

## Prontuário Terapêutico 9

### NOTA IMPORTANTE:

Por lamentável erro tipográfico, em vários pontos deste Prontuário Terapêutico a letra grega mú foi substituída por m, resultando numa multiplicação das doses por um factor de mil. Dada a grande dimensão do erro e o facto de os utilizadores do Prontuário terem os necessários conhecimentos técnicos, o erro não poderá ter consequências no receituário.

De qualquer modo, envia-se a respectiva errata e pede-se desculpa pelo lamentável erro cometido.

O Grupo de Trabalho do Prontuário Terapêutico.

Página	Onde consta	Deve ler-se
143	<p><b>Buprenorfina</b></p> <p>...</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 35 µg/h</i> TRANSTEC 35 G/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 36,4 (7,28); 37%</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 52.5 µg/h</i> TRANSTEC 52,5 G/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 51,65 (10,33); 37%</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 70 µg/h</i> TRANSTEC 70 G/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 67,55 (13,51); 37%</p>	<p><b>Buprenorfina</b></p> <p>...</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 35 µg/h</i> TRANSTEC 35 µG/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 36,4 (7,28); 37%</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 52.5 µg/h</i> TRANSTEC 52,5 µG/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 51,65 (10,33); 37%</p> <p><i>Cutâneas e transdérmicas - 70 µg/h</i> TRANSTEC 70 µG/H (MSRM especial-P); Grünenthal Sistema transdérmico - Saqueta - 5 unid; 67,55 (13,51); 37%</p>
225	<p><b>Cianocobalamina</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.: [Adultos] - Via oral: 50-105 µg/dia, em 1-3 fracções, tomada entre as refeições.</i></p>	<p><b>Cianocobalamina</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.: [Adultos] - Via oral: 50-150 µg/dia, em 1-3 fracções, tomada entre as refeições.</i></p>
226	<p><b>Cobamamida</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.: [Adultos] - Via parentérica: Na ausência de lesões neurológicas: 250 mg a 1 mg, IM, em dias alternados durante 1 a 2</i></p>	<p><b>Cobamamida</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.: [Adultos] - Via parentérica: Na ausência de lesões neurológicas: 250 µg a 1 mg, IM, em dias alternados durante 1 a 2</i></p>

240	<p>semanas; depois 250 mg/semána até normalização das células sanguíneas.</p> <p><b>Tirofibano</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> [Adultos] - 0,4 mg/Kg/min durante 30 minutos; depois continuar com 0,1 mg/Kg/min. Deve administrar-se conjuntamente heparina NF, em bolus, 5.000 UI, seguidas de perfusão de 1.000 UI/hora.</p>	<p>semanas; depois <b>250 µg</b>/semána até normalização das células sanguíneas.</p> <p><b>Tirofibano</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> [Adultos] - <b>0,4 µg/Kg/min</b> durante 30 minutos; depois continuar com <b>0,1 µg/Kg/min</b>. Deve administrar-se conjuntamente heparina NF, em bolus, 5.000 UI, seguidas de perfusão de 1.000 UI/hora.</p>
251	<p><b>Budesonida + Formoterol</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> [Adultos] - 320 µg + 9 µg a 640 µg + 18 mg/dia. Deve ser utilizada a dose mais baixa que controle os sintomas. V. Subgrupo 5.1.3.1..</p>	<p><b>Budesonida + Formoterol</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> [Adultos] - 320 µg + 9 µg a 640 µg + <b>18 µg/dia</b>. Deve ser utilizada a dose mais baixa que controle os sintomas. V. Subgrupo 5.1.3.1..</p>
313	<p><b>Alprostadilo</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> <i>Diagnóstico de disfunções da erecção:</i> Injecção intracavernosa de 5 a mg. <i>Disfunção eréctil:</i> Dose inicial: 2,5 mg que pode ser aumentada até se conseguir a dose óptima (dose normal compreendida entre 10 e 20 mg; dose máxima: 60 mg). Não deve ser administrado mais do que 1 vez/dia nem mais do que 3 vezes/semána.</p>	<p><b>Alprostadilo</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> <i>Diagnóstico de disfunções da erecção:</i> Injecção intracavernosa de <b>5 a 20 µg</b>. <i>Disfunção eréctil:</i> Dose inicial: <b>2,5 µg</b> que pode ser aumentada até se conseguir a dose óptima (dose normal compreendida entre <b>10 e 20 µg</b>; dose máxima: <b>60 µg</b>). Não deve ser administrado mais do que 1 vez/dia nem mais do que 3 vezes/semána.</p>
322	<p><b>Somatostatina</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> Por IV, adaptada à situação clínica. Na hemorragia gastrointestinal deve iniciar-se com uma dosagem de 3,5 mg/Kg/h em perfusão contínua; em manutenção as doses podem variar entre 250 mg a 6 mg/dia com intervalos de 24 a 48 horas.</p>	<p><b>Somatostatina</b></p> <p>...</p> <p><i>Posol.:</i> Por IV, adaptada à situação clínica. Na hemorragia gastrointestinal deve iniciar-se com uma dosagem de <b>3,5 µg/Kg/h</b> em perfusão contínua; em manutenção as doses podem variar entre <b>250 µg</b> a 6 mg/dia com intervalos de 24 a 48 horas.</p>
326	<p><b>8.3. Hormonas da tiróide e antitiroideus</b></p> <p>...</p>	<p><b>8.3. Hormonas da tiróide e antitiroideus</b></p> <p>...</p>

