

Editorial



Nesta edição do boletim “FARMACOVIGILÂNCIA: Atualizações de segurança de medicamentos” informa-se sobre as novas recomendações a adotar quando o tratamento com domperidona, bem como com a utilização combinada de diferentes medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina. A Agência Europeia do Medicamento (EMA) encontra-se a avaliar o risco de reações de hipersensibilidade associadas ao ferromoxitol. De igual modo, a EMA está a avaliar o risco cardiovascular associado à administração de ivabradina. As atividades, incluindo publicações científicas, e os resultados das atividades da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) referentes ao segundo trimestre de 2014 são também apresentados.

Nesta edição:

Notas de segurança	2
Alertas de Segurança	6
Atividade científica da UFC	7
Resultados da atividade da UFC	8
Q&A	9

Pontos de especial interesse:

- ◆ Domperidona: riscos da ocorrência de eventos adversos cardíacos
- ◆ Utilização combinada de diferentes medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina: risco de hipercaliemia, hipotensão e disfunção renal
- ◆ Voriconazol: riscos de toxicidade hepática, fototoxicidade e carcinoma espinocelular
- ◆ Ferromoxitol: reações de hipersensibilidade graves
- ◆ Ivabradina: risco de bradicardia
- ◆ Zolpidem: alteração da capacidade de conduzir no dia seguinte à toma

Notas de Segurança

Domperidona: riscos da ocorrência de eventos adversos cardíacos – indicação terapêutica restrita ao alívio dos sintomas de náuseas e vômitos, novas contraindicações e redução da posologia

A domperidona está associada a um risco ligeiramente aumentado de eventos adversos cardíacos graves. A sua utilização está agora restrita ao alívio sintomático de náuseas e vômitos, deixando de estar recomendada no tratamento de sensação de plenitude gástrica e azia. A sua posologia foi também reduzida. A domperidona passa agora a estar contraindicada em todos os doentes com condições cardíacas subjacentes e/ou outros fatores de risco (ver em baixo). Os doentes que apresentam estas condições e os doentes em tratamento crónico com domperidona devem ser reavaliados, de acordo com as novas recomendações.

Para informação adicional poderá consultar:

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/referrals/Domperidonecontaining_medicines/human_referral_prac_000021.jsp&mid=WC0b01ac05805c516f

Uma revisão conduzida pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) confirmou um risco ligeiramente aumentado de eventos adversos cardíacos graves, incluindo prolongamento do intervalo QT, “torsade de pointes”, arritmias ventriculares severas e morte súbita por causas cardíacas. O risco acrescido foi particularmente observado em doentes com idades superiores a 60 anos, em doentes que tomam domperidona em doses superiores a 30 mg por dia e em doentes que tomam, concomitantemente à domperidona, medicamentos que causam o prolongamento do intervalo QT ou inibidores do CYP3A4. Para além do alívio dos sintomas de náuseas e vômitos, a EMA concluiu que os benefícios não superaram os riscos de iatrogenia cardíaca nas outras indicações terapêuticas que não o alívio dos sintomas de náuseas e vômitos. Consequentemente, as recomendações para a prescrição de domperidona deverão ser atualizadas.

Recomendações para o profissional de saúde:

Indicação Terapêutica

- ◆ As indicações terapêuticas da domperidona restringem-se ao alívio sintomático de náuseas e vômitos.
- ◆ A domperidona deve ser usada na dose mais baixa efetiva durante o menor tempo possível (não deve exceder uma semana).

Contraindicações

- ◆ A administração de domperidona encontra-se agora contraindicada em doentes com anomalias da condução cardíaca; com doença cardíaca subjacente, tal como insuficiência cardíaca congestiva; com medicação concomitante que prolongue o intervalo Q-T ou iniba de forma potente o CYP3A4; com disfunção hepática severa.
- ◆ A utilização de domperidona em doentes que verifiquem as condições supracitadas deve ser reavaliada e considerada a utilização de uma alternativa terapêutica, se necessário.

Posologia

- ◆ Para adultos e adolescentes com ≥ 12 anos de idade e peso ≥ 35 kg, a dose diária máxima recomendada é de 30 mg (10 mg três vezes por dia).
- ◆ Em crianças com < 12 anos de idade e peso < 35 kg, a dose diária máxima recomendada é 0,75 mg/kg de peso corporal (0,25 mg/kg de peso corporal, três vezes por dia).

Adaptado de *Drug Safety Update volume 7 issue 10, May 2014: A1* .

