX é negativo. |
| Osteodistrofia Renal? | D8 | RX esqueleto | Indicado | Crânio perfil, lombar perfil, bacia AP, ombros AP e mãos AP. |

C. COLUNA (continuação)

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|--|-----|--|--|--|
| Osteomalácia? | D9 | MN | Indicado | Podem mostrar lesões generalizadas ou lesões focais (ex: pseudo-fracturas). RX só para lesões focais duvidosas. |
| Osteoporose mais dor | D10 | RX perfil Coluna dorsal e lombar | Indicado | As radiografias de perfil vão mostrar as fracturas. Densitometria (bifotónica/TC) – quantifica a massa óssea. |
| Doença inflamatória articular? | D11 | Múltiplos RX | Não indicado como rotina | Exame orientado para articulação sintomática. MN mostra articulações em actividade. |
| Artrite reumatóide? | D12 | RX mãos e pés | Indicado | O RX dos pés pode mostrar erosões mesmo quando mãos sintomáticas são normais. Considerar o estudo da coluna cervical em perfil. |
| Prótese dolorosa | D13 | RX MN | Indicado Indicado | Primeiro RX. Estudo normal exclui maioria das complicações significativas. |
| Ombro doloroso | D14 | RX | Por volta da sexta semana | Alterações degenerativas na coifa dos rotatores e adjacentes são comuns. Muitas das lesões não são identificáveis em RX. Tentar a US. |
| Síndrome de conflito | D15 | RM | Investigação especializada | Quando a terapêutica conservadora falhou e se considera cirurgia. |
| Instabilidade do ombro | D16 | Artrografia por TC | Investigação especializada | O debrum glenóideu e a cavidade sinovial são bem identificados. RM também útil. |
| Rotura da coifa dos rotatores | D17 | Depende da disponibilidade e experiência | Investigação especializada | A rotura da coifa dos rotatores pode ser avaliada por US, Artrografia e RM. A RM é cada vez mais utilizada. |
| Lesão articular da sacro-íliaca | D18 | RX sacro-íliacas | Indicado | Para identificação de possíveis lesões inflamatórias (ex: espondilite anquilosante). Quando o RX é equívoco fazer RM, TC ou MN. |
| Anca dolorosa com movimento mantido | D19 | RX | Não indicado como rotina | Só se os sinais e sintomas são persistentes. |
| Anca dolorosa com movimento limitado | D20 | RX | Ao fim de seis semanas | Na criança deve ser efectuada de início. |
| Anca dolorosa com necrose avascular? | D21 | RX anca RM MN | Indicado Investigação especializada Investigação especializada | Só positivo em fase evoluída da doença. RM pode ser útil quando RX normal, especialmente nos doentes de risco. MN pode também fazer o diagnóstico. A vantagem da RM é poder diagnosticar outras possíveis causas de dor. |
| Joelho doloroso sem bloqueio ou limitação de movimento | D22 | RX | Não indicado como rotina | A maioria dos sintomas tem origem nas partes moles. |
| Joelho doloroso com bloqueio ou limitação de movimento | D23 | RX | Indicado | Muitos exames são normais. RX necessário para identificar corpos livres radio-opacos. Os sinais e sintomas podem determinar artroscopia ou RM. |
| Joelho doloroso sendo considerada a artroscopia | D24 | RM | Investigação especializada | A RM pode orientar a decisão entre fazer ou não artroscopia. Mesmo nos doentes que pela clínica têm indicação cirurgia, a RM pré-operatória pode ser útil identificando lesões não suspeitas. |
| Osgood-Schlatter? | D25 | RX | Não indicado | O diagnóstico deve ser clínico. |
| Pé (hallux-valgus) | D26 | RX | Investigação especializada | Para avaliação pré-cirúrgica. |
| Esporão calcâneo? Fasciíte plantar? | D27 | RX | Não indicado como rotina | O esporão calcâneo é achado acidental comum. A causa da dor é raramente identificável no RX. US, RM e MN são muito mais sensíveis na identificação da inflamação. |