	<p>A tiroxina sódica (levotiroxina sódica) é a hormona de escolha na terapêutica de manutenção. Tem uma absorção rápida, com um t<sub>1/2</sub> de 6 a 7 dias, facto que permite que a sua actividade possa persistir por semanas, mesmo após a suspensão do tratamento. A dose inicial não deve exceder 100 mg/dia e nos idosos ou doentes com problemas cardíacos não deve exceder 25 a 50 mg, de preferência antes do pequeno almoço. Estas doses podem aumentar-se a intervalos de pelo menos 4 semanas até se atingirem as doses de manutenção. A dose única diária, no adulto, para manutenção, é de 100 a 200 mg, para substituição hormonal no hipotiroidismo. Nas crianças a dose diária é de 5 mg/kg até ao máximo de 100 mg/dia; a idade da criança pode interferir neste valor e se até aos 5 anos não se deve ultrapassar os 100 mg/dia, até aos 12 pode atingir-se os 200 mg/dia. Estes máximos estão contudo dependentes da resposta clínica e dos resultados do doseamento plasmático da tiroxina (TH) e da hormona estimulante da tiróide (TSH).</p> <p>A liotironina tem uma acção terapêutica semelhante à da tiroxina mas é mais rapidamente metabolizada; 20 mg de liotironina são equivalentes a 100 mg de tiroxina. O t<sub>1/2</sub> é de menos de 2 dias mas a resposta biológica consegue-se poucas horas após absorção, pelo que é usada nas situações de hipotiroidismo grave quando se deseja uma resposta rápida.</p> <p>...</p>	<p>A tiroxina sódica (levotiroxina sódica) é a hormona de escolha na terapêutica de manutenção. Tem uma absorção rápida, com um t<sub>1/2</sub> de 6 a 7 dias, facto que permite que a sua actividade possa persistir por semanas, mesmo após a suspensão do tratamento. A dose inicial não deve exceder <b>100 µg/dia</b> e nos idosos ou doentes com problemas cardíacos não deve exceder <b>25 a 50 µg</b>, de preferência antes do pequeno almoço. Estas doses podem aumentar-se a intervalos de pelo menos 4 semanas até se atingirem as doses de manutenção. A dose única diária, no adulto, para manutenção, é de 100 a <b>200 µg</b>, para substituição hormonal no hipotiroidismo. Nas crianças a dose diária é de <b>5 µg/kg</b> até ao máximo de <b>100 µg/dia</b>; a idade da criança pode interferir neste valor e se até aos 5 anos não se deve ultrapassar os <b>100 µg/dia</b>, até aos 12 pode atingir-se os <b>200 µg/dia</b>. Estes máximos estão contudo dependentes da resposta clínica e dos resultados do doseamento plasmático da tiroxina (TH) e da hormona estimulante da tiróide (TSH).</p> <p>A liotironina tem uma acção terapêutica semelhante à da tiroxina mas é mais rapidamente metabolizada; <b>20 µg</b> de liotironina são equivalentes a <b>100 µg</b> de tiroxina. O t<sub>1/2</sub> é de menos de 2 dias mas a resposta biológica consegue-se poucas horas após absorção, pelo que é usada nas situações de hipotiroidismo grave quando se deseja uma resposta rápida.</p> <p>...</p>
378	<p><b>9.6.3 Vitamina D</b></p> <p>...</p> <p>O <b>calcitriol</b> é considerado a forma mais activa da vitamina D e é usada por via oral ou IV em doses que variam entre</p>	<p><b>9.6.3 Vitamina D</b></p> <p>...</p> <p>O <b>calcitriol</b> é considerado a forma mais activa da vitamina D e é usada por via oral ou IV em doses que variam entre <b>0,25 a 2</b></p>

	0,25 a 2 mg/dia	<b>µg/dia</b>
390	<p><b>Adrenalina</b></p> <p>...</p> <p><i>Interac.:</i> Os doentes submetidos a terapêutica com bloqueadores adrenérgicos beta podem não responder à injeção de adrenalina, recomendando-se então a injeção de <b>salbutamol</b> IV 250 mg, a repetir, se necessário</p>	<p><b>Adrenalina</b></p> <p>...</p> <p><i>Interac.:</i> Os doentes submetidos a terapêutica com bloqueadores adrenérgicos beta podem não responder à injeção de adrenalina, recomendando-se então a injeção de <b>salbutamol</b> IV <b>250 µg</b>, a repetir, se necessário</p>
487	<p><b>Naloxona</b></p> <p>...</p> <p><i>Sobredosagem opiácea:</i> Dose inicial de 400 a 2.000 mg por via IV; a dose pode ser repetida com intervalos de 2 a 3 minutos até à quantidade máxima de 10 mg.</p> <p><i>Uso pós-operatório:</i> 100 a 200 mg IV são geralmente suficientes mas pode proceder-se a administrações subsequentes de 100 mg após intervalos de 2 minutos.</p>	<p><b>Naloxona</b></p> <p>...</p> <p><i>Sobredosagem opiácea:</i> Dose inicial de <b>400 a 2.000 µg</b> por via IV; a dose pode ser repetida com intervalos de 2 a 3 minutos até à quantidade máxima de 10 mg.</p> <p><i>Uso pós-operatório:</i> <b>100 a 200 µg</b> IV são geralmente suficientes mas pode proceder-se a administrações subsequentes de <b>100 µg</b> após intervalos de 2 minutos.</p>