Utilização combinada de diferentes medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina: risco de hipercaliémia, hipotensão e disfunção renal – novas recomendações

A utilização combinada de diferentes medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina está associada a um risco aumentado de hipercaliémia, hipotensão e disfunção renal. A EMA emitiu novas recomendações após a conclusão de uma revisão da evidência disponível. Em particular, não é aconselhável a prescrição de um inibidor da enzima de conversão da angiotensina (IECA) juntamente com um antagonista do recetor da angiotensina (ARA), em doentes com nefropatia diabética, já que estes têm um risco acrescido para desenvolver hipercaliémia. Combinar aliscireno (inibidor direto da renina) e um IECA ou um ARA está também contraindicado em doentes com compromisso renal ou diabetes *mellitus*.

Recentemente, uma revisão conduzida pela EMA concluiu que a utilização combinada de medicamentos pertencentes a qualquer das duas classes de modificadores do eixo renina-angiotensina não é recomendada, particularmente a utilização combinada de um ARA e de um IECA em doentes com problemas renais devido a diabetes (nefropatia diabética).

A revisão conduzida pela EMA reuniu evidência de ensaios clínicos de grandes dimensões, que incluíram doentes com distúrbios cardíacos pré-existentes e distúrbios circulatórios ou com diabetes *mellitus* do tipo 2.¹⁻⁴ Estes estudos revelaram que a utilização combinada de um ARA e um IECA está associada a um aumento do risco de hipercaliémia, dano renal ou pressão arterial baixa comparativamente ao uso isolado de qualquer medicamento. Além disso, não foram observados benefícios significativos associados à utilização combinada destes medicamentos em doentes sem insuficiência cardíaca⁵, sendo que os benefícios só superam os riscos num grupo de doentes com insuficiência cardíaca que não responde a outros tratamentos.

1. Yusuf S, et al. N Engl J Med 2008; 358: 1547-59.
2. Parving HH, et al. N Engl J Med 2012; 367: 2204-13.
3. Fried LF, et al. N Engl J Med 2013; 369: 1892-1903.
4. Makani H, et al. BMJ 2013; 346: f360.
5. McMurray JJ, et al. Eur Heart J 2012; 33:1787-847.

Para informação adicional poderá consultar:

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2014/05/news_detail_002107.jsp&id=WC0b01ac058004d5c1

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ A utilização combinada de diferentes medicamentos modificadores do eixo renina-angiotensina (ARAs, IECAs ou aliscireno) não é recomendada;
- ◆ Um ARA não deve ser utilizado em combinação com um IECA em doentes com nefropatia diabética devido ao risco de hipercaliémia;
- ◆ O uso concomitante de aliscireno e um ARA ou IECA é contraindicado em doentes com compromisso renal (TFG < 60 ml/min /1,73 m²) ou diabetes *mellitus*.
- ◆ Alguns doentes com insuficiência cardíaca podem ter necessidade de serem tratados concomitantemente com um IECA e um ARA. Os ARAs candesartan e valsartan estão aprovados como terapêutica adjuvante em doentes com insuficiência cardíaca sintomática que necessitam deste regime terapêutico;
- ◆ A combinação tripla de um IECA, um ARA e um antagonista do recetor mineralocorticoide ou outro diurético poupador de potássio não é recomendada.
- ◆ O regime terapêutico deve ser revisto, tendo em atenção se a utilização da terapêutica combinada é apropriada;
- ◆ Se a terapêutica combinada é absolutamente necessária, o tratamento deve ser monitorizado, com especial atenção aos valores de pressão arterial, à função renal e aos níveis de eletrólitos (particularmente os valores de potássio). A terapêutica deve ser monitorizada quando se inicia, mensalmente e sempre que se alterar a posologia.

Voriconazol: riscos de toxicidade hepática, fototoxicidade e carcinoma espinocelular – avaliar a função hepática antes e durante o tratamento e aconselhar os doentes a evitar a exposição solar

A administração de voriconazol tem sido associada a um risco de toxicidade hepática, fototoxicidade e carcinoma espinocelular. O teste da função hepática deve ser realizado antes de iniciar o tratamento com voriconazol e, pelo menos, semanalmente durante o primeiro mês de tratamento. A exposição solar deve ser evitada durante o tratamento com voriconazol.

O voriconazol é um antifúngico indicado para o tratamento de infeções fúngicas progressivas e passíveis de causar a morte em adultos e crianças com idade superior a 2 anos. O voriconazol está associado a um risco de toxicidade hepática, fototoxicidade e carcinoma espinocelular.

