

Coração e Vasos

Diretor: José Alberto Soares
Ano V • Número 9 • 3€
Quadrimestral • Jan.-Abr. 2021
WWW.JUSTNEWS.PT
Publicação Periódica Híbrida

DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Publicações



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



Hospital
Pulido Valente

DEPARTAMENTO
CORAÇÃO e VASOS

DISPOSITIVOS ELETRÓNICOS CARDÍACOS

SANTA MARIA é recordista em implantes

ESPECIAL | ANTEVISÃO



XI CONGRESSO
Novas Fronteiras
em Medicina
Cardiovascular

26 a 28 fevereiro 2021

EXCLUSIVAMENTE EM PORTUGUÊS DIGITAL



VICTOR GIL

A visão sobre a Cardiologia portuguesa e os desafios que o futuro coloca

Págs. 10/16

HUGO CÔRTE-REAL

Cuidados intensivos e intermédios unificados... com harmonia e beleza

Págs. 20/24



OUTUBRO 2019 – CIRURGIA ABERTA DO ANEURISMA DA AORTA TORACOABDOMINAL, CHULN (FOTO JOANA JESUS)



21

ACREDITAR

Publicações



www.justnews.pt

Jornal Médico

LIVE ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PARA O ESTUDO CLÍNICO DA SIDA

LIVE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

Jornal ORL

LIVE OTORRINO LARINGOLOGIA

LIVE ALERGOLOGIA

HOSPITAL Público

LIVE MEDICINA INTERNA

Jornal Médico

LIVE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

HOSPITAL Público

WOMEN'S MEDICINE

Corção Vasos

LIVE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Sumário

- 8 – Fausto Pinto**
XI Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular
- 10 – Victor Gil**
“Enfrentamos um desafio integrador conceptual, que abrange muito mais do que a realização de intervenções em conjunto”
- 16 – Centro de Reabilitação Cardiovascular do CHLN**
A obtenção da certificação europeia
- 19 – Inês Zimbarra Cabrita / Rita Carilho Torrão**
Estudos de Iniciativa do Investigador - o contributo de uma CRO Académica
- 20 – Hugo Côrte-Real**
“Se me dessem todos os meios, um deles seria proporcionar que cada doente pudesse escolher a sua própria música”
- 26 – Unidade de Eletrofisiologia e Pacing do CHLN**
Realiza-se em Santa Maria o maior número de implantações de dispositivos eletrónicos cardíacos do país
- Especial Antevisão**
XI Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular
- 32 – Luís Mendes Pedro / Ângelo Nobre / Ana Gomes Almeida**
Patologia aórtica e vascular
- 33 – António Duarte**
Lições da 1.ª vaga da pandemia covid-19
- 33 – Mariana Moutinho**
Complicações vasculares das técnicas de ECMO
- 34 – Ryan Melo**
Novos dados sobre a epidemiologia das doenças da aorta
- 34 – Alice Lopes**
A evolução do tratamento da DATB numa série de 100 casos



37 – Ana Abreu
Também os cuidados de saúde mudaram desde o início da pandemia

38 – João de Sousa
Novos desafios em Arritmologia

40 – Eduardo Oliveira
Intervenção estrutural e inovação em tempos desafiantes

42 – Dulce Brito
Novos desafios na abordagem integrada da insuficiência cardíaca

44 – Afonso Nunes Ferreira
Telemonitorização como complemento no seguimento de doentes com IC

46 – João Agostinho
A otimização da terapêutica fundamental na IC com fração de ejeção reduzida

49 – Pedro Cardoso
A abordagem da doença coronária

50 – Hugo Côrte-Real
Os CI no doente com patologia da aorta – é fundamental a proteção dos órgãos



EDWARDS INTUITY Elite Valve System

Trusted Platform
Rapid Deployment*
Smaller Incisions

* Simplified implantation through reduced suture steps.

For professional use. See instructions for use for full prescribing information, including indications, contraindications, warnings, precautions and adverse events. Edwards Lifesciences devices placed on the European market meeting the essential requirements referred to in Article 3 of the Medical Device Directive 93/42/EEC bear the CE marking of conformity.

Edwards, Edwards Lifesciences, the stylized E logo, EDWARDS INTUITY and EDWARDS INTUITY Elite are trademarks of Edwards Lifesciences Corporation.

© 2017 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. E7544/10-17/HVT
Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70 • 1260 Nyon, Switzerland • edwards.com



Edwards

A CAPA DESTA EDIÇÃO

Recordiiiiiiista...



João de Sousa, coordenador da Unidade de Eletrofisiologia e Pacing do CHULN, confirma que é no Serviço de Cardiologia que se coloca, anualmente, o maior número de dispositivos eletrónicos cardíacos do país. Não será propriamente uma novidade, mas merece ser o tema principal da capa desta edição da *Coração e Vasos*.

Clinical Research: what's it all about?



A 15 e 16 de outubro realizou-se mais um curso organizado pela AIDFM/CETERA. Fica o registo do momento que antecedeu esta ação de formação, que foi digital (consequência da pandemia!). Na foto, Dulce Brito (do Comité Científico) está rodeada por Inês Zimbarra Cabrita (uma das diretoras do curso) e Cecília Gomes (uma das formadoras).

Coração e Vasos

Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Graça **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Ane Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade e Marketing:** Ana Paula Reis **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E.3, 1990-196 Lisboa **Coração e Vasos** é uma publicação híbrida da *Just News*, impressa e em formato digital (*e-paper*) de periodicidade quadrimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A. **Tiragem:** 2000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 420844/17 **Impressão e acabamento:** TYPIA - Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucía 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como "Informação".

geral@justnews.pt

agenda@justnews.pt

Tel. 21 893 80 30

www.justnews.pt

Publicações



1.º presidente português nos 40 anos da WHF

Fausto Pinto é o 22.º presidente da Federação Mundial do Coração e o primeiro português a assumir esse cargo, depois de 2 anos como presidente eleito. Mas o diretor do Departamento de Coração e Vasos já conhecia razoavelmente bem o funcionamento da WHF porque, enquanto presidente da European Society of Cardiology (2014-2016), integrou a sua Direção, como representante da ESC, um dos membros estratégicos da Federação.

Incentivado a concorrer por um grupo de colegas, o processo decorreu de acordo com o definido nos estatutos daquela organização, isto é, um denominado Comité de Nomeações fez a avaliação e aprovou a candidatura. A sua e a de um cardiologista dos Emirados Árabes Unidos. O resultado das eleições não deixou margem para dúvidas, conseguindo 80% dos votos.

A homenagem

“É para mim uma grande honra receber este título”, reconhece Fausto Pinto, referindo-se à homenagem que a Sociedade Brasileira de Cardiologia decidiu prestar-lhe, considerando-o seu sócio honorário. Foi durante o 75.º Congresso da SBC, em novembro. Na foto, com Marcelo Queiroga, presidente daquela Sociedade.



O grande desejo do momento!



Em 2022, vamos todos regressar a Troia para participar, PRESENCIALMENTE, naquele que será o XII Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular. A foto testemunha o êxito que foi a reunião de 2020.

A HAP é uma doença de progressão silenciosa^{1,2}



NÃO HÁ TEMPO A PERDER^{3,5} ADICIONE UPTRAVI

O tratamento precoce com UPTRAVI pode melhorar^{3,6} significativamente os resultados a longo prazo do seu doente



As imagens de doentes e os casos clínicos apresentados são fictícios e servem apenas para efeitos ilustrativos.

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Para saber como notificar reações adversas, ver no final deste texto. Uptravi 200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg, 1.000 µg, 1.200 µg, 1.400 µg ou 1.600 µg, comprimidos revestidos por película. Cada comprimido revestido por película contém 200 µg, 400 µg, 600 µg, 800 µg, 1.000 µg, 1.200 µg, 1.400 µg ou 1.600 µg de selexipag. Forma farmacéutica: comprimidos revestidos por película, redondos, de cor amarela clara, com "2" gravado num dos lados (200 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor vermelha, com "4" gravado num dos lados (400 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor violeta claro, com "6" gravado num dos lados (600 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor verde, com "8" gravado num dos lados (800 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor laranja, com "10" gravado num dos lados (1.000 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor violeta escuro, com "12" gravado num dos lados (1.200 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor amarela escura, com "14" gravado num dos lados (1.400 µg), comprimidos revestidos por película, redondos, de cor castanha, com "16" gravado num dos lados (1.600 µg). Indicações terapêuticas: Uptravi é indicado para o tratamento a longo prazo da hipertensão arterial pulmonar (HAP) em doentes adultos com Classe Funcional (CF) II-III da OMS, quer como terapêutica de associação em doentes insuficientemente controlados com um antagonista do receptor da endotelina (ARE) e/ou um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 (PDE-5), ou em monoterapia em doentes não candidatos a estas terapêuticas. A eficácia foi demonstrada em doentes com HAP, incluindo HAP idiopática e hereditária, HAP associada a doenças do tecido conjuntivo e HAP associada a cardiopatia congénita simples corrigida. Posologia e modo de administração: O tratamento apenas deve ser iniciado e monitorizado por um médico com experiência no tratamento de HAP. Posologia. Titulação individualizada da dose: Para cada doente, a dose deve ser titulada até à dose máxima individual tolerada, a qual pode variar desde 200 microgramas duas vezes por dia até 1.600 microgramas duas vezes por dia (dose de manutenção individualizada). A dose inicial recomendada é de 200 microgramas duas vezes por dia, com intervalos de aproximadamente 12 horas. A dose é aumentada em incrementos de 200 microgramas duas vezes por dia, geralmente em intervalos semanais. No início do tratamento e em cada passo da titulação ascendente, recomenda-se tomar a primeira dose à noite. Durante a titulação da dose, podem ocorrer algumas reações adversas (tais como cefaleias, diarreia, náuseas e vômitos, dor mandibular, mialgias, dor nas extremidades, artralgias e rubor), refletindo o modo de ação de Uptravi. Geralmente são transitórias ou de fácil controlo com tratamento sintomático. Contudo, se um doente atingir uma dose incapaz de tolerar, esta deve ser reduzida para o nível de dose anterior. Nos doentes em que a titulação ascendente foi limitada por outras razões que não as reações adversas refletindo o modo de ação de Uptravi, pode-se considerar uma segunda tentativa de titulação ascendente até à dose máxima individual tolerada, até uma dose máxima de 1.600 microgramas duas vezes por dia. Dose de manutenção individualizada: A dose máxima tolerada atingida durante a titulação da dose deve ser mantida. Se a terapêutica ao longo do tempo for menos tolerada com uma certa dose, deve considerar-se tratamento sintomático e/ou uma redução da dose para o nível de dose inferior. Interrupções e suspensões: Se o doente falhar uma dose, deve tomá-la assim que possível. A dose esquecida não deve ser tomada se faltarem menos de 6 horas para a próxima dose. Caso o tratamento seja esquecido durante 3 ou mais dias, Uptravi deve ser reiniciado numa dose mais baixa e fazer-se uma titulação ascendente. Existe experiência limitada com a suspensão abrupta de Uptravi em doentes com HAP. Não há evidência de rebound agudo. Contudo, se a decisão de interromper Uptravi for tomada, esta deve ser feita gradualmente enquanto é introduzida uma terapêutica alternativa. Ajuste posológico com coadministração de inibidores moderados do CYP2C8: Quando coadministrado com inibidores moderados do CYP2C8 (por exemplo, clopidogrel, deferasirox e teriflumonida), reduzir a administração de Uptravi para uma vez por dia. Se a terapêutica não for tolerada numa determinada dose, deverá ser considerado o tratamento sintomático e/ou uma redução da dose para a dose mais baixa seguinte. Reverter a frequência de administração de Uptravi para duas vezes por dia quando a coadministração do inibidor moderado do CYP2C8 for interrompida. Idosos (≥ 65 anos): Não é necessário qualquer ajuste posológico em doentes idosos. Existe experiência clínica limitada em doentes com mais de 75 anos de idade, e por isso Uptravi deve ser utilizado com precaução nesta população. Compromisso hepático: Uptravi não deve ser administrado em doentes com compromisso hepático grave (Child-Pugh classe C). Em doentes com compromisso hepático moderado (Child-Pugh classe B), a dose inicial recomendada de Uptravi deve ser 200 microgramas uma vez por dia, sendo aumentada em intervalos semanais com incrementos de 200 microgramas uma vez por dia até à ocorrência de reações adversas, refletindo o modo de ação do selexipag, que não podem ser toleradas ou controladas medicamente. Não é necessário qualquer ajuste posológico em doentes com compromisso hepático ligeiro (Child-Pugh classe A). Compromisso renal: Não é necessário qualquer ajuste posológico em doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. Não é necessária qualquer alteração da dose inicial em doentes com compromisso renal grave (taxa de filtração glomerular estimada [eTFG] < 30 ml/min/1,73m²); a titulação da dose deve ser realizada com precaução nestes doentes. População pediátrica (< 18 anos): A segurança e eficácia de Uptravi em crianças com idade compreendida entre 0 e 18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. A administração do selexipag na população pediátrica não é recomendada. Estudos em animais indicaram um aumento do risco de invaginação intestinal, mas a relevância clínica destes resultados é desconhecida. Modo de administração: Via oral. Os comprimidos revestidos por película devem ser tomados por via oral de manhã e à noite. De modo a melhorar a tolerabilidade, recomenda-se tomar Uptravi com alimentos e, no início de cada fase de titulação ascendente, a nova dose aumentada deve ser tomada à noite. Os comprimidos não devem ser divididos, esmagados ou mastigados, e devem ser engolidos com água. Doentes invisuais ou com alterações da visão devem ser instruídos no sentido de obter ajuda de outra pessoa enquanto estiverem a tomar Uptravi durante o período de titulação. Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Doença coronária grave ou angina instável. Enfarte do miocárdio nos últimos 6 meses. Insuficiência cardíaca descompensada, caso não esteja sob supervisão clínica estrita. Arritmias graves. Eventos cerebrovasculares (ex.: acidente isquémico transitório, AVC) nos últimos 3 meses. Defeitos valvulares congénitos ou adquiridos com distúrbios clinicamente relevantes da função miocárdica não relacionados com hipertensão pulmonar. Uso concomitante de inibidores fortes do CYP2C8 (ex.: gemfibrozil). Efeitos indesejáveis: As reações adversas mais frequentemente notificadas são cefaleias, diarreia, náuseas e vômitos, dor mandibular, mialgias, dor nas extremidades, artralgias e rubor. Estas reações são mais frequentes durante a fase da titulação ascendente, de intensidade ligeira a moderada, e geralmente transitórias ou controláveis com tratamento sintomático. Diminuição da hemoglobina: num estudo controlado por placebo verificou-se uma alteração absoluta média dos valores de hemoglobina entre -0,34 e -0,02 g/dl no grupo tratado com selexipag, comparativamente com -0,05 a 0,25 g/dl no grupo placebo. Verificou-se uma diminuição da concentração de hemoglobina do início do estudo até um valor inferior a 10 g/dl em 8,6% dos doentes tratados com selexipag, e em 5,0% dos doentes tratados com placebo. Neste estudo observou-se hipertiróidismo em 1,6% dos doentes no grupo de selexipag, comparativamente a nenhum caso no grupo placebo. O eletrocardiograma revelou taquicardia sinusal em 11,3% dos doentes no grupo de selexipag comparativamente com 8,8% no grupo placebo. Por não existirem dados disponíveis, Uptravi não é recomendado durante a gravidez e em mulheres com potencial para engravidar que não utilizam métodos contraceptivos, e não deve ser utilizado durante a amamentação. Notificação de suspeitas de reações adversas: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através dos contactos indicados. Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoarrem> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 73, Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita), E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. Medicamento Sujeito a Receita Médica Restrita. Notificação de acontecimentos adversos ou outras situações de segurança especiais: farmacovigilancia_portugal@its.jnj.com ou 214368600. Notificação de reclamações de qualidade: qualidade_janssen@its.jnj.com ou 214368600. Titular da Autorização de Introdução no Mercado: Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Bélgica. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado: Actelion, a division of Janssen-Cilag International NV, representado por Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda., Lagoas Park, Edifício 9, 2740-262 Porto Salvo. IECRCM de UPTRAVI®, versão 6, revisto em 08/2019.