Simbologia utilizada:

* - a indicação resulta de observação e experiência frequente

** - a indicação resulta de um estudo bem controlado ou bem aleatorizado

O Instituto da Qualidade em Saúde tem em curso um projecto de criação de um Manual de instruções para elaboração, distribuição e implementação prática de Normas de orientação clínica (NOC) - que deu origem a dois artigos inseridos nesta mesma revista: a parte I no número 1 e a parte II no presente número 2 da "Qualidade em Saúde". Ao responsável do projecto NOC do IQS, Professor António Vaz Carneiro, pedimos um breve comentário, que aqui se reproduz

Os protocolos/linhas de orientação em Radiologia que agora se publicam, e que têm origem no Serviço de Radiologia do Hospital de Curry Cabral, constituem uma boa fonte de referência para a selecção e uso de uma gama dilatada de meios auxiliares de diagnóstico de imagem em medicina.

As recomendações para selecção e utilização de meios radiológicos de imagem incluem as seguintes áreas: cabeça, pescoço, coluna, sistema músculo-esquelético, sistema cardíotorácico, mama, sistema gastrointestinal, sistema supra-renal e génito-urinário, acidente e emergências traumáticas e tumores malignos.

O texto está organizado em tabelas - formatadas de modo idêntico - cujas colunas incluem:

- 1) o problema clínico a esclarecer (diagnóstico, patologia, etc.);
- 2) um código próprio de identificação deste;
- 3) o estudo específico de imagem que se deve utilizar (RX, US, TC, RMN, etc.);
- 4) o aconselhamento/orientação do seu uso no contexto específico;
- 5) um comentário mais ou menos longo sobre a informação prestada.

Este formato é o clássico neste tipo de textos, que (presumivelmente) se destinam a uma utilização prática imediata: informação concentrada, a ser utilizada em situações bem definidas. Como modelo deste tipo de protocolos, este texto apresenta qualidades

e vantagens, facilmente evidentes pela sua leitura: recomendações claras e não ambíguas, com seriação dos exames e respectiva justificação. Trata-se, portanto, de um documento válido e relevante para a prática da radiologia geral.

No entanto, é de lembrar aqui algumas das regras básicas na avaliação de documentos deste tipo. Devem ser sistematicamente formuladas as seguintes questões:

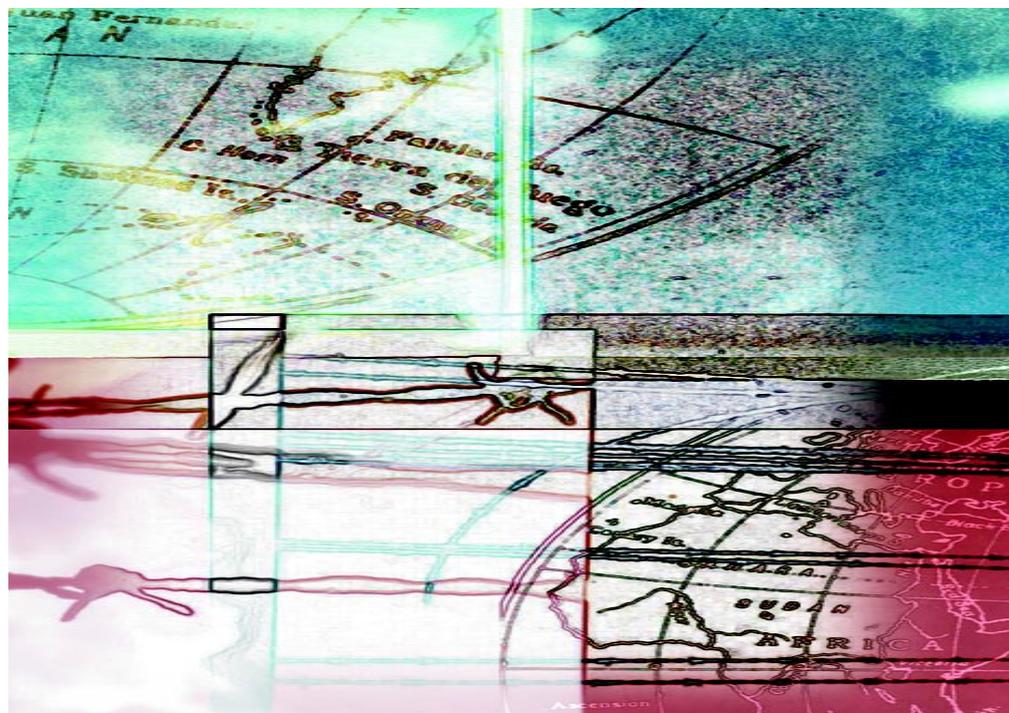
- quem foi responsável pela sua elaboração?
- quais são os seus utilizadores potenciais (o radiologista, o clínico hospitalar, de cuidados primários de saúde, etc.)?
- a que população de doentes se aplica?
- quais os resultados (outcomes) que pretende alcançar?
- em que evidência científica se baseia para fazer as recomendações