Durante os ensaios clínicos, alguns doentes sofreram reações hepáticas graves enquanto tomavam voriconazol (hepatite clínica, colestase, e afeção hepática fulminante, incluindo morte). Foram registados casos de reações hepáticas principalmente em doentes com situações clínicas graves subjacentes (predominantemente com doença hematológica maligna). Ocorreram reações hepáticas transitórias, incluindo hepatite e icterícia, em doentes sem outros fatores de risco identificados. A disfunção hepática foi habitualmente reversível com a descontinuação da terapêutica.

Para informação adicional poderá consultar:

RCM:
http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000387/WC500049756.pdf

Recomendações para o profissional de saúde:

Toxicidade hepática

- ◆ Os doentes em tratamento com voriconazol devem ser cuidadosamente monitorizados para a toxicidade hepática. O controlo clínico deve incluir a avaliação laboratorial da função hepática (mais especificamente da AST e da ALT) no início do tratamento com voriconazol e, no mínimo, semanalmente durante o primeiro mês de tratamento. A duração do tratamento deve ser o mais curto possível; no entanto, se a avaliação benefício/risco determinar a continuação do mesmo, a frequência da monitorização pode ser reduzida a mensal, caso não ocorram alterações nos testes de função hepática.
- ◆ Se os resultados dos testes da função hepática se tornarem acentuadamente elevados, o tratamento com voriconazol deve ser descontinuado, a menos que a avaliação médica do benefício/risco do tratamento para o doente justifique a continuação da sua utilização.
- ◆ A monitorização da função hepática deve ser realizada em crianças e adultos.

Fototoxicidade e carcinoma espinocelular

- ◆ Recomenda-se que todos os doentes, especialmente as crianças, evitem a exposição solar intensa ou prolongada durante o tratamento com voriconazol e que adotem medidas tais como o uso de vestuário protetor e protetor solar com elevado fator de proteção.
- ◆ Os doentes com fototoxicidade devem ser referenciados para um dermatologista e deve ser considerada a descontinuação do tratamento com voriconazol.
- ◆ Deve ser realizada uma avaliação dermatológica de forma sistemática e regular, sempre que o tratamento com voriconazol se mantenha apesar da ocorrência de lesões relacionadas com fototoxicidade, para permitir a deteção e tratamento precoces de lesões pré-cancerosas.
- ◆ O voriconazol deve ser interrompido se forem identificadas lesões cutâneas pré-cancerosas ou carcinoma espinocelular.

Ferromoxitol: reações de hipersensibilidade graves – precauções a ter antes e durante a administração

A EMA encontra-se a rever novos dados sobre reações de hipersensibilidade após a administração de ferromoxitol.

O ferromoxitol foi aprovado na Europa em junho de 2012 e indicado para o tratamento intravenoso da anemia por deficiência de ferro em doentes adultos com doença renal crónica.

As reações de hipersensibilidade ocorrem raramente com medicamentos contendo ferro a administrar por via intravenosa, mas podem ser potencialmente fatais.

Após uma revisão levada a cabo pela EMA foram feitas recomendações para minimizar este risco.

As recomendações da revisão europeia, que suportam o tratamento seguro com medicamentos contendo ferro intravenoso, também se aplicaram ao ferromoxitol, tendo sido incluídas no seu Resumo das Características do Medicamento (RCM).

Foram reportadas reações de hipersensibilidade graves após a administração de ferromoxitol na prática clínica. Estas incluíram reações anafiláticas, algumas das quais resultaram em morte. A maioria destas notificações provém dos Estados Unidos da América (EUA), onde o ferromoxitol está disponível desde 2009.

Apesar da revisão concluir que os benefícios dos medicamentos que contêm ferro continuam a superar os riscos desde que sejam tomadas as medidas necessárias para minimizar o risco de ocorrência de reações de hipersensibilidade, a evidência vai continuar a ser avaliada. A EMA refere a importância da notificação espontânea de suspeitas de reações de hipersensibilidade para confirmar os dados de segurança.