Referências: 1. Besique GM, Lickert CA, Pruett JA. The Myth of the Stable Pulmonary Arterial Hypertension Patient. The American journal of managed care 2019; 25(3), S47-S52. 2. Lau EM, Humbert M, Celermejer DS. Early detection of pulmonary arterial hypertension. Nature Reviews Cardiology 2015; 12(3), 143. 3. Coghlan JG, Channick R, Chin K, et al. Targeting the prostacyclin pathway with selexipag in patients with pulmonary arterial hypertension receiving double combination therapy: Insights from the randomized controlled GRIPHON study. American Journal of Cardiovascular Drugs 2018; 18(1), 37-47. 4. McLaughlin VV, Hooper MM, Channick RN, et al. Pulmonary arterial hypertension-related morbidity is prognostic for mortality. Journal of the American College of Cardiology 2018; 71(7), 752-753. 5. Gaine SP, Sitbon O, Channick RN, et al. A2502 / 101 - The Impact of Time from Diagnosis at Baseline on Long-Term Outcome in the GRIPHON Study: Selexipag in Pulmonary Arterial Hypertension. American Thoracic Society International Conference; May 17-22, 2019. Dallas; 2019. 6. Galis N, on behalf of the GRIPHON steering committee. Long-term survival and safety with selexipag in patients with pulmonary hypertension: results from the GRIPHON study and its open-label extension. Presented at European Society of Cardiology Congress 2018; 25-29 August 2018; Munich, Germany.

IECRCM de UPTRAVI®, versão 6, revisto em 08/2019. Esta versão poderá estar desatualizada, antes de prescrever consulte o RCM completo.



XI Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular

FAUSTO PINTO
DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CHLN

Bem-vindos a mais um número da revista *Coração e Vasos*, este particularmente dedicado ao XI Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular que, pela primeira vez, decorrerá integralmente em formato digital. O momento em que vivemos, no Mundo e, naturalmente, em Portugal, obriga a que assim seja. Embora estejamos a viver uma fase de esperança no retorno a uma vida “normal”, com o enorme sucesso da descoberta da vacina contra a covid-19, ainda estamos, contudo, longe de podermos voltar às reuniões presenciais.

Ao mesmo tempo, se há algo de bom que esta pandemia nos trouxe foi o ter permitido desenvolver ferramentas de comunicação à distância que têm possibilitado, aos mais variados níveis, manter o contacto entre a comunidade médica, aproveitando tudo o que o avanço da tecnologia digital tem vindo a oferecer. Esta reunião é disso um excelente exemplo.

Este ano, foi necessário, assim, adaptar o programa ao formato a que tivemos que recorrer, mas mantivemos os mesmos princípios de qualidade, atualidade e diversidade dos temas, com o objetivo de continuar a garantir uma reunião multidisciplinar na área cardiovascular, envolvendo os vários atores médicos desta grande disciplina médica, em que se discutem temas da atualidade, por especialistas de renome, nacionais e internacionais.

Como habitualmente, também apresentamos, neste XI Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular, alguns dos projetos e programas que estão a decorrer no nosso Departamento de Coração e Vasos e que gostamos de dar a conhecer a todos. Contamos, mais uma vez, com um conjunto de vários colegas internacionais, que vêm trazer o seu conhecimento e experiência, partilhando connosco o seu saber, enriquecendo, assim, o conteúdo científico da nossa reunião.

Iremos discutir os grandes temas da atualidade cardiovascular, como a área da intervenção valvular, na abordagem ao doente crítico; a patologia da aorta, numa perspetiva médica e cirúrgica; os avanços na insuficiência cardíaca e na hipertensão pulmonar; o tratamento do doente cardio-oncológico bem como do doente com patologia das

artérias coronárias, abordando a controvérsia da ablação da fibrilação auricular. Vamos também repensar os dispositivos implantáveis e promover o debate em torno da reabilitação cardiovascular. Teremos, entretanto, mais uma sessão do nosso Prémio CETERA, onde distinguiremos três dos melhores artigos publicados por autores portugueses em 2020, e ainda lançaremos um novo projeto, designado Sharktank ATTR-CM Pfizer (Inteligência Artificial), totalmente inédito em Portugal.

Não deixaremos, obviamente, de focar o tema da atualidade – na conferência inaugural, irei abordar o impacto que a pandemia a SARS-CoV-2 teve nas doenças cardiovasculares, quer direta como indiretamente. As consequências da infeção viral a nível cardiovascular, hoje em dia, já melhor conhecidas, serão abordadas, bem como as consequências indiretas, responsáveis por um aumento significativo da mortalidade global.

Convidamos, assim, todos aqueles que se interessam por esta área a juntarem-se, mais uma vez, a nós para, em conjunto, continuarmos a encontrar as melhores soluções para abordarmos aquele que continua a ser o maior flagelo global, ou seja, as doenças cardiovasculares, mesmo em tempo de pandemia. Queremos, também, deixar uma nota de esperança e de resiliência para todos os que têm, ao longo deste último ano, lidado com aquele que foi, seguramente, o maior desafio das nossas vidas. De facto, esta pandemia veio mostrar a importância de termos um sistema de saúde forte, bem estruturado e bem organizado, o que nem sempre tem acontecido.

No Departamento de Coração e Vasos, temos procurado materializar os nossos princípios e valores hipocráticos, tendo o doente sempre no centro da nossa atenção, ao mesmo tempo que prosseguimos a nossa atividade de formação e de investigação. Deixo aqui um profundo agradecimento a todos os profissionais do nosso Departamento que, com a sua dedicação e profissionalismo, têm permitido que possamos continuar a cumprir a nossa função, como entidade médica académica do nosso sistema de saúde, ao mais elevado nível, sendo para mim um enorme motivo de orgulho liderar este grupo.

A ATTR-CM É UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL!

VYND AQEL® PODE AJUDAR OS DOENTES A VIVER MAIS TEMPO E COM MENOS HOSPITALIZAÇÕES²

É o primeiro e único medicamento aprovado para a miocardiopatia amiloide por transtirretina, que demonstrou redução de mortalidade por todas as causas e redução do número de hospitalizações por causas cardiovasculares.^{2,3}



Para saber mais sobre esta patologia acesse a:
www.pfizerpro.pt/attr-homepage

Vyndaqel[®]
(*tafamidis*)

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. **NOME** Vyndaqel 61 mg **COMPOSIÇÃO** Cada cápsula mole contém 61 mg de tafamidis micronizado. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tratamento da amiloidose associada à transtirretina de tipo selvagem ou hereditária em doentes adultos com miocardiopatia (ATTR-CM). **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** O tratamento deve ser iniciado sob a supervisão de um médico familiarizado com o tratamento de doentes com amiloidose ou miocardiopatia. Quando existir uma suspeita em doentes que apresentam uma história clínica específica ou sinais de insuficiência cardíaca ou de miocardiopatia, o diagnóstico diferencial tem de ser realizado por um médico familiarizado com o tratamento da amiloidose ou miocardiopatia para confirmar a ATTR-CM e excluir a amiloidose de cadeias leves antes de iniciar o tafamidis, utilizando ferramentas de avaliação adequadas, tais como: cintigrafia óssea e análises ao sangue/urina, e/ou avaliação histológica por biópsia e genotipagem de transtirretina (TTR) para caracterização como selvagem ou hereditária. A dose recomendada é uma cápsula de Vyndaqel 61 mg (tafamidis) administrada por via oral, uma vez ao dia. Vyndaqel 61 mg (tafamidis) corresponde a 80 mg de meglumina de tafamidis. Tafamidis e meglumina de tafamidis não são intercambiáveis em equivalência por mg. Vyndaqel deve ser iniciado o mais cedo possível no curso da doença, quando o benefício clínico na progressão da doença pode ser mais evidente. Por outro lado, quando as lesões cardíacas relacionadas com a amiloidose são mais avançadas, como na Classe III da NYHA, a decisão de iniciar ou manter o tratamento deve ser tomada com base no critério de um médico familiarizado com o tratamento de doentes com amiloidose ou miocardiopatia. Os dados clínicos em doentes com Classe IV da NYHA são limitados. Se ocorrerem vômitos após a administração, e for identificada a cápsula intacta de Vyndaqel, deve ser tomada uma dose adicional de Vyndaqel, se possível. Se não for identificada nenhuma cápsula, não é necessária uma dose adicional e deve ser administrada a dose habitual de Vyndaqel no dia seguinte. Idosos: Não é necessário ajuste posológico em doentes idosos (≥ 65 anos). Compromisso renal e hepático: Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso renal ou compromisso hepático ligeiro a moderado. Os dados disponíveis em doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina igual ou inferior a 30 ml/min) são limitados. Tafamidis não foi estudado em doentes com compromisso hepático grave e recomenda-se precaução. População pediátrica: Não existe utilização relevante. Modo de administração: Via oral. As cápsulas moles devem ser engolidas inteiras e sem serem esmagadas ou cortadas. Vyndaqel pode ser ingerido com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Mulheres com potencial para engravidar devem utilizar um método contraceutivo apropriado durante o tratamento com tafamidis e continuar a utilizar um método contraceutivo apropriado durante um mês após parar o tratamento com tafamidis (ver secção 4.6 do RCM completo). Tafamidis deve ser adicionado ao tratamento padrão de doentes com amiloidose associada à transtirretina. Os médicos devem monitorizar os doentes e continuar a avaliar a necessidade de outras terapêuticas, incluindo a necessidade de transplante de órgãos, como parte deste tratamento padrão. Como não estão disponíveis dados relativos à utilização de tafamidis no âmbito de transplante de órgãos, tafamidis deve ser descontinuado em doentes submetidos a transplante de órgãos. Pode ocorrer aumento nas análises da função hepática e diminuição da tiroxina. Este medicamento contém mais de 44 mg de sorbitol em cada cápsula. Deve-se ler em consideração o efeito aditivo da administração concomitante de produtos contendo sorbitol (ou frutose) e a ingestão de sorbitol (ou frutose) na dieta. O conteúdo em sorbitol nos medicamentos administrados por via oral pode afetar a biodisponibilidade de outros medicamentos administrados concomitantemente por via oral. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os dados de segurança refletem a exposição de 176 doentes com ATTR-CM a 80 mg (administrados como 4 x 20 mg) de meglumina de tafamidis administrados diariamente num ensaio clínico controlado por placebo com a duração de 30 meses em doentes diagnosticados com ATTR-CM. A frequência dos acontecimentos adversos nos doentes tratados com 80 mg de meglumina de tafamidis foi, no geral, semelhante e comparável a placebo. Os seguintes acontecimentos adversos foram notificados mais frequentemente em doentes tratados com meglumina de tafamidis 80 mg quando comparados com o placebo: flatulência [6 doentes (4,5%) versus 3 doentes (1,7%)] e valores aumentados nas análises à função hepática [6 doentes (3,4%) versus 2 doentes (1,1%)]. Não foi estabelecida uma relação causal. Os dados de segurança para tafamidis 61 mg não estão disponíveis, pois esta formulação não foi avaliada no estudo de fase 3 aleatorizado, de dupla ocultação e controlado por placebo. A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 22/10/2020. Medicamento sujeito a receita médica restrita de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar o Representante Local do Titular da AIM.

Referências: 1. Pinney JH, Whelan CJ, Petrie A, et al. Senile systemic amyloidosis: clinical features at presentation and outcome. *J Am Heart Assoc.* 2013;2(2):e000098.
2. RCM Vyndaqel 61mg. Outubro 2020. 3. Maurer M et al. *N Engl J Med.* 2018 Sep 13;379(11):1007-1016.

PP-VYN-PRT-0514 | Data de preparação: Janeiro 2021

VICTOR GIL, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA:

“Enfrentamos um desafio integrador conceptual, que abrange muito mais do que a realização de intervenções em conjunto”

Apesar de acreditar já não vir a assistir a mudanças durante a sua vida clínica, Victor Gil, presidente da SPC, considera que “o futuro lança muitos desafios organizativos”, como a gestão de camas de uma forma integradora, ou a criação de especialidades médicas que reúnam diversas áreas. Nesta entrevista à *Just News*, o cardiologista partilha a sua visão sobre a Cardiologia portuguesa e a experiência de presidir à SPC num contexto tão atípico, sem esquecer as suas origens.

Just News (JN) – Ao longo dos seus 40 anos de experiência, tem notado uma grande evolução no mundo da Cardiologia?

Victor Gil (VG) – Completamente. O primeiro aspeto a sublinhar é a aproximação dos serviços mais periféricos aos serviços centrais. É extraordinariamente importante verificarmos que se pratica uma Cardiologia de alta qualidade nos serviços periféricos. Quanto ao grau de diferenciação, é evidente que haverá diferenças, mas muitos serviços periféricos têm vindo a distinguir-se. Muitos não saberão, mas o Hospital da Senhora da Oliveira, em Guimarães, por exemplo, é considerado um centro de referência nacional e europeu em doenças lisossomais de sobrecarga.

Analisando a intervenção da Cardiologia no panorama nacional, à exceção da região de Trás-os-Montes e das zonas da Guarda, Castelo Branco e Covilhã, todo o país está coberto por serviços ou unidades que integram, pelo menos, a Cardiologia de Intervenção, dando resposta ao enfarte do miocárdio. Por outro lado, enquanto há alguns anos existia uma considerável assimetria entre os centros, atualmente, o seu desempenho tem vindo a uniformizar-se e a aproximar-se muito em termos de diferenciação, procurando todos falar a mesma linguagem.