explanadas, isto é, como foram seleccionadas as provas científicas e com que critérios se determinou a validade, relevância e aplicabilidade clínica da evidência assim obtida?

- qual a estratégia de disseminação entre os profissionais que a irão utilizar?
- qual a estratégia de implementação (e avaliação) das recomendações?
- qual a data de publicação?
- qual a data de actualização periódica?

Pensamos que a disponibilização destas informações melhoraria consideravelmente um texto que nos parece de grande utilidade e relevância clínicas, numa área tão importante como é a da utilização racional e eficaz dos meios auxiliares de diagnóstico de imagem em medicina.

António Vaz Carneiro
Director adjunto do IQS;
Responsável pelo Projecto das
Normas de Orientação Clínica



Normas de Orientação Clínica em Radiodiagnóstico

Nos números anteriores da Revista "Qualidade em Saúde" publicámos a introdução e os três primeiros capítulos de um documento de orientação clínica para selecção de exames em radiologia. Esta síntese de orientações, feita pelo Serviço de Radiologia do Hospital de Curry Cabral, baseia-se na 3ª edição de "Protocolos de escolha em radiologia clínica" do Royal College of Radiologists - London. A consulta ao documento original poderá ser feita pelos leitores através dos meios habituais. Dado o interesse que os artigos anteriores despertaram, transcrevemos neste número mais três capítulos das orientações clínicas em radiologia acima citadas, com a intenção de inserir novas áreas nos números seguintes da Revista

D. Sistema Músculo-esquelético

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|---|----|--------------|--|--|
| Osteomielite? | D1 | RX MN | Indicado Indicado | A MN é muito sensível às formas iniciais de osteomielite, mas não específica. Deve ser analisada com o RX (pode ser normal durante 2-3 semanas). |
| | | RM | Investigação especializada | Com utilização cada vez maior, especialmente nas lesões vertebrais para análise da espinal medula e no pé diabético (identificação de sequestros). |
| | | TC | Investigação especializada | Para melhor definição óssea no estágio crónico. |
| Tumor primitivo do osso? | D2 | RX | Indicado | Revela sinais que muitas vezes caracterizam a lesão. |
| | | RM | Investigação especializada | Permite caracterização mais pormenorizada. Revela melhor a extensão óssea e às partes moles. Efectuar sempre antes da biopsia. |
| | | TC | Investigação especializada | Para melhor definição óssea. |
| Tumor primário conhecido: metástases esqueléticas? | D3 | MN | Indicado | Visualiza todo o esqueleto e é muito mais sensível que o RX. Pode ser feito RX em área de maior actividade (MN). |
| | | RX esqueleto | Não indicado | Provavelmente mais sensível e específica que a MN. Na coluna pode ser o exame de escolha inicial tendo em vista custo/benefício e avaliação de extensão à espinal medula. |
| | | RM | Investigação Especializada | |
| Tumor das partes moles | D4 | RM | Indicado | Embora exames mais baratos (Ex: US) possam responder a algumas questões (lesão sólida/quística) a RM dá melhor delimitação pré-cirúrgica e exclui lesão com maior segurança. |
| Trauma (ver também secção K) | D5 | RX US | Indicado Investigação especializada | Para lesões de partes moles (ex. lesão de tendão ou músculo). |
| | | RM | Investigação especializada | Quando o RX ou US é normal ou equívoco. |
| | | MN | Não indicado | Sem vantagem local em relação à RM. |