Para informação adicional poderá consultar:

EMA:

http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/06/news_detail_001833.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

RCM:

http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002215/WC500129749.pdf; Declaração da EMA: http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2013/06/news_detail_001833.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ O ferromoxitol está contraindicado em doentes com conhecida hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes.
- ◆ O ferromoxitol está contraindicado em doentes com hipersensibilidade grave conhecida a outros medicamentos contendo ferro administrados por via parentérica.
- ◆ O risco de hipersensibilidade está aumentado em doentes com alergias conhecidas (incluindo alergias medicamentosas); em doentes com doenças imunes ou inflamatórias (p. ex., lúpus eritematoso sistémico, artrite reumatoide); ou em doentes com antecedentes de asma, eczema ou outra alergia atópica grave. Nestes doentes, ferromoxitol deve apenas ser usado se os benefícios superarem os riscos.
- ◆ O ferromoxitol deve ser administrado apenas quando estão imediatamente disponíveis técnicos formados em avaliação e tratamento de reações anafiláticas, em instalações que seja assegurado todo o suporte para reanimação.
- ◆ Cada doente deve ser observado para identificar possíveis sinais de hipersensibilidade, incluindo hipotensão severa, durante pelo menos 30 minutos após cada administração de ferromoxitol.
- ◆ Informe os doentes do risco e da potencial gravidade de uma reação de hipersensibilidade antes de cada administração.
- ◆ Informe os doentes dos sintomas relevantes e aconselhe-os a pedir ajuda médica se necessário.

Alertas de Segurança

Ivabradina: risco de bradicardia

A ivabradina está indicada no tratamento sintomático da angina de peito crónica estável em adultos com doença arterial coronária com ritmo sinusal normal. A ivabradina está também indicada em doentes com insuficiência cardíaca crónica de classe II a IV com disfunção sistólica¹, em doentes com ritmo sinusal e cuja frequência cardíaca é ≥ 75 batimentos por minuto (bpm).

O estudo SIGNIFY avaliou a eficácia da ivabradina comparativamente a placebo em doentes com doença coronária arterial. A dose avaliada no estudo (7,5 mg a 10 mg, duas vezes por dia) foi superior à aprovada atualmente (5 a 7,5 mg, duas vezes ao dia). O estudo incluiu uma análise de subgrupos a participantes com angina sintomática de classe II CCS ou mais.² Resultados preliminares mostraram um ligeiro, mas estatisticamente significativo, aumento do risco combinado de morte por causas cardiovasculares e enfarte do miocárdio não fatal com ivabradina em comparação com o placebo. Este risco cardiovascular pode estar associado com o ritmo cardíaco pretendido abaixo de 60 bpm.

A EMA está a rever estes novos dados, avaliando o impacto destes na relação benefício/risco da ivabradina.

1. De acordo com a classificação da New York Heart Association;
2. Classe II da escala de classificação funcional da angina de peito da Sociedade Cardiovascular Canadina <http://www.ccs.ca/index.php/en/guidelines/guidelines-library>.

Para mais informação poderá consultar:
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2014/05/WC500166318.pdf

Recomendações para o profissional de saúde:

- ◆ A dose inicial deve ser de 5 mg, duas vezes por dia. A dose de manutenção não deve exceder os 7,5 mg, duas vezes por dia;
- ◆ Os doentes devem ser monitorizados para o risco de bradicardia e os seus sintomas (p. ex. tonturas, fadiga, hipotensão);
- ◆ Se a frequência cardíaca diminuir persistentemente abaixo de 50 bpm, ou se o doente apresentar sintomas relacionados com bradicardia, a dose deve ser titulada para baixo incluindo a possibilidade da dose de 2,5 mg duas vezes por dia;
- ◆ O tratamento deve ser descontinuado se a frequência cardíaca inferior a 50 bpm persistir ou se persistirem sintomas de bradicardia;
- ◆ A dose pode ser aumentada para 7,5 mg, duas vezes por dia, após três a quatro semanas de tratamento, dependendo da resposta terapêutica. O aumento da dose deve ser monitorizado, com especial atenção ao ritmo cardíaco.
- ◆ Deve-se evitar o uso concomitante de ivabradina com bloqueadores dos canais de cálcio, tais como o verapamilo e o diltiazem.

Adaptado de *Drug Safety Update volume 7 issue 11, June 2014: S1*.

Zolpidem: alteração da capacidade de conduzir no dia seguinte à toma

Zolpidem está associado a uma diminuição da capacidade de conduzir no dia a seguir à toma. Para reduzir este risco, os doentes devem ser alertados para:

- ◆ Tomar 10 mg de zolpidem antes de deitar e não voltar a tomar na mesma noite;
- ◆ Não tomar zolpidem com álcool, drogas ou outros depressores do Sistema Nervoso Central;
- ◆ Não conduzir ou operar máquinas, durante, pelo menos, 8 horas após a toma de zolpidem;
- ◆ Não conduzir ou operar máquinas, se após tomar zolpidem, ainda se sentir ensonado.