Não querendo ser tendencioso, tem de se reconhecer que o Hospital de Santa Cruz (CH de Lisboa Ocidental) marcou a diferença em termos de inovação, nomeadamente com a implementação da angioplastia coronária e do transplante cardíaco, tendo sido o motor para a distinção da Cardiologia portuguesa em publicações internacionais. Hoje, os CHU Lisboa Norte, Lisboa Cen-

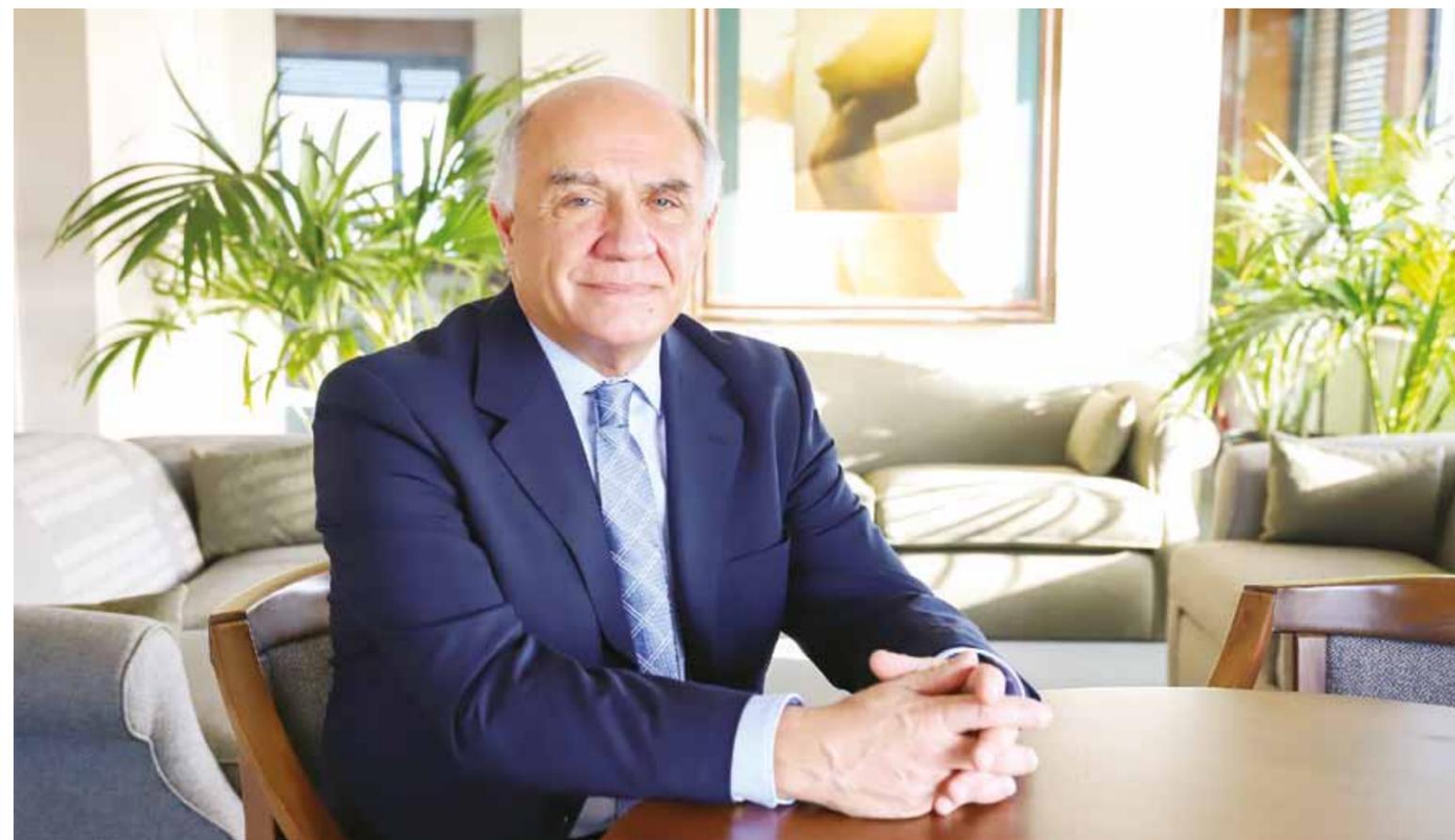
tral, São João ou Coimbra estão ao mesmo nível do CH Lisboa Ocidental e do CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, que foram as primeiras referências, particularmente na Intervenção.

Por último, temos assistido à aproximação da atividade dos serviços mais diferenciados àquilo que de melhor se pratica a nível mundial, incluindo neste panorama a investigação.

JN – Considera que hoje somos uma referência a nível europeu?

VG – Eu acredito que, neste momento, a aproximação é maior e muitos nomes portugueses com carreiras europeias têm contribuído para esta evolução. Enquanto presidente da Sociedade Europeia de Cardiologia e da Federação Mundial do Coração, o Prof. Fausto Pinto tem tido uma importância extraordinária no contexto europeu, mas também no Brasil, por exemplo, onde é uma figura absolutamente venerada, por ter aberto muitas portas. E tantos outros especialistas haverá com posições de muito destaque em várias instâncias das organizações europeias de Cardiologia.

A participação do nosso país em estudos multicêntricos também tem contribuído para a nossa visibilidade e, de facto, é de salientar a investigação de qualidade que aqui é realizada, quer na área clínica, quer na área básica. Entendo que a liderança médica na área cardiovascular tem sido um motor para esta evolução. A criação da Via Verde Coronária, quando o Prof. Seabra Gomes coordenou o Programa Nacional de Doenças Cerebrovasculares, facilitou muito o tratamento dos doentes num período atempado, salvando muitas vidas. Esta vitalidade da Cardiologia portuguesa e o esforço das lideranças médicas de



procurar impor à tutela determinados modelos organizativos tem sido fundamental.

JN – A Sociedade Portuguesa de Cardiologia tem tido um papel importante nesse campo?

VG – Claro que sim, e através de formas distintas, como a organização de momentos formativos, a promoção de bolsas de formação ou o incentivo à produção de artigos científicos de qualidade, através da *Revista Portuguesa de Cardiologia*, por exemplo. Neste momento, exis-

te uma Academia Cardiovascular que tem permanentemente cursos de atualização em várias áreas.

Há alguns anos, criámos também o Centro Nacional de Coleção de Dados em Cardiologia (CNCDC), que poderia ser um embrião de um centro de investigação, e estamos neste momento a realizar essa transição, introduzindo as alterações estruturais que lhe permitam ter múltiplos registos a funcionar em permanência.

Realmente, tenho a consciência de que a SPC tem sido das sociedades científicas que mais tem

contribuído nesta matéria e a própria redução da mortalidade cardiovascular em 20% nas últimas décadas deve-se, em parte, ao esforço continuado da Sociedade. Vejo-me como herdeiro desse património e procurei também ampliá-lo e desenvolvê-lo.

JN – Quando começou a sua ligação à SPC?

VG – A ligação inicial derivou da Cardiologia Nuclear, uma área em ascensão no decorrer do

Victor Gil

A dedicação incondicional à Cardiologia

Victor Gil conta com 40 anos de experiência ao serviço da Cardiologia e dedicou-se não só à vertente clínica como à associativa e à pedagógica. Destacam-se as principais participações no âmbito clínico:

- Coordenador do Departamento de Cardiologia Nuclear do Hospital de Santa Cruz (1991-2005)
- Diretor do Departamento de Cardiologia Nuclear do Instituto do Coração (1991-)
- Membro da Direção do Instituto do Coração (2003-)
- Coordenador da Consulta Externa do Hospital de Santa Cruz (2003-2005)
- Diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital Fernando Fonseca (2005-2013)
- Coordenador da Unidade Cardiovascular do Hospital Lusíadas Lisboa (2008-)
- Na área associativa, distingue-se a ligação à Sociedade Portuguesa de Cardiologia:
- Coordenador do Grupo de Estudos de Cardiologia Nuclear e Ressonância Magnética (1997-2001)
- Secretário-geral (2001-2003)
- Vice-presidente (2003-2005)
- Presidente do Programa Científico do XXV CPC
- Presidente (2019-2021)

Victor Gil dedicou-se ainda à componente pedagógica:

- Professor auxiliar convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (2008-)
- Diretor do Centro de Educação, Ensino e Investigação do Hospital Lusíadas Lisboa (2017-2019)
- Professor Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2019-)
- Prémio Nunes Corrêa Verdades de Faria (Santa Casa da Misericórdia) 2020

(Continua na pág. 12)

(Continuação da pág. 11)

meu internato de formação específica, que veio depois a originar a criação de um grupo de estudos, que contou com a minha participação e coordenação. Posteriormente, a minha primeira grande experiência em termos organizativos ocorreu quando o Dr. Aniceto Silva presidiu a um Congresso Português de Cardiologia, tendo-me convidado para secretário-geral da Comissão Organizadora. Mais tarde, quando o Prof. Seabra Gomes foi presidente da SPC, eu exerci o cargo de secretário-geral. Assumi depois as funções de vice-presidente da Direção do Prof. Mário Freitas e de presidente de um Congresso. Após alguns anos sem cargos, desafiaram-me a candidatar-me a presidente da SPC e aqui estou.

CONTEXTO PANDÉMICO CONDICIONOU A EXECUÇÃO DE ALGUNS PROJETOS

JN – Enfrentou grande parte do seu mandato num cenário pandémico...

VG – Sim, tem sido um mandato caracterizado por muitas vicissitudes, mas com muitas coisas feitas. As próprias condicionantes da pandemia criaram oportunidades. Realizámos vários momentos formativos digitais e o próprio Congresso contou, em 2020, com um maior número de inscrições e participações muito ativas. Nesse aspeto, existiu uma dinâmica absolutamente incrível, que ultrapassou muito as nossas melhores expectativas. Claro que noutra contexto teríamos feito coisas diferentes, mas acho que cumprimos a nossa missão.

JN – Mas não sente pena de ter perdido a componente física?

VG – Naturalmente que sinto pena, até porque sou uma pessoa muito emocional, que precisa muito de abraços e que gosta muito de os dar. Mas quem vive a experiência de ter netos pequenos e não os poder abraçar nem acompanhar, estando restrito ao contacto promovido pelas tecnologias, lida com tudo o resto. Se o contexto foi este, não me vou lamentar nem ter pena daquilo que não fiz. Tenho, sim, satisfação pelo que conseguimos fazer e pelo caminho que abrimos para o futuro.

JN – Pensa que, neste contexto, os internos vão ficar menos bem preparados?

VG – Os internos continuam nos hospitais a trabalhar e têm que ficar preparados. É evidente que, nesta fase, tem existido uma requisição dos profissionais para fazerem outras tarefas que não propriamente as da especialidade, mas esta realidade tem sido gerida com algum equilíbrio. Por vezes,



têm-se cometido alguns excessos, como a transformação de unidades de cuidados intensivos cardíacos em polivalentes, que vejo com algum receio de que se transforme num caminho irreversível.

Esta tendência também tem sido recorrente nos hospitais que estão a ser criados, o que é um erro, porque, num contexto de regresso à normalidade, os doentes vão continuar a morrer de doenças cérebro e cardiovasculares. Apesar de, em Portugal, não conhecermos em detalhe os números de mortes por doenças não covid, as estatísticas de Inglaterra apontam para que as doenças cérebro e cardiovasculares se encontram no pódio. Em grande parte, estas mortes ocorrem nas casas dos doentes, porque nem sequer existe a tentativa de recorrerem aos hospitais.

JN – Que projetos poderão os cardiologistas esperar que se realizem ainda no seu mandato?

VG – No próximo dia 8 de março, a propósito do Dia da Mulher, realizaremos o Fórum Bem me Quero, que integra a campanha sobre doença co-

ronária na mulher. Este fórum contará com uma vertente científica, e outra pública, através da colaboração com a revista *Visão Saúde*, para que qualquer mulher possa assistir. Efetivamente, existem diferenças na forma de tratamento e nas complicações da doença coronária na mulher em relação ao homem que é necessário sublinhar.

Antes ainda, vamos realizar o Curso de Atualização em Medicina Cardiovascular 2021, nos dias 25 e 26 de fevereiro e 5 e 6 de março. Deveremos ainda organizar um seminário, em colaboração com a AESE Business School, que visa a melhoria das técnicas de comunicação. Apesar de tudo, acredito que conseguimos realizar muitos projetos.

No dia 9 de abril, vamos efetuar o primeiro encontro nacional de Cardiologia não académica, onde projetos como o já referido de Guimarães, a Arritmologia de Intervenção, em Setúbal, ou a Angioplastia Primária, em Évora, vão ser apresentados como exemplos de uma nova realidade, a bem das populações, que é o da diferenciação de muitos centros ditos mais “periféricos”. Colocamos um grande empenho neste encontro,

“No futuro, espero que a SPC e a FPC possam vir a falar a uma só voz.”

de continuidade e o futuro presidente da Sociedade, o Prof. Lino Gonçalves, está completamente solidário com os projetos que deixamos em marcha. Não temos avançado com nenhum projeto de grande envergadura sem o envolver.

Também posso adiantar que o nome que se está a prefigurar para se candidatar a presidente eleito é, igualmente, uma pessoa que tem um espírito de continuidade. A SPC é um projeto que conta já com 71 anos, mas tem ainda muita vitalidade para continuar.

JN – É no congresso anual que acontece a mudança de Direção...

VG – Sim, no decorrer do Congresso Português de Cardiologia concretiza-se a tomada de posse do novo presidente da SPC, para um mandato de dois anos, bem como a escolha do presidente eleito. Pela primeira vez, estamos a preparar a votação em formato eletrónico, à semelhança do modelo que a Ordem dos Médicos utilizou para as últimas eleições, para permitir que todos os eleitores possam exercer o seu direito de voto.

SPC TEM VINDO A INVESTIR NA LITERACIA DA POPULAÇÃO

JN – Considera que a população está cada vez mais sensibilizada para as doenças cérebro e cardiovasculares?

VG – O nosso esforço vai nesse sentido, de procurar aumentar a literacia junto da população. Neste mandato, promovemos uma presença quinzenal de um representante da SPC no programa Bom Dia Portugal, na RTP, para abordar diversos temas. Ao longo de dois anos, traduz-se em quase uma centena de intervenções televisivas. No Dia Mundial do Coração de 2019, organizámos várias ações de sensibilização ao longo do dia, com a colaboração, entre outras entidades, da Fundação Portuguesa de Cardiologia e da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Uma dessas ações partiu da continuidade de uma campanha da Direção anterior subordinada ao tema da insuficiência cardíaca, que tinha criado um grande coração com uma aparência débil, percorrendo o país numa viatura. Em colabora-

ção com a Câmara Municipal de Oeiras e com a Mínicor-Associação Coragem, que reúne crianças operadas a doenças congénitas do coração no Hospital de Santa Cruz, incentivámo-las a pintar o coração com cores bonitas, sob a supervisão de uma artista plástica, e passámos a denominá-lo de “Coração de Esperança”.

Assim que a pandemia o permitir, será oferecido à Câmara Municipal de Peniche e exposto numa zona do hospital, porque no ano seguinte esta cidade, apelidada de “Capital da Onda”, foi palco das comemorações desta efeméride, sob o mote da “Boa Onda Cardiovascular”, onde procurámos promover hábitos de vida saudáveis.

JN – Sente que a própria SPC tem trilhado um caminho no sentido de procurar não se restringir à componente científica, incluindo nos seus desígnios a comunidade?

VG – Sem dúvida. Mas essa preocupação vem de mandatos anteriores. Apesar de, nesta Direção, termos tentado fazê-lo da melhor forma possível, sentimos sempre que ficamos aquém daquilo que gostaríamos de ter feito, mas devo salientar um aspeto que conquistámos. Conseguimos estabelecer uma parceria de afiliação com a Fundação Portuguesa de Cardiologia, que tem uma vocação orientada para a sensibilização da população, pelo que desde então temos vindo a realizar várias ações conjuntas e esperamos que esta sinergia possa vir a crescer. No futuro, espero até que possamos vir a falar uma só linguagem – não significa falar em uníssono, mas falar a uma só voz.

A ABDICAÇÃO DE UMA VIDA PROFISSIONAL NOS EUA, EM PROL DO PROJETO DE SANTA CRUZ

JN – Nasceu precisamente em Peniche...

VG – Nasci numa terra fantástica e normalmente o meu dia de aniversário é passado com muito sol, à exceção das vezes em que acontece estar muito nevoeiro e vento. Mas imagino que o dia 18 de agosto de 1954 tenha sido repleto de sol, porque tenho muito mais criatividade e energia nesses dias, se calhar como toda a gente. Lá vivi toda a minha infância. Cedo fui estudar para fora da cidade, primeiro num colégio nas Caldas da Rainha e depois num colégio e na Faculdade em Lisboa, onde verdadeiramente iniciou a minha independência.

JN – Porque escolheu estudar Medicina?

(Continua na pág. 14)

(Continuação da pág. 13)

VG – Não havendo qualquer tradição médica na família, penso que a ideia partiu de algumas motivações pessoais, relacionadas com o gosto de ajudar os outros e a experiência como escuteiro. Foi um processo muito natural. Enquanto estudava na FMUL, vivemos o 25 de abril, um momento de grande instabilidade académica, e concluí o curso em 1979. A experiência de realizar o Serviço Médico à Periferia na Lourinhã permitiu-me regressar à casa dos meus pais, mas, entretanto, com o nascimento do meu primeiro filho, vim definitivamente para Lisboa.

JN – E a escolha da Cardiologia?

VG – Após um interregno na minha formação, quando regresssei aos estudos, no terceiro ano de curso, dediquei-me com muita intensidade e desde aí fui um dos melhores alunos. Na verdade, eu estava indeciso entre várias especialida-



des, até conhecer um professor que me marcou muito pela forma como ensinava e pelo entusiasmo que transmitia – o Prof. Fernando de Pádua. Foi essa experiência que me motivou a escolher Cardiologia, e digo-lho muitas vezes.