Esclarecimentos para a utilização dos protocolos

Indicado: é a orientação usada para indicar que tipo de exame é que, com mais probabilidade, contribui para o diagnóstico.

Não indicado como rotina: são as situações em que o exame referido não é o mais indicado, mas em que é aceitável o seu pedido desde que as dúvidas clínicas sejam pertinentes (ex.: RX da coluna num idoso com osteoporose quando haja suspeita de que, para além da doença degenerativa haja associadamente uma fractura).

Não indicado: trata-se de um exame que no estado actual da arte não tem indicação e como tal não deverá ser realizado (ex.: urografia de eliminação para estudo de hipertensão).

Investigação especializada: são exames que só deverão ser solicitados por especialistas, pois estes, com a sua diferenciação clínica própria, são os únicos capazes de ajuizar se têm dele uma necessidade absoluta para confirmação de uma dúvida clínica, ou se pelo contrário poderão não necessitar do exame. (Exames deste tipo poderão no entanto ser feitos após

troca de informação pontual entre o clínico e o radiologista).

Regra das seis semanas: são situações em que a experiência demonstra que o problema se resolve com o tempo. O exame só deverá ser efectuado se após o período das seis semanas persistirem as queixas (ex.: dor aguda na região cervical sem nenhum sinal neurológico).

E. Sistema cardio-torácico

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|---|-----|--------------|----------------------------|--|
| Dor retro-esternal: enfarte de miocárdio? angor? | E1 | RX | Indicado* | O RX não deve atrasar a admissão. O RX permite avaliar o tamanho cardíaco, edema pulmonar, etc, e pode excluir outras causas de dor. Depois da Prova de Esforço. O estudo da perfusão do miocárdio detecta e quantifica áreas de isquémia. |
| | | MN | Investigação especializada | |
| Dor torácica: Dissecção aórtica-aguda? | E2 | RX | Indicado | Raramente diagnóstico; essencialmente para excluir outras causas. Pedir conselho ao radiologista. Os sistemas de TC modernos proporcionam resultados muito precisos. Frequentemente associado a US trans-torácica ou, preferencialmente, US trans-esofágica. A RM é provavelmente a técnica com maior acuidade (restrições em doentes monitorizados). A Angiografia raramente é necessária. |
| | | US/TC | Indicado | |
| Dissecção aórtica-crónica | E3 | RM | Investigação especializada | A RM é o melhor exame para avaliar a extensão longitudinal. |
| Embolia Pulmonar? | E4 | MN | Indicado* | Interpretado em conjunto com RX contemporâneo. Achados equívocos podem necessitar TC espiral. US para pesquisar trombose venosa nos membros inferiores. |
| | | US | Indicado | |
| Dor torácica inespecífica | E5 | RX | 6 semanas | Situações tais como Síndrome Tietze não dão alterações no RX. O objectivo principal é tranquilizar. |
| Trauma torácico (ligeiro) | E6 | RX | Não indicado como rotina | A demonstração de uma fractura de costela não altera o tratamento. Só RX PA caso se suspeite de pneumotórax. |
| Controlo de cardiopatia ou Hipertensão Arterial | E7 | RX | Não indicado como rotina | Só se os sintomas ou sinais tiverem sofrido alteração. |
| Infecção respiratória alta | E8 | RX | Não indicado | |
| Controlo de DPCO ou asma | E9 | RX | Não indicado | Só se os sintomas ou sinais tiverem sofrido alteração. |
| Controlo de pneumonia em adulto | E10 | RX | Indicado | Para confirmar resolução. Inútil reexaminar a menos de 7 dias de intervalo, pois a resolução pode ser lenta (especialmente nos idosos) |
| Pericardite? Derrame pericárdico | E11 | RX | Indicado | Pode ser normal. Muito sensível; pode ser necessário de urgência na suspeita de tamponamento; pode mostrar o melhor acesso para a drenagem. A TC pode ser ocasionalmente necessária para demonstração de calcificações. |
| | | US | Indicado | |
| | | TC | Investigação especializada | |
| Derrame pleural | E12 | RX | Indicado | Para demonstrar a consistência do fluido; para guiar a aspiração. A TC pode ser ocasionalmente necessária. |
| | | US | Indicado | |
| Hemoptise | E13 | RX | Indicado | PA e Perfil. Se negativo ponderar TC. |