Doentes com afeções hepáticas e doentes com idade avançada não devem tomar mais do que 5 mg de zolpidem por noite.

Adaptado de *Drug Safety Update volume 7 issue 10, May 2014: S1*.

Atividade científica da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

Publicações

O *European Journal of Clinical Pharmacology* publicou um estudo realizado por colaboradores da UFC cujo objetivo foi analisar a variação das estimativas de risco geradas através da técnica de meta-análise, ao longo do tempo para medicamentos cuja relação benefício/risco tenha sido reavaliada pelas autoridades reguladoras. O resumo do estudo apresenta-se em baixo.

Eur J Clin Pharmacol (2014) 70:745–756
DOI 10.1007/s00228-014-1670-5

PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND PRESCRIPTION



European Journal
of Clinical
Pharmacology

Drug-safety alerts issued by regulatory authorities: usefulness of meta-analysis in predicting risks earlier

Carlos Alves · Francisco Batel Marques ·
Ana Filipa Macedo

“Purpose: The purpose of this study was to evaluate how risk estimates generated from cumulative meta-analysis performs over time for drugs having their benefit/risk ratio re-evaluated due to safety issues and, additionally, assess whether results are consistent with regulatory authorities’ conclusions.

Methods: Four major regulatory authorities were searched for their issued safety alerts supported by longitudinal, comparative studies (experimentals and/or observationals). The random-effects model was used to pooled odds ratios (OR) over time by including studies according to the year they first became available.

Results: Seventeen safety alerts were included in this study. In 2008, proton-pump inhibitors (PPIs) were associated with an increased risk for bone fractures [OR 1.25, 95 % confidence interval (CI) 1.00–1.55, $P=0.049$]; the US Food and Drug Association (FDA) issued a safety alert in 2010 and added warnings to the label. An increased risk for *Clostridium difficile*-associated diarrhea was pooled for PPIs in 2004 (OR 1.89, 1.19–3.02, $P=0.007$); US FDA issued a safety alert in 2012, adding warnings to the label. PPIs were associated with pneumonia in 2009 (OR 1.40, 1.06–1.85, $P=0.017$); US FDA issued an alert in 2012 but concluded that the benefit/risk (B/R) ratio remains positive. Statins were associated with an increased risk for diabetes (OR 1.07, 1.01–1.15, $P=0.033$) in 2008. The European Medicines Agency (EMA) issued an alert in 2012, including warnings to the label. The remaining cumulative meta-analyses did not estimate increased risks in advance of regulatory decisions.

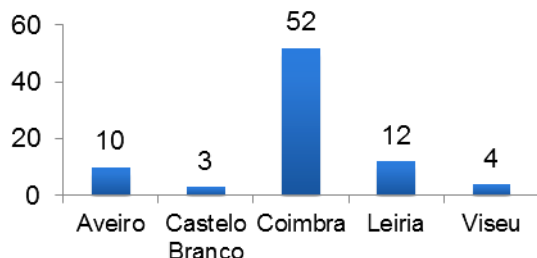
Conclusion: This study demonstrates that meta-analysis may help predict iatrogenic risks. However, between-study heterogeneity can considerably affect the estimated results, and therefore, this technique should not replace further assessments during BR ratio re-evaluations.

Keywords: Meta-analysis . Safety alerts . Data sources . Regulatory agencies”

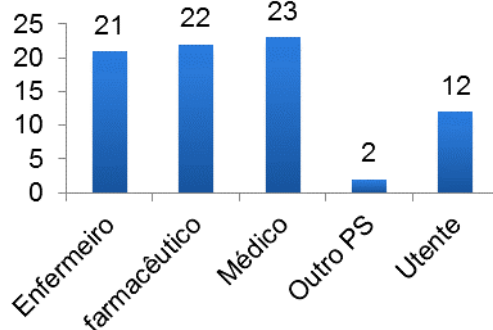
Resultados da atividade da Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

A Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC) recebeu um total de 80 notificações espontâneas de reações adversas a medicamentos entre 1 de abril e 31 de junho de 2014. A Figura seguinte apresenta a distribuição das notificações espontâneas de acordo com o local de origem, o tipo de notificador, a gravidade, o conhecimento prévio, a imputação de causalidade atribuída à relação entre a ocorrência da reação adversa e a exposição ao medicamento suspeito, e o grupo terapêutico do medicamento suspeito.