Em 1983, entrei pela primeira vez no Hospital de Santa Cruz, que tinha iniciado a sua atividade em 1980 com o intuito de ser uma instituição especializada no coração e no rim. Dessa época, recordo uma equipa constituída por profissionais extraordinários, que tinham vindo de várias instituições, inclusivamente estrangeiras, e a presença do Prof. Manuel Machado Macedo, uma das maiores figuras da Medicina do século XX, em Portu-

gal, que, além de ter sido o meu primeiro diretor de serviço, dirigia também a Cirurgia Cardíaca.

Na altura, consegui trazer para a equipa especialistas dos EUA, como foi o caso do Prof. João Queiroz e Mello, e de Londres, como o Prof. Ricardo Seabra Gomes, e tantos outros que se haviam diferenciado. Alguém o denominou de “Príncipe da Medicina” e era-o verdadeiramente. Foi um homem que ajudou a desenvolver três serviços de Cirurgia Cardíaca, nos hospitais de Santa Marta, Santa Cruz e Santa Maria.

JN – Foi um projeto marcante...

VG – Antes de ir integrar, eu estava com muita vontade de ir trabalhar para os EUA e, em conversa com várias pessoas, alguém me disse que eu teria a possibilidade de ajudar a construir aquele projeto, que tinha sido implementado apenas três anos antes. De facto, foi uma experiência única, que vivi durante mais de 20 anos. Comecei como interno e saí como chefe de serviço.

senti que não me eram dadas as condições para poder realizar o meu projeto. Ao mesmo tempo, tinha aceitado o convite de criar a Unidade Cardiovascular do Hospital Lusíadas Lisboa, que tenho coordenado até hoje. A dedicação que esse projeto exigia, em conjunto com algum desencanto face ao anterior, levou-me a abandonar a direção do serviço público, embora tenha mantido durante alguns anos uma ligação enquanto especialista.

JN – Não chegou a ir para os EUA...

VG – Estive lá apenas num contexto de estágio. Seria um processo complexo porque se tratava de um projeto de família. Acredito que fiz bem em ficar porque foi muito gratificante ajudar a construir o projeto de Santa Cruz. Ao longo da minha vida convivi com líderes médicos extraordinários. Se tivessem tido o apoio adequado das entidades e os meios que há hoje, poderíamos ter evoluído ainda mais. A sensação que tenho nesta fase da minha vida, a caminho dos 67 anos, é de alguma satisfação, mas de muita fadiga. Termos de lutar contra burocracias e contra vozes que não reconhecem a opinião dos médicos nem a liderança médica provoca alguma decepção. Veja-se a pandemia: só quando o vírus começou a disseminar-se desta forma é que foram ouvidas vozes que já há muito se pronunciavam, por exemplo, sobre a necessidade de solicitar ajuda aos militares.

INTEGRAÇÃO DAS ESPECIALIDADES BENEFICIA O TRATAMENTO DOS DOENTES

JN – Pensa que a união das especialidades de Cardiologia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardiorádica num departamento é uma mais-valia?

VG – Penso que o modelo organizativo do futuro terá provavelmente de seguir um formato semelhante, sim. No Hospital dos Lusíadas também aplicamos este modelo, ao termos uma Unidade Cardiovascular com as valências de Cardiologia de Adultos, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca. A Cirurgia Vascular e a Cirurgia Cardiorádica também compõem esta Unidade, com uma maior independência. No entanto, acho que há modelos que têm que ser fortemente repensados, como a intervenção endovascular, que atualmente é fonte de disputas. Quem trata uma carótida é o cirurgião vascular, o neurorradiologista ou o cardiologista? Acredito que, no futuro, seja concebível a existência de uma especialidade de Intervenção Endovascular.

Atualmente, penso que estamos a dar os primeiros passos para algo que no futuro venha a ser diferente. O modelo integrador que aplicamos na discussão e decisão terapêutica pode alargar-se

à implementação de medidas e até à gestão das camas no internamento. Acho que o futuro lança muitos desafios organizativos, necessariamente diferentes dos modelos atuais, porque estas áreas sofreram uma grande evolução ao longo dos anos e a conceção de que cada uma desenvolve a sua atividade isoladamente mudou. Identificou-se que é melhor pensar em conjunto e era essencial que as autoridades e as novas gerações refletissem sobre isso.

JN – Quais são as suas maiores preocupações?

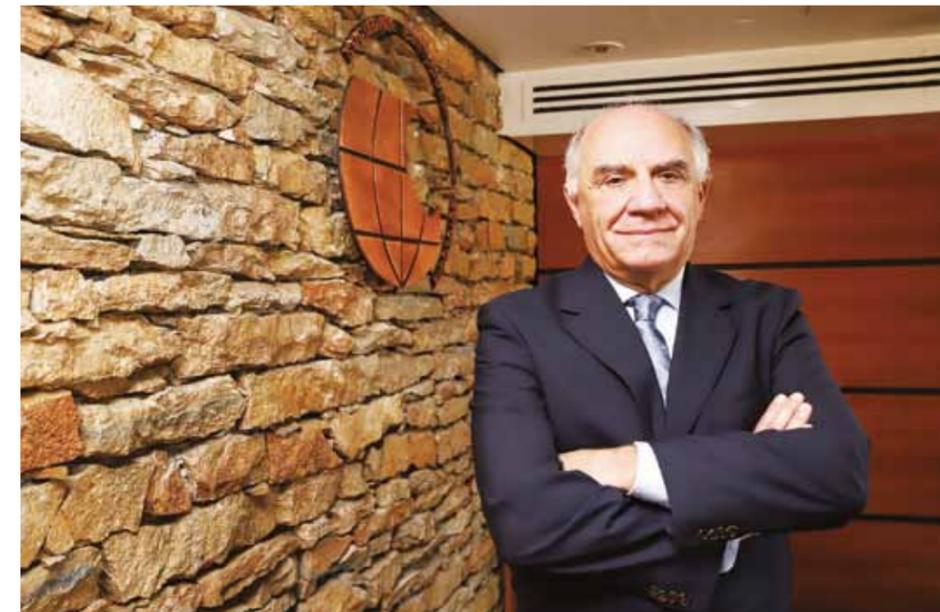
VG – Há um aspeto que, por um lado, é fascinante, mas por outro me preocupa, que tem que ver com a tendência de hiperespecialização. Cada vez mais têm surgido consultas muito especializadas, até porque os recém-especialistas têm procurado nichos para se distinguirem e começa a haver dificuldade em integrar toda esta superfragmentação. Concordo que esta diversidade deva existir, mas numa perspetiva de consultadoria dentro de um corpo comum, com a participação de *experts* em determinadas situações. É muito difícil gerir a realidade atual e temo que não vá enriquecer a Cardiologia de futuro ou que a leve a desaparecer como unidade integradora. Posso afirmar, após 40 anos de Medicina, que a experiência integradora é enriquecedora, sobretudo para os doentes. Conseguimos tomar decisões mais ponderadas e acertadas.

Enfrentamos um desafio conceptual que abrange muito mais do que a realização de intervenções em conjunto e tenho noção de que dificilmente verei mudanças na minha vida clínica ativa. Mas acredito realmente que os modelos organizativos na Medicina Cardiovascular, e particularmente na Intervenção Endovascular, devam ser repensados, com muita inteligência e visão de futuro.

ALARGAMENTO DAS EXPERIÊNCIAS ACADÉMICAS AOS HOSPITAIS NÃO UNIVERSITÁRIOS É UMA MAIS-VALIA

JN – Não se arrepende de não estar a desenvolver atividade no SNS?

VG – Acho que a vida é o que é e, que perante qualquer desafio, devemos tentar dar o nosso melhor. Por vezes, não conseguimos ter uma concretização plena porque não depende só de nós, mas de um conjunto de circunstâncias. A minha decisão de deixar de ser diretor de um serviço de um hospital público resultou precisamente do facto de sentir que as tais circunstâncias que me permitiriam concretizar objetivos não estavam aplicadas. No entanto, a minha dedicação à Medicina Pública, ao longo de décadas, foi incondicional.



“Os modelos organizativos na Medicina Cardiovascular, e particularmente na Intervenção Endovascular, devem ser repensados.”

Só no momento da partida, em que nos depáramos com o cálculo da pensão que nos é atribuída, é que percebemos o desprezo a que somos votados, pelos mesmos que agora nos aplaudem quando necessitam de nós. Resta-nos o reconhecimento pelos pares e a satisfação de termos feito o melhor, sem esperar mais que a elementar justiça (que vai faltando).

JN – Ainda mantém ligação à FMUL...

VG – Quer o Prof. Fernandes e Fernandes, quer o Prof. Fausto Pinto, sempre entenderam como muito enriquecedor para os alunos a contribuição de académicos que não pertencem ao hospital universitário. Iniciei essa função pedagógica no Hospital Fernando Fonseca e dei continuidade no Hospital dos Lusíadas, e penso que as experiências universitárias fora dos grandes centros académicos

têm sido um sucesso. Pela parte que me cabe, tem sido um gosto, e os alunos também têm mostrado uma grande satisfação por lhes oferecermos uma visão diferente daquela que têm no hospital universitário. Atualmente, os hospitais privados detêm um nível de desempenho perfeitamente semelhante – nalguns casos, absolutamente competitivo – com o que de melhor se faz nos hospitais públicos.

JN – Como ocupa os tempos livres?

VG – Gosto muito de música. Hoje em dia, já não se compram CD, mas eu diria que tenho uma excelente coleção. Em relação a música clássica e jazz, tenho provavelmente todos os melhores discos. Também gosto muito de ler, de ir ao teatro e ao cinema. Na minha juventude, pertenci a um grupo de teatro na faculdade. Passo algum tempo a andar de bicicleta e, por vezes, dedico-me à *bricolage* na minha casa de férias, onde construo alguns brinquedos para os meus netos.

JN – Quantos netos tem?

VG – Tenho dois, um com seis anos e outro com 10 meses. E dois sobrinhos netos, de quem gosto muito também. O meu filho é engenheiro eletrotécnico e a minha filha é médica de Saúde Pública.

JN – Se não fosse médico, o que gostaria de ter sido?

VG – Para já, um ser humano, que é o mais difícil, às vezes! Um ser humano com princípios e com ética. Nunca pensei muito sobre isso, porque nunca olhei para trás, mas talvez advogado, pelo raciocínio que utilizam para defender as causas.

Centro de Reabilitação Cardiovascular do CHULN obtém certificação europeia

O Centro de Reabilitação Cardiovascular do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, um projeto que engloba também a FMUL e a própria Universidade de Lisboa, tornou-se recentemente o primeiro centro em Portugal, e um dos primeiros da Europa, a obter a certificação europeia para prevenção secundária e reabilitação cardiovascular da European Association of Preventive Cardiology (EAPC).

Este programa de certificação, que inclui as categorias de “Prevenção Secundária e Reabilitação Cardíaca”, “Tratamento e Prevenção do Risco Cardiovascular” e “Cardiologia Desportiva”, pretende “estabelecer *standards* para a prática da Cardiologia Preventiva na Europa, de uma forma mais uniforme, melhorando a qualidade dos cuidados em saúde cardiovascular”.

A explicação é dada à *Just News* por Ana Abreu, coordenadora do Programa de Reabilitação Cardiovascular e anterior responsável pela Secção de Prevenção Secundária e Reabilitação Cardiovascular da EAPC, associação científica que integra a Sociedade Europeia de Cardiologia.

De acordo com a cardiologista, “esta certificação é um passo importante numa área-chave para o doente cardíaco. Para a equipa, a certificação representa uma maior responsabilidade, já que somos atualmente considerados Centro de Excelência, por cumprirmos os critérios definidos, mas acreditamos que alguns podem ainda ser otimizados”.

A responsável considera que este reconhecimento poderá ser um incentivo para outros centros de Reabilitação Cardíaca (RC) nacionais se candidatarem à certificação. “A nível público, alguns dos que conheço melhor têm condições para serem aceites”, garante.

Segundo Ana Abreu, terá também impacto na relevância deste tipo de intervenção: “Apesar de existirem mais centros de RC do que no passado recente, estes continuam a concentrar-se sobretudo nas grandes áreas urbanas, logo a acessibilidade não é a mais desejável”.

Face a esta realidade, a cardiologista defende, assim, que é preciso criar mais alguns centros, otimizando-se também a referência: “Ainda há quem desconheça a existência ou importância da reabilitação após um evento agudo cardio-

vascular, como o enfarte agudo do miocárdio, a cirurgia cardíaca ou a insuficiência cardíaca crónica após agudização. Além disso, a concentração dos centros nas grandes cidades pode ser uma barreira para os mais idosos e para quem viva numa região mais distante.”

A solução deverá, assim, passar, na sua perspetiva, pela aposta numa rede nacional de centros de RC, que permitam a referência automática a partir dos hospitais. “Desta forma, após um enfarte do miocárdio, o doente seria encami-



Ana Abreu: “Ainda há quem desconheça a existência ou importância da reabilitação após um evento agudo cardiovascular”

nhado de imediato para o centro mais próximo do seu local de residência, para que pudesse recuperar mais rapidamente”, conclui.

Segundo Ana Abreu, “em vez de ter apenas uma consulta de Cardiologia numa fase mais tardia, seria reavaliado no período máximo de um mês, sendo de imediato integrado num Centro de Reabilitação Cardiovascular, podendo assim ter, precocemente e em tempo adequado, não só o ajuste e otimização da terapêutica como a intervenção para a recuperação funcional e psicológica e o apoio na mudança de comportamentos de risco e estilo de vida, a fim de conseguir regressar à vida laboral o quanto antes”.

O processo de certificação poderá ser também “um caminho para a criação de uma rede nacional de referência em Prevenção e Reabilitação Cardíaca”, sublinha.

A solução alternativa que se encontrou com a aplicação do modelo de telerreabilitação para dar resposta à crise da pandemia deverá tornar-se uma opção. “Penso que o ideal será o modelo híbrido, contando com utentes maioritariamente em presença física e outros *online*”, afirma Ana Abreu, adiantando: “Esta relação entre profis-

sionais de saúde e doentes é fundamental na RC, não bastando apenas ir a uma consulta de Cardiologia após o evento cardiovascular, já que é em casa que frequentemente surgem dúvidas e os doentes e seus familiares sentem-se mais seguros ao saber que nos podem contactar.”

A especialista espera ainda que, “no futuro próximo, se consiga investir numa plataforma dedicada à RC, que permita uma maior diferenciação nos cuidados prestados à distância”. E sublinha: “A telerreabilitação veio para ficar e deve evoluir cada vez mais no sentido de dar o melhor apoio aos doentes cardiovasculares, com resultados mais benéficos em eficácia e segurança.”