F. Patologia mamária

Doente assintomático

| Problema Clínico | | Investigação | Orientação | Comentário |
|--|----|----------------------------------|--|--|
| Rastreio 45-65 Anos | F1 | Mamografia (só duas incidências) | Indicado | Nas zonas onde existe rastreio organizado (em Portugal só na Região Centro). Frequência: até 50 anos, de 18-18 meses. > 50 anos, de 24-24 meses. Uma incidência mamográfica dá dose média mamária de 1.2 mSv. O risco de induzir uma neoplasia mamária com este exame entre os 50 e 65 anos é de 1:1000.000. Entre os 30 e os 49 anos é o dobro. Consequentemente os argumentos para estabelecer as indicações para mamografia de rastreio nas diferentes idades são primariamente baseados no benefício clínico e não no risco. Embora a mamografia seja o melhor método de detecção do carcinoma mamário precoce, não é 100% sensível, pelo que um exame negativo não exclui neoplasia. |
| Como prevenção secundária em mulher sem factores de risco, familiares ou pessoais | F2 | Mamografia | Indicado | Mamografia de base entre os 35-40 anos. Entre 40-50 anos, de 18-18 meses. Quando > 50 anos, de 24-24 meses. |
| Como prevenção secundária em mulher com alto risco (história familiar) | F3 | Mamografia | Indicado | Plano de acordo com a idade em que ocorreu a lesão no familiar, mas com periodicidade maior que no caso anterior. Se cancro pré - menopáusico no familiar, a Mamografia de base deve ser realizada antes dos 35 anos. Está indicada em qualquer grupo etário com alto risco de carcinoma mamário pré - menopausa. Isto inclui aquelas com factores de risco histológico de cirurgia prévia e aquelas com um parente em primeiro grau com carcinoma mamário pré-menopausa. |
| Como prevenção secundária em mulher com altíssimo risco de cancro da mama (ex: mulher já amputada por cancro da mama) | F4 | Mamografia | Indicado | Adaptado a cada caso mas sempre com periodicidade maior que no caso sem factores de risco. |
| Após plastia de aumento (com prótese) | F5 | Mamografia US | Indicado Indicado | Como primeiro exame (Mamografia e US) realizado 8-9 meses após a intervenção. Mamografia realizada com técnica incluindo a prótese e sem ela, sempre com periodicidade maior que no caso da mulher sem factores de risco. Incidências suplementares. O risco de rotura da prótese no decurso do exame é mínimo. |
| < 35 anos | F6 | US Mamografia | Indicado Se necessário após US | A US não está indicada como método de rastreio, seja qual for a idade. A sensibilidade da Mamografia na detecção de neoplasia é reduzida no seio jovem, rico em tecido fibro-glandular e o carcinoma é raro antes dos 35 anos. |
| > 35 anos | F7 | Mamografia US | Indicado Como complemento da Mamografia | A Mamografia está indicada para o diagnóstico, avaliação pré - operatória e seguimento da neoplasia mamária. |

Simbologia utilizada:

RM - Ressonância magnética

MN - Medicina nuclear

TC - Tomografia computadorizada

US - Ultrassonografia

* - a indicação resulta de observação e experiência frequente

** - a indicação resulta de um estudo bem controlado ou bem aleatorizado