Notificações espontâneas (n) por distrito de origem



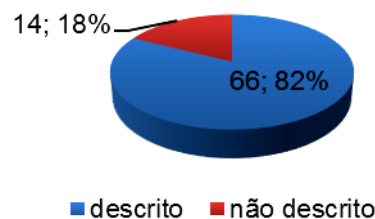
Notificações espontâneas (n) por tipo de notificador



Notificações espontâneas (n) de acordo com a gravidade



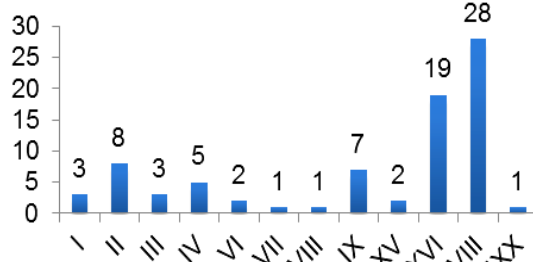
Notificações espontâneas (n) de acordo com conhecimento prévio



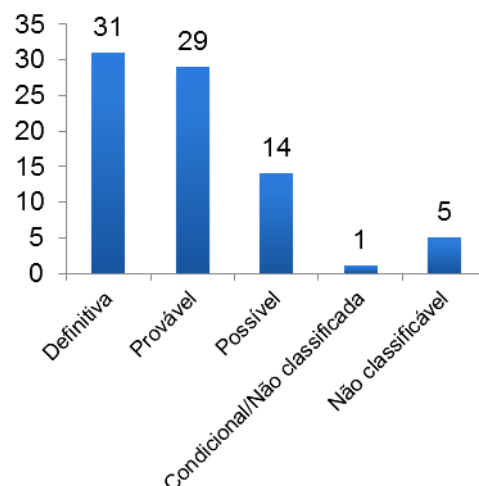
Grave—uma reação adversa que resultou em morte, colocou a vida em risco, motivou ou prolongou o internamento, resultou em incapacidade significativa, causou anomalias congénitas ou outra clinicamente importante.

Não descrito—uma notificação espontânea contendo pelo menos reação adversa cuja descrição não está incluída no resumo das características do medicamento suspeito.

Notificações espontâneas (n) por grupo terapêutico do medicamento suspeito



Notificações espontâneas (n) por causalidade



- I Medicamentos Anti-infecciosos
- II Sistema Nervoso Central
- III Aparelho Cardiovascular
- IV Sangue
- VI Aparelho Digestivo
- VII Aparelho Genitoriuário
- VIII Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas
- IX Aparelho Locomotor
- XV Medicamentos usados em afeções oculares
- XVI Medicamentos Antineoplásicos e Imunomoduladores
- XVIII Vacinas e Imunoglobulinas
- XX Meios de diagnóstico

Q&A

Todos os profissionais de saúde e utentes/consumidores podem utilizar o e-mail ufc@aibili.pt para colocarem questões relacionadas com a segurança de medicamentos. As questões serão respondidas por e-mail e/ou através de publicação nas próximas edições deste boletim.

Como notificar suspeitas de reações adversas a medicamentos à UFC?

Portal RAM (online)

<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>

UFC, AIBILI—Notificação de reações adversas (online)

<http://www.ufc.aibili.pt/>

Boletins de notificação para imprimir

[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/
FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM)

Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

Tel: +351 239 480 138 | Fax: +351 239 480 117

e-mail: ufc@aibili.pt

http://www.aibili.pt/ufc_about.php



Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC)

AIBILI

Azinhaga de Santa Comba - Celas

3000-548 Coimbra

Portugal

Tel: +351 239 480 138 | Fax: +351 239 480 117

e-mail: ufc@aibili.pt

Ficha técnica

Título: FARMACOVIGILÂNCIA - Atualizações de segurança de medicamentos

Editor: Unidade de Farmacovigilância do Centro (UFC), AIBILI - Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem.

Conselho Científico da UFC: Carlos Fontes Ribeiro, Francisco Batel Marques, Isabel Jesus Oliveira, José Cunha-Vaz, Luiz Miguel Santiago, Margarida Caramona, Maria Angelina Martins, Patrícia Dinis Dias, Tice de Macedo.

Coordenação: Francisco Batel Marques, Carlos Fontes Ribeiro.

Produção/Edição: Diogo Mendes, Carlos Alves, Ana Penedones.

Apoio técnico: Daniel Sanches Fernandes.

ISSN: 2183-2056.