ALTER genéricos



Rosuvastatina Alter **MG**

5 mg 20/60 Comprimidos revestidos por película
10 mg 60 Comprimidos revestidos por película
20 mg 30 Comprimidos revestidos por película



ALTER, S.A. Zemouto - 2830 Coima
Tel.: 212 109 430 - Fax: 212 109 431
N.º Contr.: 500 017 387

COMPROMISSO COM A SAÚDE

com hipercolesterolemia primária (tipo IIa incluindo hipercolesterolemia familiar heterozigótica) ou dislipidemia mista (tipo IIb) como adjuvante da dieta sempre que a resposta à dieta e a outros tratamentos não farmacológicos (p. ex. exercício físico, perda de peso) seja inadequada. Adultos, adolescentes e crianças com idade igual ou superior a 6 anos com Hipercolesterolemia familiar homozigótica, como adjuvante da dieta e de outros tratamentos hipolipemiantes (p. ex. LDL-aférese) ou se tais tratamentos não forem apropriados. Prevenção de Acontecimentos Cardiovasculares: Prevenção de acontecimentos cardiovasculares maior em doentes nos quais se estima existir um risco elevado de ocorrência de um primeiro acontecimento cardiovascular, como adjuvante de correção de outros fatores de risco. **Posologia e modo de administração** Antes do início do tratamento, o doente deverá ser submetido a uma dieta padronizada para diminuição dos níveis de colesterol, que deverá continuar durante o tratamento. A dose deverá ser individualizada de acordo com o objetivo da terapêutica e a resposta do doente, de acordo com as normas orientadoras de consenso atuais. A rosuvastatina pode ser administrada a qualquer hora do dia, com ou sem alimentos. Tratamento da hipercolesterolemia: A dose inicial recomendada é de 5 ou 10 mg por via oral, uma vez por dia, tanto para doentes não tratados como para doentes a quem previamente tenham sido prescritos outros inibidores da redutase da HMG-CoA. A escolha da dose inicial deverá ter em consideração o nível de colesterol individual e o eventual risco cardiovascular, bem como o potencial risco para reações adversas (ver abaixo). Após 4 semanas, pode ser feito um ajuste posológico para a dose seguinte, se necessário. Face ao aumento de notificações de reações adversas com a dose de 40 mg (4 x 10 mg, 2 x 20 mg, 1 x 40 mg) comparativamente às doses mais baixas (ver Efeitos indesejáveis), a titulação final para a dose máxima de 40 mg (4 x 10 mg, 2 x 20 mg, 1 x 40 mg) deverá ser somente considerada em doentes com hipercolesterolemia grave com elevado risco cardiovascular (em particular os doentes com hipercolesterolemia familiar), que não atinjam os objetivos terapêuticos com 20 mg, aos quais será efetuada uma monitorização de rotina (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Recomenda-se que o início de terapêutica com a dose de 40 mg (4 x 10 mg, 2 x 20 mg, 1 x 40 mg) seja efetuado sob supervisão de um especialista. Prevenção de Acontecimentos Cardiovasculares: No estudo de redução de risco de acontecimentos cardiovasculares, a dose utilizada foi de 20 mg por dia. População Pediátrica: A utilização pediátrica apenas deve ser efetuada por especialistas. Crianças e adolescentes com idade compreendida entre os 6 e os 17 anos (Estádio Tanner < IV): Hipercolesterolemia familiar heterozigótica: Em crianças e adolescentes com hipercolesterolemia familiar heterozigótica, a dose inicial habitual é de 5 mg, uma vez por dia. - Em crianças com idade compreendida entre os 6 e os 9 anos com hipercolesterolemia familiar heterozigótica, o intervalo de dose habitual é 5-10 mg por via oral, uma vez por dia. A segurança e a eficácia de doses superiores a 10 mg não foram estudadas nesta população. - Em crianças com idade compreendida entre os 10 e os 17 anos com hipercolesterolemia familiar heterozigótica, o intervalo de dose habitual é 5-20 mg por via oral, uma vez por dia. A segurança e a eficácia de doses superiores a 20 mg não foram estudadas nesta população. A dose deve ser ajustada de acordo com a resposta individual e a tolerabilidade nos doentes pediátricos, conforme indicado pelas recomendações de tratamento em pediatria (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Crianças e adolescentes devem ser submetidos à dieta padrão para redução do colesterol antes de iniciar o tratamento com rosuvastatina; esta dieta deve ser continuada durante o tratamento com a rosuvastatina. A experiência em crianças com hipercolesterolemia familiar homozigótica é limitada a um número reduzido de crianças com idade compreendida entre os 8 e os 17 anos. Hipercolesterolemia familiar homozigótica: Em crianças de 6 a 17 anos de idade com hipercolesterolemia familiar homozigótica, a dose máxima recomendada é de 20 mg uma vez por dia. Recomenda-se uma dose inicial de 5 a 10 mg uma vez por dia, dependendo da idade, peso e uso prévio de estatinas. A titulação para a dose máxima de 20 mg uma vez por dia deve ser realizada de acordo com a resposta individual e a tolerabilidade em doentes pediátricos, conforme recomendado pelas recomendações de tratamento pediátrico (Advertências e precauções especiais de utilização). Crianças e adolescentes devem ser colocados sobre uma dieta padrão de redução do colesterol antes do início do tratamento com rosuvastatina; esta dieta deve ser continuada durante o tratamento com rosuvastatina. A experiência com doses diferentes de 20 mg nesta população é limitada. O comprimido de 40 mg não é adequado para utilização na população pediátrica. Crianças de idade inferior a 6 anos: A segurança e a eficácia de utilização em crianças de idade inferior a 6 anos não foram estudadas. Por conseguinte, não se recomenda a utilização de rosuvastatina em crianças de idade inferior a 6 anos. Utilização no idoso: Recomenda-se uma dose inicial de 5 mg em doentes com idade > 70 anos (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Não é necessário qualquer outro ajuste posológico em relação à idade. Posologia em doentes com insuficiência renal: Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. A dose inicial recomendada é de 5 mg em doentes com compromisso renal moderado (depuração da creatinina < 60 ml/min). A dose de 40 mg está contraindicada em doentes com compromisso renal moderado. O uso de rosuvastatina em doentes com compromisso renal grave está contraindicado em todas as doses (ver Contraindicações). Posologia em doentes com compromisso hepático: Não se verificou um aumento da exposição sistémica à rosuvastatina em indivíduos com pontuações 7 ou inferior na classificação de Child-Pugh. No entanto, tem sido observado aumento da exposição sistémica em indivíduos com pontuações 8 e 9 na classificação de Child-Pugh. Nestes doentes deve ser considerada a avaliação da função renal (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Não existe experiência em indivíduos com pontuações na classificação de Child-Pugh superior a 9. A rosuvastatina está contraindicada em doentes com doença hepática ativa (ver Contraindicações). Raça: Tem sido observado aumento da exposição sistémica em indivíduos Asiáticos (ver Contraindicações e Advertências e precauções especiais de utilização). A dose inicial recomendada é de 5 mg para doentes de ascendência Asiática. A dose de 40 mg está contraindicada nestes doentes. Polimorfismos genéticos: São conhecidos tipos específicos de polimorfismos genéticos que podem levar a aumento da exposição à rosuvastatina. Para os doentes em que são conhecidos tais tipos específicos de polimorfismos, recomenda-se uma dose diária inferior de rosuvastatina. Posologia em doentes com fatores predisponentes para miopatia: A dose inicial recomendada é de 5 mg em doentes com fatores predisponentes para miopatia (ver Advertências e precauções especiais de utilização). A dose de 40 mg (4 x 10 mg, 2 x 20 mg, 1 x 40 mg) está contraindicada em alguns destes doentes (ver Contraindicações). Terapêutica concomitante: A rosuvastatina é um substrato de várias proteínas transportadoras (p. ex. OATP1B1 e BCRP). O risco de miopatia (incluindo rhabdomiólise) aumenta quando a rosuvastatina é administrada concomitantemente com determinados medicamentos que podem aumentar a concentração plasmática da rosuvastatina devido a interações com essas proteínas transportadoras (p. ex. ciclosporina e certos inibidores da protease incluindo combinações de ritonavir com atazanavir, lopinavir, e/ou tipranavir; ver Advertências e precauções especiais de utilização e Interações medicamentosas e outras formas de interação). Sempre que possível, devem ser considerados medicamentos alternativos, e se necessário, considerar temporariamente a interrupção da terapêutica com rosuvastatina. Em situações em que a administração conjunta destes medicamentos com rosuvastatina é inevitável, o benefício e o risco do tratamento concomitante e ajustes na dose de rosuvastatina devem ser cuidadosamente considerados (ver Interações medicamentosas e outras formas de interação). **Contraindicações** A rosuvastatina está contraindicada: - em doentes com hipersensibilidade à rosuvastatina ou a qualquer dos excipientes. - em doentes com doença hepática ativa incluindo elevações persistentes e inexplicáveis das transaminases séricas e qualquer elevação das transaminases séricas excedendo 3 vezes o limite superior da normalidade (LSN). - em doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min). - em doentes com miopatia. - em doentes tratados concomitantemente com ciclosporina. - durante a gravidez e aleitamento e em mulheres em idade fértil que não adotam medidas contraceptivas apropriadas. A dose de 40 mg está contraindicada em doentes com fatores predisponentes para miopatia/rhabdomiólise. Tais fatores incluem: - compromisso renal moderado (depuração da creatinina < 60 ml/min) - hipotiroidismo - antecedentes pessoais ou familiares de perturbações musculares hereditárias - antecedentes pessoais de toxicidade muscular com outro inibidor da redutase da HMG-CoA ou fibrato - alcoolismo - situações em que possa ocorrer um aumento dos níveis plasmáticos de rosuvastatina - doentes Asiáticos - uso concomitante de fibratos. (ver Advertências e precauções especiais de utilização e Interações medicamentosas e outras formas de interação) **Efeitos indesejáveis** As reações adversas observadas com rosuvastatina são geralmente de caráter ligeiro e transitório. Em ensaios clínicos controlados, menos de 4% dos doentes tratados com rosuvastatina abandonou os estudos devido a reações adversas. Com base em dados de ensaios clínicos e extensa experiência pós-comercialização, a seguinte tabela apresenta o perfil de reações adversas para a rosuvastatina. As reações adversas listadas abaixo estão classificadas de acordo com a frequência e classe de sistema de órgãos (SOC). A frequência de reações adversas é listada de acordo com a seguinte convenção: Frequentes (≥ 1/100, < 1/10); Pouco frequentes (≥ 1/1.000, < 1/100); Raros (≥ 1/10.000, < 1/1.000); Muito raros (< 1/10.000); Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Tabela 2. Reações adversas baseadas em dados de estudos clínicos e experiência pós-comercialização: Doenças do sangue e do sistema linfático: Raros - Trombocitopenia. Doenças do sistema imunitário: Raros - Reação de hipersensibilidade incluindo angioedema. Doenças endócrinas: Frequentes - Diabetes mellitus (1). Perturbações do foro psiquiátrico: Desconhecido - Depressão. Doenças do sistema nervoso: Frequentes - Cefaleia, Tonturas; Muito raros - Polineuropatia, Perda de memória; Desconhecido - Neuropatia periférica, Alterações do sono (incluindo insónia e pesadelos). Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Desconhecido - Tosse; Dispneia. Doenças gastrointestinais: Frequentes - Obstipação, Náuseas, Dor abdominal; Raros - Pancreatite; Desconhecido - Diarreia. Afeções hepatobiliares: Raros - Transaminases hepáticas aumentadas; Muito raros - Icterícia, Hepatite. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Pouco frequentes - Prurido, Erupção cutânea, Urticária; Desconhecido - Síndrome de Stevens-Johnson. Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequentes - Mialgia; Raros - Miopatia (incluindo miosite), Rhabdomiólise; Muito raros - Artralgia; Desconhecido - Afeções dos tendões, por vezes complicadas devido a rutura, Miopatia necrosante imunomediada. Doenças renais e urinárias: Muito raros - Hematúria. Doenças dos órgãos genitais e da mama: Muito raros - Ginecomastia. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequentes - Astenia; Desconhecido - Edema. A frequência irá depender da presença ou ausência de fatores de risco (glicemia em jejum ≥ 5,6 mmol/l, IMC > 30 kg/m², triglicéridos elevados, história de hipertensão). Tal como se verifica com outros inibidores da redutase da HMG-CoA, a incidência de reações adversas medicamentosas tende a ser dose-dependente. Efeitos renais: Em doentes tratados com rosuvastatina foi observada proteinúria, detetada por tiras de teste, sendo maioritariamente de origem tubular. Variação dos valores de proteinúria, desde ausência ou vestígios até um resultado ++ ou superior, foi observado em < 1% dos doentes em determinada altura durante o tratamento com 10 mg e 20 mg, e em aproximadamente 3% dos doentes tratados com 40 mg. Com a dose de 20 mg foi observada uma ligeira variação, desde ausência ou vestígios até um resultado +. Na maioria dos casos, a proteinúria diminui ou desaparece espontaneamente com a continuação da terapêutica. Até ao momento, a análise de dados provenientes de ensaios clínicos e da experiência pós-comercialização não identificou uma associação causal entre a proteinúria e doença renal aguda ou progressiva. Foi observada hematúria em doentes tratados com rosuvastatina e os dados dos ensaios clínicos mostram que a ocorrência é baixa. Efeitos no músculo esquelético: Efeitos no músculo esquelético, p. ex. mialgia, miopatia (incluindo miosite) e, raramente, rhabdomiólise com ou sem insuficiência renal aguda têm sido notificados em doentes tratados com rosuvastatina em todas as doses, em particular, com doses > 20 mg. Em doentes tratados com rosuvastatina foi observado um aumento dos níveis de CK relacionado com a dose; na maioria dos casos essa elevação foi ligeira, assintomática e transitória. Se os níveis de CK forem elevados (> 5xLSN), o tratamento deve ser interrompido (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Efeitos hepáticos: Tal como com os outros inibidores da redutase da HMG-CoA, um aumento das transaminases, relacionado com a dose, foi observado num pequeno número de doentes tratados com rosuvastatina; na maioria destes casos, o aumento foi ligeiro, assintomático e transitório. Foram notificados os seguintes acontecimentos adversos com algumas estatinas: Disfunção sexual Casos raros de doença pulmonar intersticial, especialmente com terapêutica de longa duração (ver Advertências e precauções especiais de utilização) A taxa de notificação de rhabdomiólise, acontecimentos renais graves e acontecimentos hepáticos graves (consistindo principalmente no aumento das transaminases hepáticas) é maior com a dose de 40 mg. População pediátrica: As elevações da creatininaase > 10xLSN e os sintomas musculares após exercício ou aumento da atividade física foram observados mais frequentemente em ensaios clínicos de 52 semanas em crianças e adolescentes em comparação com os adultos (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Noutros aspetos, o perfil de segurança de rosuvastatina foi semelhante em crianças e adolescentes comparativamente com adultos. **Classificação quanto à dispensa:** Medicamento sujeito a receita médica. **Regime de comparticipação:** Medicamento comparticipado (são comparticipadas as dosagens de 5 mg, 10 mg e 20 mg no escalão C, 37% no regime geral). **Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado:** ALTER, S.A. Estrada Marco do Grilo, Zemouto 2830, Coia. **Data de revisão do texto:** 31-07-2017.



Estudos de Iniciativa do Investigador – o contributo de uma CRO Académica

INÊS ZIMBARRA CABRITA
CHIEF OPERATIONS OFFICER | AIDFM-CETERA

RITA CARILHO TORRÃO
SCIENTIFIC AFFAIRS MANAGER | AIDFM-CETERA

Os Estudos de Iniciativa do Investigador (EII) são estudos clínicos desenhados e conduzidos por um ou mais investigadores de uma instituição ou de um grupo de instituições (hospitalares ou académicas). Esta tipologia de estudo é também conhecida por vários outros nomes, que incluem *Investigator-Initiated Trials*, *Investigator Initiated Studies*, *Investigator Driven Trials*, entre outros.

A premissa fundamental aqui é que a responsabilidade de ser tanto o promotor como o investigador cabe ao investigador(es) que concebem e conduzem o estudo.

Os EII podem ser financiados diretamente pela instituição ou o financiamento pode ser adquirido pelo investigador a instituições governamentais, sem fins lucrativos, fundações, etc. e, portanto, a implementação e condução, em muitos casos, é totalmente independente da indústria.

Num EII, o processo começa com uma proposta de protocolo de investigação, associado a um pedido de financiamento do investigador. O “financiador” revê a proposta e determina se a investigação proposta satisfaz as necessidades clínicas e os objetivos estratégicos da empresa/instituição. O “financiador” irá também julgar o mérito científico do estudo e os critérios de qualidade e conformidade.

Muitos investigadores envolvidos em estudos promovidos pela indústria farmacêutica expressam descontentamento por não estarem envolvidos na conceção do estudo ou na análise e interpretação dos dados. Os EII oferecem aos investigadores a oportunidade de colocarem em prática ideias de investigação suas. No entanto,

apesar dos vários benefícios da realização de um EII, a sua iniciação e implementação não é uma tarefa fácil. Os desafios são vários, incluindo aspetos financeiros, submissão regulamentar, supervisão contínua, treino das equipas do estudo, análise estatística, gestão de dados e escrita científica.

A indústria farmacêutica e de dispositivos médicos são cada vez mais seletivos em relação ao apoio financeiro a estudos desta natureza, tendo em conta não apenas o contributo científico, mas também os locais de realização dos estudos, privilegiando os centros que oferecem melhores condições e os estudos que têm a colaboração com uma CRO, prestando todo o apoio na implementação, atividades regulamentares e monitorização dos centros, assegurando as atividades de gestão de projeto, comunicação com as equipas

Os Estudos de Iniciativa do Investigador oferecem aos investigadores a oportunidade de colocarem em prática ideias de investigação suas.

de investigação gestão de dados ou atividades de farmacovigilância.

A CETERA, enquanto *full-service* CRO, um departamento da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina, conta com uma vasta rede de centros de investigação clínica e uma equipa especializada direcionada fundamentalmente aos ensaios/estudos clínicos de iniciativa do investigador, financiados através de *Unrestricted Grants*



ou *Industry Co-Funding*. Atualmente, presta apoio a 10 ensaios e estudos clínicos desta natureza, contando com uma rede de mais de 40 centros a nível hospitalar e de cuidados de saúde primários.

Um testemunho

“Na realidade de hoje, coadunar a atividade assistencial com as exigências da produção científica de qualidade é um desafio enorme. O papel de uma CRO competente e organizada (como a CETERA) é decisivo para o sucesso de projetos como o ARTHEMIS.”

Professor Doutor Sérgio Baptista e Dr. Luís Raposo – investigadores coordenadores do Estudo ARTHEMIS - Anti-thrombotic and Glucose Lowering Therapy in Diabetic Patients Undergoing PCI. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04481997>

HUGO CÔRTE-REAL, COORDENADOR DA UCI DO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA E DA UTIC-AC DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CHULN:

“Se me dessem todos os meios, um deles seria proporcionar que cada doente pudesse escolher a sua própria música”

Coordenador da UCI do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hugo Côrte-Real assume, logo nos primeiros dias de 2021, a coordenação da UTIC-AC. Defendendo a unificação dos cuidados intensivos e intermédios, desenhou ainda um projeto que visa agregar todas as UCI do Departamento de Coração e Vasos num espaço comum. Harmonia e beleza é algo que deve caracterizar, no seu entender, o ambiente que rodeia estes doentes, incluindo a possibilidade de cada um deles poder ouvir a sua música preferida.

“O doente crítico não é mais do que um doente de Medicina Interna (MI) em fase aguda, que necessita de terapêutica médica e/ou cirúrgica aguda”, começa por explicar Hugo Côrte-Real, coordenador da Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica e da Unidade de Tratamento Intensivo para Coronários Arsénio Cordeiro do Serviço de Cardiologia do CHULN.

“É necessária uma base consolidada de MI, somada a outra de Medicina Intensiva também muito sólida, para se conseguirem manipular os eventos que surgem e aplicar novas tecnologias que suportem os órgãos do doente crítico”, salienta.

Sendo uma área que carece de “uma atuação rápida e antecipada”, Hugo Côrte-Real sublinha que “é necessário ter muito bom senso e não ser explosivo – é um ‘stress intenso’, um ‘acelerar lento’, porque os doentes estão instáveis e precisam de uma atuação rápida, mas ponderada”. Esta é uma das especialidades em que, na sua opinião, a experiência faz muita diferença, porque “sabermos que em determinados casos os doentes evoluem desta ou de outra forma dá-nos uma grande bagagem e tranquilidade dentro deste stress, o que é fundamental”.



Tal como destaca o intensivista, é essencial “considerar o doente como um todo, na medida em que pode sofrer de um órgão, mas todos acabam por estar em disfunção”. “Havendo órgãos mais nobres do que outros, que acabam por condicionar o todo”, Hugo Côrte-Real realça que “se não conseguirmos compensar a tríade coração - pulmões - rins, não salvamos nenhum doente”.

Hugo Côrte-Real: “Se não conseguirmos compensar a tríade coração - pulmões - rins, não salvamos nenhum doente.”

O nosso interlocutor realça que esta tríade é fundamental na UCI do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, que coordena desde 2014: “Estamos perante doentes muito difíceis de manejar, que dependem de uma bomba. Se essa mesma bomba estiver deficitária todos os órgãos falham; se estiver funcional, estes são nutridos e o oxigénio é transportado para as células, minimizando os danos e potenciando a recuperação.”

Hugo Côrte-Real:

“Identifico-me muito com a organização, a lealdade e o espírito de grupo”

Hugo Côrte-Real nasceu em Angola, há 56 anos, mas depressa veio para Portugal, com apenas seis meses. Tendo o mesmo sentido de disciplina do irmão, que seguiu a carreira de Engenharia Civil no Exército, ainda ponderou ser piloto de aviação da Força Aérea. “Identifico-me muito com a organização, a lealdade e o espírito de grupo da vida militar, mas desde cedo que pensei em ser médico, pela possibilidade de ser útil ao próximo”, refere. A viver na capital, estudou na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e até ao terceiro ano de curso tinha o desejo de ser cirurgião. “A minha mãe lembra-se de me ver, em pequenino, a abrir as barrigas dos bonecos e a cosê-las, mas a verdade é que durante o curso recebemos muitos estímulos e somos confrontados com realidades que até então não tínhamos equacionado e aí decidi alterar o meu rumo”, confidencia. Com o “bichinho dos cuidados intensivos”, logo que terminou o curso, em 1988, realizou um estágio com o Prof. Mário Lopes, nos Cuidados Intensivos de Cardiologia, durante os meses de férias. Não existindo, na altura, como especialidade médica, optou por especializar-se em Medicina Interna, “uma área que me deu uma excelente bagagem e que considero ser a mãe de todas as especialidades médicas”. Assim que se tornou especialista em MI, integrou

o ciclo de estudos especiais na Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José, a única com capacidade formativa na área da Medicina Intensiva, em Lisboa, nessa altura. Nos anos seguintes, investiu numa experiência profissional internacional, passando por Londres, pelos Estados Unidos da América e pela Alemanha, dedicando-se exclusivamente à Medicina Intensiva. Desde então, tem evoluído na carreira das duas especialidades, tendo o grau de consultor em ambas. Além da prática clínica e da função de coordenação, realiza ainda o Serviço de Urgência Interna de 24h, tendo acumuladas quase 200 folgas por gozar. “Eu dedico-me como missão e tenho consciência da responsabilidade que tenho e dos exemplos de postura, de atitude e de ponderação que tenho de transmitir”, confidencia. Casado com uma enfermeira do CHULN, que sempre o acompanhou ao longo da vida profissional, é pai de uma farmacêutica de 28 anos e de uma médica de 27 (interna do 2.º ano de Medicina Intensiva) e tem ainda um filho, com 23 anos, que frequenta a Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Deverá estreitar-se como avô em julho. “Tenho muito orgulho nos meus filhos que, conjuntamente com a minha esposa, são a minha maior alegria”, remata.

INVESTIMENTO NA HARMONIA E NA BELEZA DAS UCI

Num contexto tão “duro e desafiante”, Hugo Côrte-Real valoriza muito a harmonia e a beleza dos espaços, procurando dar cor às paredes, preenchendo-as com quadros alegres e reproduzindo

(Continua na pág. 22)

(Continuação da pág. 22)

gramas, conseguiríamos uma maior economia de recursos, o que seria vantajoso para todos”, observa.

Atendendo à estrutura do hospital, Hugo Côte-Real considera que o 8.º andar do Hospital de Santa Maria, onde se localiza o Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, poderá ser uma das opções para reunir num mesmo espaço físico as várias UCI do Departamento. Projetada para ter capacidade para 36 camas, com essa localização, a Unidade usufruiria de um acesso privilegiado ao Bloco Operatório, às áreas de Hemodinâmica e de Eletrofisiologia e à Imagiologia, para além de poder desfrutar de luz natural. “Temos estruturas instaladas, que apenas necessitam de ser otimizadas”, refere o médico, salientando que esse projeto está descrito e desenhado, apenas necessitando de condições para ser implementado.

Iniciando os seus dias de trabalho por volta das 7h30, Hugo Côte-Real começa por avaliar as análises dos doentes, realizando depois, pelas 8h00, as visitas formais, onde são estabelecidos os planos de atuação diários. “Estipulamos objetivos e às 13h00, quando faço as novas visitas, analisamos o que conseguimos ou não cumprir, estabelecemos novos planos ou consolidamos os iniciais, para que se estendam às próximas 24 horas, e definimos o que há a transmitir aos colegas da urgência interna”.

Muitas vezes, estas reuniões contam com a participação de outros profissionais que aceitaram o desafio de integrar este projeto, funcionando como “vias verdes de contacto para o tratamento dos doentes” – um fisiatra, um farmacêutico, um infeciologista e um neurologista, entre outros –, “que conhecem o nosso objetivo e nos transmitem muita confiança”.

Este era um modelo que o intensivista já desenvolvia na UCI do Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, tendo tido agora a oportunidade de o estender à UTIC-AC. A informatização dos processos clínicos dos doentes desta unidade é também uma necessidade que pretende concretizar brevemente, a fim de “minimizar o erro e maximizar a eficácia”.

UNIFICAR CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMÉDIOS EM PROL DOS DOENTES

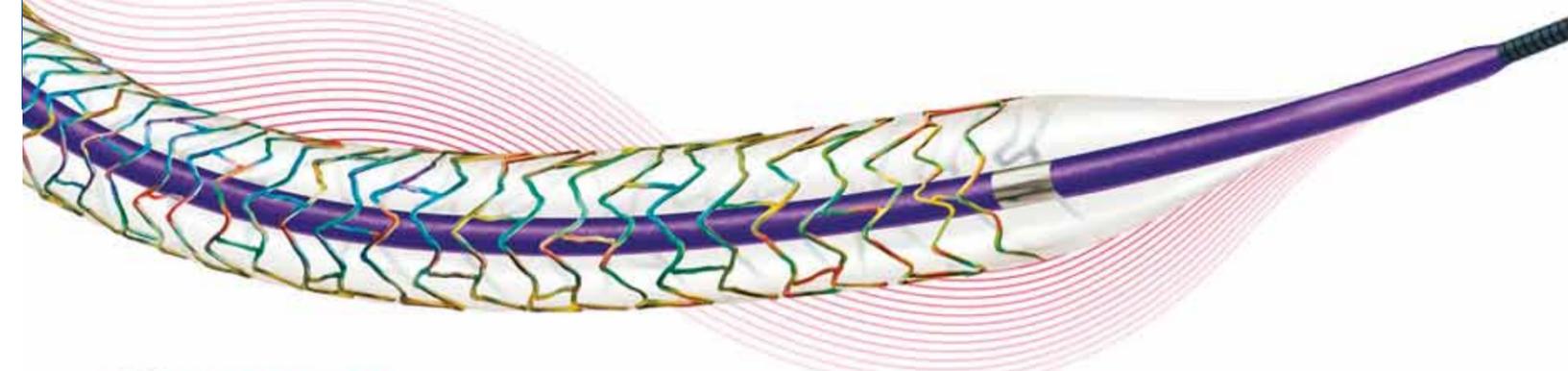
Na linha de agregação das UCI do Departamento, Hugo Côte-Real defende ainda a unificação dos dois tipos de cuidados, que hoje estão divididos em 22 camas de Cuidados Intensivos e 9 de Intermédios. Identificando que o estado clínico destes doentes é muito variável e tão depres-



sa estão no nível dois de cuidados como têm de ser transferidos para o nível três, na sua opinião deviam ser os recursos humanos a ter capacidade de mobilização. “O rácio enfermeiro/doente pode ser alterado consoante a evolução do estado clínico, canalizando-se ainda o tempo da transferência dos doentes para a prestação de cuidados e evitando o risco de transportar infeções”, sublinha.

Apesar de existirem casos em que os doentes nunca evoluem para o nível três de cuidados, o especialista realça a importância de haver a consciência de que, perante um agravamento, não são os doentes que se mobilizam, mas sim a equipa. “Neste modelo, seria mais fácil alocar os enfermeiros às necessidades, dado que se num momento um profissional está responsável por quatro doentes, no caso de um agravamento, rapidamente se mobiliza mais um enfermeiro para aquele grupo”, considera Hugo Côte-Real.

“A agregação das UCI num espaço único traria uma maior economia de recursos”, considera o intensivista.



- The next level of deliverability
- Ultrathin struts
- Outstanding patient outcomes

Orsiro® Mission
The next level of deliverability for the outstanding Orsiro stent



- BIOshape. Ultraslim 10mm ICD and CRT-D.**
- Full 3T MRI. Autodetected.**
- 90% fewer inappropriate shocks**

- Up to 15 years longevity. Up to 10 years warranty.**
- Continuous CRT optimization**
- More than 60% mortality reduction**

COORDENADA POR JOÃO DE SOUSA, NA UNIDADE DE ELETROFISIOLOGIA E PACING DO CHULN SÃO COLOCADOS MAIS DE 1300 APARELHOS ANUALMENTE

Realiza-se em Santa Maria o maior número de implantações de dispositivos eletrónicos cardíacos do país

Recebendo doentes referenciados da área limítrofe de Lisboa, das ilhas e ainda dos PALOP, a Unidade de Eletrofisiologia e Pacing destaca-se no panorama nacional por realizar o maior número de implantes de dispositivos eletrónicos cardíacos. Anualmente, este número ultrapassa as 1300 implantações.

Integrada no Serviço de Cardiologia do CHULN, a Unidade de Eletrofisiologia e Pacing, sediada no Hospital de Santa Maria, é uma das maiores unidades do país e historicamente detém uma posição de relevo na área da implantação de dispositivos cardíacos. Desde há algum tempo que tem vindo a realizar o maior número de implantações no país – em média, 1300/ano –, seguida pelo CHUC, com cerca de 900/ano.

A funcionar todos os dias úteis, num horário muito alargado, entre as 8h00 e as 18h00, a Sala de Pacing é o espaço utilizado para a implantação de dois tipos de dispositivos: *pacemakers*, destinados a tratar bradiarritmias, potenciando que o coração bata a frequências normais; e cardioversores-desfibriladores, dirigidos aos doentes com risco de sofrer arritmias ventriculares malignas, que possam ocasionar episódios de paragem cardíaca ou de morte súbita, acionando, nesse caso, um choque. Existe ainda uma variante

em cada um destes aparelhos que incorpora res-sincronizadores cardíacos, “utilizados, nalguns casos, para o tratamento da insuficiência cardíaca, por estimularem simultaneamente os dois ventrículos, sincronizando o batimento do coração”, explica João de Sousa, coordenador da Unidade.

Com uma média, nos últimos três anos, que ultrapassa as 1300 implantações/ano, os *pacemakers* lideram o número de intervenções ali realizadas. Deste total, cerca de 850 dizem respeito a primeiras implantações e 240 a substituições. “O facto de realizarmos um grande número de intervenções há muitos anos leva a que recebamos um elevado número de doentes para substituição de aparelhos em fim de vida”, explica o cardiologista, esclarecendo que a bateria dura entre 8 a 12 anos.

Os cardioversores-desfibriladores são implantados em cerca de 230 doentes.



Mesmo em contexto pandémico, onde seria expectável assistir-se a uma redução significativa do número de procedimentos, foram totalizadas, em 2020, 1348 implantações. “Após uma redução da atividade nos meses de março e de abril, onde só realizávamos procedimentos urgentes, progressivamente, fomos retomando a atividade”, refere o coordenador. Para efeitos de precaução, todos os doentes são submetidos previamente ao teste de rastreio à covid-19, a fim de manter tanto a Unidade como o Serviço livres da infeção.

Referenciados sobretudo da rede de hospitais da área limítrofe, sobretudo a norte de Lisboa, os doentes são oriundos ainda dos arquipélagos dos Açores, da Madeira e dos PALOP, além de se registarem casos excecionais de outros pontos do país.

Apesar de estes procedimentos estarem disseminados por várias hospitais distritais e pri-

Anualmente, são realizadas mais de 1000 implantações de *pacemakers*.

vados, João de Sousa ressalva que as intervenções mais complexas ou sofisticadas são realizadas nos hospitais centrais. No caso da Grande Lisboa, estes implantes são realizados também em Santa Marta, Santa Cruz, Fernando Fonseca, Garcia de Orta e ainda no CH de Setúbal.

(Continua na pág. 28)



(Continuação da pág. 27)

Habitualmente, os doentes que carecem deste tipo de intervenções pertencem a uma faixa etária mais avançada. Se a idade média dos casos admitidos para a implantação de *pacemaker* ronda os 70 anos, o especialista avança que há doentes muito idosos, na casa dos 100 anos. Isso é devido, por um lado, “ao aumento da esperança média de vida, mas também ao facto de as bradicardias derivarem, muitas vezes, de doenças do sistema de condução elétrica do coração que, com o avançar da idade, se vai debilitando, bloqueando as fibras de condução”.

No entanto, este procedimento não se encerra junto dos doentes mais idosos, existindo outras situações, como bloqueios auriculoventriculares congénitos, presentes em pessoas jovens.

Já a implantação de ressinchronizadores e de cardioversores-desfibriladores é, normalmente, dirigida a doentes com uma média de idades entre os 50 e os 60 anos.

Com a colaboração de um cardiologista e de um interno de formação específica, dois enfermeiros e um técnico superior de diagnóstico e terapêutica nas intervenções cirúrgicas, a lista de espera de doentes referenciados de forma eletiva situa-se num mês.

Realizadas de forma relativamente rápida, estas intervenções têm uma duração compreendida entre uma hora, no caso dos *pacemakers*, a duas horas, no caso dos cardioversores-desfibriladores com terapêutica de ressinchronização. Com recurso a anestesia local e, em casos selecionados, a alguma sedação, a recuperação é rápida, ocorrendo a alta hospitalar no dia seguinte. Por vezes, “em doentes cuja intervenção tenha sido tranquila, não se antevendo complicações, e



A duração das intervenções cirúrgicas varia entre uma a duas horas.

TIPO DE APARELHO/ ANO	2018	2019	2020
Implantação PMK (CRT-P)	856 (65)	908 (76)	792 (76)
Implantação CDI (CRT-D)	161 (80)	199 (89)	173 (89)
Substituição PMK (CRT-P)	205 (8)	237 (11)	288 (13)
Substituição CDI (CRT-D)	58 (37)	45 (28)	54 (30)
Total dispositivos	1280 (190)	1389 (204)	1307 (208)

Legenda: PMK – *Pacemakers*; CRT-P – *Pacemaker* de ressinchronização; CDI – Cardioversor-desfibrilhador; CRT-D – Cardioversor-desfibrilhador com ressinchronização

sendo o domicílio geograficamente próximo do hospital, a alta acontece no próprio dia”, indica João de Sousa.

A consulta externa, que visa, entre outros aspetos, fazer o seguimento destes doentes, ocupa também grande parte da atividade da equipa, dado que, “embora o seguimento seja espaçado, deve acontecer de forma anual, no caso dos *pacemakers*, e a cada seis meses, no que se refere aos restantes aparelhos”. Semanalmente, são recebidos neste ato cerca de 500 doentes. Sobretudo nesta fase pandémica, a Unidade tem apostado no seguimento remoto, uma vez que “grande parte dos dispositivos implantados pode ser monitorizada à distância, através do

comunicador, permitindo espaçar muito os seguimentos”.

“Melhores condições de trabalho trariam maior rentabilidade e qualidade aos doentes”

Estando a Sala de *Pacing* localizada num espaço já muito antigo e adaptado, que tinha sido concebido para a realização de técnicas, certos critérios, como a existência de uma antecâmara para a entrada dos doentes, não estão garantidos. “O facto de os doentes entrarem diretamente do corredor para a Sala de *Pacing* significa que os *standards* de boas práticas não estão a ser cumpridos”, aponta João de Sousa, referindo ser “de-

JOÃO DE SOUSA:

“As intervenções na Cardiologia são muito eficazes, o que é absolutamente recompensador”

João de Sousa nasceu a 11 de março de 1960, em Lisboa. Por influência familiar, deu seguimento às três gerações de médicos que havia na família – bisavô, avô e pai –, a par do irmão. Licenciou-se em 1984, na Faculdade de Medicina da Faculdade de Lisboa, tendo, a partir daí, iniciado a sua ligação ao Hospital de Santa Maria, hoje integrado no CHULN, onde se manteve desde então.

Entre as várias especialidades médicas, atraiu-o a área da Cardiologia, pelo facto de o coração ser “um órgão nobre” e de as doenças do coração serem “muito lógicas, na medida em que os fenómenos patológicos causam uma alteração no funcionamento do sistema, originando uma doença”. Os tratamentos, por seu turno, “também são muitas vezes dirigidos às causas que provocam as doenças e, ao contrário de outras especialidades, as intervenções na Cardiologia são muito eficazes, o que é absolutamente recompensador para os profissionais de saúde e para os doentes”.

Ao longo do seu internato de formação específica, teve a oportunidade de conhecer a realidade da Arritmologia Invasiva, da Eletrofisiologia e do *Pacing* no University of Michigan Medical Center, em Ann Arbor, entre 1989 e 1991. Essa experiência permitiu-lhe introduzir no Serviço as componentes da ablação, no campo da Eletrofisiologia, e da implantação de cardioversores-desfibriladores e de ressinchronizadores, no *Pacing*.

Em 1998, assumiu o cargo de coordenador

da Unidade e muito o tem honrado “fomentar o desenvolvimento dos tratamentos”, salientando a evolução que tem existido precisamente no campo dos cardioversores-desfibriladores, que, inicialmente, “exigiam uma implantação muito delicada, em colaboração com a Cirurgia Cardíaca”, e das ablações, que tem vindo igualmente a sofrer uma forte inovação.



O acompanhamento formativo é outra vertente que João de Sousa destaca, pela possibilidade de “ajudar os colegas a crescer e a tornar-se autónomos”.

Pai de quatro filhos, o cardiologista dedica-se, nos tempos livres, à atividade familiar e à leitura.

sejo da equipa, há muitos anos, ver criada uma sala com as características de um verdadeiro bloco operatório”.

A Sala de Eletrofisiologia, integrada no Laboratório de Hemodinâmica, é outro setor de atividade a que estes profissionais se dedicam, realizando estudos eletrofisiológicos, diagnósticos e ablações. No entanto, o facto de o espaço ser partilhado, permitindo apenas a sua utilização durante dois dias semanais e implicando, igualmente, a partilha de enfermeiros e de assistentes operacionais, leva a que uma das grandes aspirações da Unidade consista na criação de um Laboratório de Eletrofisiologia independente. Tal como destaca o seu coordenador, “a limitação do nosso trabalho nesta

área traduz-se numa lista de espera muito significativa, que poderia ser francamente reduzida com o usufruto de um espaço autónomo”.

Inês Aguiar Ricardo, assistente hospitalar de Cardiologia

Inês Aguiar Ricardo terminou o internato de formação específica neste Serviço em outubro de 2020 e reconhece que a quantidade e a variedade de procedimentos realizados nesta Unidade, a par da execução de algumas intervenções mais avançadas, como a colocação de *pacemakers*

(Continua na pág. 30)



Elementos da Unidade de Eletrofisiologia e Pacing do Serviço de Cardiologia do CHULN

(Continuação da pág. 29)

cápsula, sem elétrodo, “são particularidades fundamentais para quem está em processo de aprendizagem”.

Mas estas mais-valias, como defende, não se esgotam no internato: “A curva de aprendizagem na área do *Pacing* é muito significativa, pois, engloba procedimentos que requerem vários anos de experiência, algo que esta Unidade consegue mais facilmente proporcionar a todos os internos e especialistas, face às suas características.”



Inês Aguiar Ricardo

Destacando as várias formas de referência dos doentes, desde consultas das várias especialidades, Serviço de Urgência ou Internamento por outra circunstância, a recém-especialista salienta o papel do cardiologista “na tomada de decisão, nomeadamente, “na avaliação da indicação para implante de dispositivo, incluindo a presença de sintomas e medicação concomitante, na escolha do tipo de dispositivo e na posterior programação deste”.

Perante o cenário pandémico, a médica evidencia que o número de referências tem vindo a diminuir, devido à quebra das consultas médicas, aumentando, por sua vez, o acesso através do Serviço de Urgência, em estádios mais avançados das doenças.

Antes de conversar com a *Just News*, Inês Aguiar Ricardo tinha acabado de implantar um *pacemaker* a uma doente de 74 anos diagnosticada com um bloqueio aurículoventricular de 2.º grau Mobitz 2. “Neste caso, foi um procedimento relativamente simples e linear, pelo que, após ficar algumas horas em vigilância no recobro, serão avaliadas as condições da doente para uma

alta no próprio dia”. Os requisitos englobam a capacidade de autonomia, a disponibilidade de apoio familiar e a compreensão dos sintomas e sinais de alerta para possíveis complicações.

Natural de Lisboa, Inês Aguiar Ricardo, 32 anos, viu-se indecisa entre um percurso profissional nas áreas da Medicina ou da Arquitetura. “A pergunta da psicóloga sobre se quando eu chegasse a casa queria preocupar-me com um mundo mais bonito ou com as vidas das pessoas fez-me tomar a decisão que estava a adiar há um ano”, refere.

Ingressou na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e posteriormente escolheu realizar o internato de formação específica em Cardiologia no CHULN, pela “forte componente médica e interventiva”.

Futuramente, pretende subspecializar-se na área do *Pacing* e da Reabilitação Cardíaca. Para já, além das implantações, realiza consultas de Arritmologia, *Pacing* e Cardiologia Geral, colaborando ainda no Serviço de Urgência e no Centro de Reabilitação Cardiovascular.

Lénia Coelho, enfermeira

Lénia Coelho nasceu em Bragança, há 39 anos. A componente humana, de preocupação com o bem-estar da população, levou-a a seguir Enfermagem, na Escola Superior de Saúde de Portalegre. A sua primeira experiência profissional decorreu no Hospital Pulido Valente, em 2005, transitando em 2012 para o Hospital de Santa Maria, quando as duas instituições já integravam o então CHLN.

Dois anos depois, incorporou a equipa de profissionais do Serviço de Cardiologia, lugar onde



Lénia Coelho

admite sentir-se bastante realizada. “É muito gratificante trabalhar num centro de referência tão grande, que acolhe milhares de doentes e realiza um elevado número de procedimentos”, reconhece a enfermeira generalista, salientando que sente “uma enorme satisfação ao deparar-se com as melhorias significativas dos doentes após as implantações”.

Responsável por os acompanhar desde a sua admissão até à alta hospitalar, Lénia Coelho afirma que “o papel do enfermeiro engloba o acolhimento pré, intra e pós-procedimento, assistindo os doentes em todas as fases do processo”.

Começando por realizar uma colheita de dados quanto ao historial clínico dos doentes, a ní-



vel de terapêutica e de sintomatologia, levantamento e diagnóstico de todos as necessidades do utente e planeamento das intervenções necessárias, segue-se a realização de técnicas invasivas, a fim de preparar o procedimento, nomeadamente, através da colheita de análises e da colocação de acessos venosos. Ao mesmo tempo, é trabalhada a literacia dos doentes, quanto aos procedimentos a que serão submetidos, e a gestão das emoções.

A nível intraprocedimento, são responsáveis por desempenhar tarefas várias, enquanto enfermeiros instrumentistas, circulantes ou de anestesia. “Os enfermeiros cuidam do

Neste contexto pandémico, a Unidade tem vindo a apostar, quando possível, na alta hospitalar dos doentes no próprio dia da intervenção.

pa é uma mais-valia que Lénia Coelho identifica, frisando ser “gratificante trabalhar numa equipa que dá o seu melhor em cada instância e em que se pode confiar”. Por vezes, “o nosso trabalho vai além do horário que nos é atribuído, porque o que nos move verdadeiramente são os doentes”, remata.

Patrícia Teixeira, cardiopneumologista

Tendo optado pela área da Cardiologia, Patrícia Teixeira explica que uma parte da sua atividade clínica e assistencial, desenvolvida em equipa pluridisciplinar, assenta na implantação e no seguimento de dispositivos médicos ativos. “Atualmente, a possibilidade de estes dispositi-



vos serem ‘vigilados’ através da monitorização remota permite uma maior tranquilidade para os seus portadores, pois, o acompanhamento mais próximo – diário, semanal ou agendado – possibilita a deteção precoce de qualquer tipo de arritmia ou disfunção dos dispositivos”, distingue a cardiopneumologista.

Ao mesmo tempo, “configura uma mais-valia, por permitir manter os doentes vigiados, num contexto em que muitas consultas foram canceladas”. Por outro lado, “viabiliza também o planeamento das consultas, possibilitando que algumas sejam adiadas quando se identifica que os doentes estão estáveis ou que o dispositi-

tivo apresenta parâmetros que não comprometem a sua segurança, evitando assim que sejam expostos, nesta fase, a um lugar de risco”, observa.



Patrícia Teixeira

Em conjunto com a equipa multidisciplinar, Patrícia Teixeira afirma desempenhar ainda um papel ativo na orientação terapêutica e no seguimento dos doentes. Além de intervir nos procedimentos de implantação dos dispositivos, é ainda responsável por realizar as consultas de *follow-up*, com o apoio de um especialista. “Apesar de sermos autónomos nestas consultas, contamos com o auxílio médico, para o caso de ser necessário prescrever determinada terapêutica ou realizar algum tipo de intervenção, na sequência da deteção de alguma disfunção, nomeadamente de eletrocateretes ou de geradores”, aponta.

A cardiopneumologista destaca ainda o trabalho de cooperação realizado com as equipas médica e de enfermagem, nomeadamente, na recolha e análise de dados, no sentido de realizarem estudos nacionais e mundiais, “para todos juntos ganharmos um maior conhecimento nesta área”.

Patrícia Teixeira, 27 anos, é natural de Lisboa e cedo descobriu o gosto pela área da Saúde. Bombeira voluntária durante o liceu, decidiu seguir Cardiopneumologia, curso que tirou na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. Há três anos, teve a “felicidade de integrar o Serviço de Cardiologia de um dos maiores centros hospitalares do país, uma unidade de referência para aprender”, e muito se orgulha da “excelente equipa” em que se integra, “onde todos se esforçam por ajudar, gostam de ensinar e valorizam o saber e a competência dos diferentes profissionais”.



XI CONGRESSO Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular

26 a 28 fevereiro 2021
EXCLUSIVAMENTE EM FORMATO VIRTUAL



Patologia aórtica e vascular

LUÍS MENDES PEDRO
DIRETOR DO SERVIÇO DE CIRURGIA VASCULAR DO CHULN

ÂNGELO NOBRE
DIRETOR DO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA DO CHULN

ANA GOMES ALMEIDA
COORDENADORA DA UNIDADE DE TÉCNICAS DE CARDIOLOGIA DO CHULN

Tem lugar mais uma edição do Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular, organizado pelo Departamento de Coração e Vasos do CHULN.

Este nosso Congresso realiza-se, este ano, em condições verdadeiramente excecionais face à pandemia covid-19, que condiciona toda a atividade científica presencial. Será, portanto, uma reunião *online*, que pretende, nestes tempos difíceis, manter os propósitos educacionais, que são uma das missões do nosso Departamento. Não iremos ter, como em anos anteriores, um progra-

ma separado Cardiologia / Cirurgia, pelo que organizámos a sessão 2 dedicada à patologia aórtica e vascular.

Nesta sessão, procuramos abordar temas atuais e cuja discussão poderá ser útil no contexto atual. Serão discutidos alguns avanços recentes sobre a epidemiologia e o estudo imagiológico das doenças da aorta e apresentados alguns dados do nosso centro no tratamento da dissecação aórtica.

No contexto do impacto da pandemia no Departamento de Coração e Vasos e da necessida-

de mais frequente de utilização de técnicas de suporte circulatório, serão discutidos os métodos de perfusão de órgão e as complicações vasculares que podem ocorrer pela utilização de técnicas de ECMO.

Finalmente, irão ser apresentados os resultados da atividade clínica e cirúrgica nos serviços de Cirurgia Vascular e de Cirurgia Cardiotorácica no período da primeira vaga da pandemia e as possíveis lições para o futuro.

Esperamos que seja uma sessão aliciante e do agrado dos participantes e assistentes.



Lições da 1.ª vaga da pandemia covid-19

ANTÓNIO DUARTE
INTERNO DE CIRURGIA VASCULAR NO CHULN

Em dezembro de 2019, a partir da cidade chinesa de Wuhan, um surto do novo vírus respiratório SARS-CoV-2 rapidamente progrediu para uma pandemia sem precedentes à escala global. Para lá do número crescente de novos casos diários e mortalidade associada, todos os recursos em saúde foram realocados para o esforço de contenção desta nova ameaça. Tal não foi exceção na prática clínica em cirurgia vascular.

Com a declaração do primeiro estado de emergência em Portugal a 18 de março, os serviços hospitalares foram obrigados a cancelar atividade não-essencial. Estas alterações foram ain-

da mais significativas num centro terciário como o CHULN, com uma crescente exigência de recursos para o cuidado a doentes com covid-19, nomeadamente em UCI.

Qual o impacto desta pandemia no cuidado aos doentes em cirurgia vascular? Quais as consequências do estado de emergência na morbimortalidade dos doentes intervencionados neste último ano? Que lições podemos tirar da primeira vaga de covid-19 em Portugal? Através de um estudo retrospectivo realizado entre janeiro e julho de 2020, procurámos comparar a atividade assistencial do Serviço de Cirurgia Vascular do

CHULN com períodos semelhantes em 2018 e 2019.

Apesar das restrições impostas pelo estado de emergência e de uma redução global no volume cirúrgico, foi possível manter a atividade assistencial para a maioria das patologias vasculares major, em particular em doentes com isquemia crítica. O recurso preferencial a técnicas endovasculares ou o aumento das consultas em telemedicina foram algumas das adaptações que contribuíram para a continuidade da atividade assistencial em cirurgia vascular em plena crise de saúde pública.



Complicações vasculares das técnicas de ECMO

MARIANA MOUTINHO
ASSISTENTE HOSPITALAR DE CIRURGIA VASCULAR DO CHULN

A oxigenação por membrana extracorpórea, também comumente referida como ECMO, é uma forma de suporte de vida extracorporeal já introduzida em Portugal há cerca de uma década e com utilização regular no CHULN. A recente pandemia pela doença coronavírus 2019 veio reforçar a sua importância em casos muito graves de falência cardiorrespiratória.

As técnicas de ECMO implicam geralmente a necessidade de canulação periférica venosa e eventualmente arterial (venovenoso ou venoarterial), pelo que podem associar-se a complicações vasculares, que devem ser prevenidas previamente, detetadas precocemente e tratadas de forma apropriada.

São mais frequentes as complicações hemor-

rágicas e trombóticas que podem ser causa importante de morbidade e mortalidade nestes doentes.

Esta apresentação irá discutir o assunto numa perspetiva de chamada de atenção, quer dos intensivistas que executam a técnica, quer dos cirurgiões vasculares que são chamados a tratá-las.



Novos dados sobre a epidemiologia das doenças da aorta

RYAN MELO
INTERNO DE CIRURGIA VASCULAR, CHULN

Os aneurismas da aorta torácica são conhecidos como sendo “assassinos silenciosos”. Devido à sua localização, tendem a passar despercebidos e a aumentar de diâmetro até romper. Quando a rotura ocorre, a mortalidade estimada é superior a 90%. Por este motivo, é crucial ter a noção do quão frequente é esta patologia na população e de como podemos encontrar uma forma de os diagnosticar antes de romperem.

Foi neste sentido que recentemente procurámos saber qual era a prevalência e a incidência de aneurismas da aorta torácica (íntegros e em rotura) na população. Realizámos uma revisão sistemática de estudos populacionais que reportavam incidência

e/ou prevalência de aneurismas torácicos. Nesta revisão, deparámo-nos com uma grande heterogeneidade de estudos e resultados, sendo que um dos achados mais relevantes foi a discrepância de prevalência entre estudos de diagnósticos clínicos hospitalares e estudos realizados em autópsias, com uma prevalência de 0.03% versus 0.76%, respetivamente. Isto poderá significar que muitos doentes não são diagnosticados atempadamente e que poderão vir a falecer com uma rotura de aneurisma. Uma das formas para colmatar esta lacuna, além de uma maior consciencialização para estas patologias, é o rastreio oportunístico.

Foi especificamente neste sentido que nos questio-

námos, estando o rastreio dos aneurismas da aorta abdominal (AAA) implementado em vários países, se valeria a pena em doentes com AAA procurar ativamente aneurismas torácicos, visto que estes aneurismas podem aparecer de uma forma síncrona ou metácrona.

Por este motivo, realizámos outra revisão sistemática, com enfoque na prevalência de aneurismas da aorta torácica em doentes com AAA conhecidos. Os achados foram muito surpreendentes, uma vez que cerca de um quinto (19.2%) dos doentes com AAA têm ou terão um aneurisma da aorta torácica. Isto pode significar que, se rastreamos todos os doentes com AAA com uma angioTC torácica, poderemos diagnosticar estes “assassinos silenciosos” a tempo.



A evolução do tratamento da DATB numa série de 100 casos

ALICE LOPES
INTERNA DE CIRURGIA VASCULAR NO CHULN

A dissecção da aorta tipo B (DATB) é uma entidade clínica complexa e imprevisível, com um espectro clínico vasto, que varia desde doentes assintomáticos a complicações rapidamente letais. Nas últimas décadas, o tratamento da DATB evoluiu exponencialmente com o advento das técnicas endovasculares, pela sua reduzida invasibilidade e menor morbimortalidade associada.

Primariamente, o TEVAR tornou-se, quando anatomicamente viável, o *gold standard* de tratamento das DATB agudas complicadas. Contudo, desde então, várias outras técnicas endovasculares têm surgido com o intuito de modificar a história natural desta doença.

Nesta apresentação, será referido um estudo retrospectivo da evolução do tratamento da DATB nos últimos 100 casos tratados no Serviço de Cirurgia

Vascular do CHULN. Para além disso, foi também analisada de que forma evoluíram as modalidades de tratamento utilizadas no nosso centro, bem como os resultados respetivos.

Esta discussão é atual, numa altura em que as definições clássicas de DATB complicada e não complicada são desafiadas e em que permanece uma necessidade de recomendações claras acerca do seu tratamento.


edarclor
azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos


edarbi[®]
azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

PARA GRANDES MALES, GRANDES REMÉDIOS



Imagem gentilmente cedida pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

▼ Edarclor[®] está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Peça-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.



TECNIMEDE
GROUP



Zona Industrial da Abrunheira;
Rua da Tapada Grande n.º 2 — Abrunheira • 2710-089 Sintra
NIF: 500 626 413

TEDARC184A IMG_a/OUT/2018, revalidado anualmente

edarclor
azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos

edarbi[®]
azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

edarclor: Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **NOME DO MEDICAMENTO** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película, e Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 40 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio) e 12,5 mg ou 25 mg de clorotalidona. **FORMA FARMACÉUTICA** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho pálido, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/12,5 gravado numa das faces. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho claro, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/25 gravado numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tratamento da hipertensão em adultos. Edarclor é uma associação de dose fixa indicada em adultos cuja pressão arterial não é adequadamente controlada por monoterapia com azilsartan medoxomilo. **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Posologia - Adultos: A dose inicial recomendada é de 40 mg + 12,5 mg uma vez por dia em doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com monoterapia anti-hipertensiva corrente como Edarbi 40 mg ou Edarbi 80 mg. Se necessário a dose pode ser aumentada para um máximo de 40 mg + 25 mg uma vez por dia. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se normalmente evidente ao fim de 1-2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. **Populações especiais:** Idosos (idade igual ou superior a 65 anos): Não é necessário um ajuste inicial da dose nos doentes idosos; nos doentes muito idosos (≥ 75 anos), o tratamento deve ser efetuado com precaução e recomenda-se uma monitorização médica apertada. **Compromisso renal e Afeção hepática:** A clorotalidona, um dos componentes ativos do Edarclor, não deve ser usada em doentes com compromisso renal grave - anúria e afeção hepática grave. Não há experiência da administração de Edarclor em doentes com transplante renal recente. Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. É limitada a experiência de utilização em doentes com afeção hepática ligeira a moderada; no entanto não é necessário um ajuste inicial da dose de Edarclor em doentes com afeção hepática ligeira a moderada. Alterações menores do equilíbrio hidro eletrolítico devidas a diuréticos tiazídicos podem precipitar uma coma hepática. Recomenda-se monitorização estreita. **Depleção do volume intravascular:** Edarclor deve ser iniciado sob supervisão médica estreita, apenas após ter sido alcançado um volume correto. Uma resposta hipotensiva temporária devida a depleção de volume não impede que os doentes continuem o tratamento, o qual pode normalmente ser continuado sem dificuldade uma vez estabilizados a pressão arterial e o estado do volume. **Insuficiência cardíaca:** Recomenda-se precaução em doentes hipertensos com insuficiência cardíaca congestiva dado que não existe experiência de utilização nestes doentes. **População de raça negra:** Não é necessário um ajuste da dose na população de raça negra. **População pediátrica:** A segurança e eficácia em crianças e adolescentes dos 0 aos <18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** Via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - Gravidez. - Afeção hepática grave. - Compromisso renal grave (TFG <30 mL/min/1,73m²). - Anúria. - Hiponatremia refratária. - Hipercalcemia. - Hipercalcemia sintomática. - O uso concomitante de Edarclor com medicamentos contendo alicireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal. **EFETOS INDESEJÁVEIS** Lista tabelada de reações adversas As reações adversas baseadas nos dados agregados de todos ensaios clínicos de fase 3 são apresentadas em baixo, de

acordo com as classes de sistemas de órgãos e termos preferenciais. Estão classificadas por frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$, < 1/10); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$, < 1/100); raras ($\geq 1/10.000$, < 1/1.000); muito raras (< 1/10.000), incluindo notificações isoladas. Dentro de cada classe de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade. Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas frequentes: Aumento do ácido úrico no sangue, hiperuricémia. Doenças do sistema nervoso - Reações adversas frequentes: Tonturas, tonturas posturais. Vasculopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Diarreia, náuseas. Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos - Reações adversas frequentes: Espasmos musculares. Perturbações gerais e alterações no local de administração - Reações adversas frequentes: Fadiga. Exames complementares de diagnóstico - Reações adversas frequentes: Aumento da creatinina no sangue; Reações adversas frequentes: Aumento da ureia no sangue. **Informação adicional sobre os componentes individuais:** As reações adversas que se sabe ocorrerem com cada componente administrado isoladamente mas que não foram observadas nos estudos clínicos podem ocorrer durante o tratamento com Edarclor. **Clorotalidona:** Adicionalmente às reações adversas listadas para o Edarclor, foram notificadas as seguintes reações adversas para a clorotalidona: Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas frequentes: Aumento dos lípidos no sangue; Reações adversas frequentes: Hipomagnesémia. Cardiopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão postural. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Perda de apetite, desconforto gastrointestinal menor. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - Reações adversas frequentes: Urticária. Doenças dos órgãos genitais e da mama - Reações adversas frequentes: Impotência. Exames complementares de diagnóstico. **Creatinina sérica:** O tratamento com Edarclor resultou numa maior incidência de aumentos da creatinina sérica, comparativamente com o azilsartan medoxomilo e a clorotalidona. Estes aumentos foram temporários ou não progressivos e reversíveis, e associados com acentuadas reduções da pressão arterial. **Ácido úrico:** O Edarclor esteve associado a aumentos do ácido úrico sérico. Os aumentos de ácido úrico são dependentes da dose, aumentando com a dose de clorotalidona, embora tenham sido pouco frequentes nas notificações de gota nos grupos de tratamento, mesmo nos estudos de longo prazo. **Hemoglobina e hematócrito:** O Edarclor esteve associado com reduções ligeiras nos níveis de hemoglobina, hematócrito, e na contagem de células vermelhas, consistentes com os efeitos farmacológicos conhecidos dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Experiência pós-comercialização** - Foi notificada uma rara incidência de angioedema associado ao uso de Edarclor. Não foram identificadas outras reações adversas nas notificações espontâneas pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa; Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; Sítio da internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** janeiro 2018. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento participado no escalão B.

NOME DO MEDICAMENTO: Edarbi 20 mg comprimidos. Edarbi 40 mg comprimidos. Edarbi 80 mg comprimidos. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 20 mg, 40mg ou 80 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido branco a esbranquiçado redondo, com 6,0 mm, 7,6 mm ou 9,6 mm de diâmetro; com "ASL" gravado numa das faces e "20", "40" ou "80" gravado na outra face, para os comprimidos de 20 mg, 40 mg ou 80 mg respetivamente. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Edarbi é indicado para o tratamento da hipertensão essencial em adultos. **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: A dose inicial recomendada é de 40 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg uma vez ao dia nos doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com a dose mais baixa. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se visível ao fim de 2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Se a pressão arterial não for adequadamente controlada com o Edarbi isoladamente, pode obter-se uma redução adicional da pressão arterial quando o Edarbi é administrado concomitantemente com outros medicamentos anti-hipertensores, incluindo diuréticos e bloqueadores dos canais do cálcio. **CONTRAINDICAÇÕES:** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - No segundo e terceiro trimestres da gravidez. - O uso concomitante de Edarbi com medicamentos contendo alicireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²). **EFETOS INDESEJÁVEIS:** **Resumo do perfil de segurança:** Edarbi nas doses de 20, 40 ou 80 mg foi avaliado em termos de segurança em estudos clínicos com doentes tratados durante até 56 semanas. Nestes estudos clínicos, as reações adversas associadas ao tratamento com o Edarbi foram, na sua maioria, ligeiras ou moderadas, com uma incidência global semelhante ao placebo. As tonturas constituíram a reação adversa mais frequente. A incidência das reações adversas com o Edarbi não foi afetada pelo sexo, idade ou raça. **Lista tabelada de reações adversas:** As reações adversas (doses de 40 e 80 mg) classificadas por frequência são: tonturas, diarreia e aumento da creatinina fosfoquinase plasmática (frequentes > 1/100, < 1/10); hipotensão, náuseas, erupção cutânea e prurido, espasmos musculares, fadiga e edema periférico, aumento da creatinina plasmática e aumento do ácido úrico plasmático (pouco frequentes > 1/1000, < 1/100); angioedemas (raros > 1/10.000, < 1/10000). As reações adversas foram notificadas para a dose de Edarbi 20 mg com uma frequência semelhante às doses de 40 e 80 mg num estudo controlado por placebo. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 1749-004 Lisboa, Tel: +351 21 798 73 97; Sítio da internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** janeiro 2020. MSRM. Medicamento participado no escalão B. Para mais informações contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.



ANA ABREU

COORDENADORA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR, SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CHULN

Também os cuidados de saúde mudaram desde o início da pandemia

As atividades presenciais de diagnóstico, prevenção e tratamento, consideradas menos urgentes, foram em muitos casos suspensas ou alteradas para atividades à distância.

Os programas de reabilitação cardíaca, realizados nos centros hospitalares, foram forçados a mudança para programas domiciliários, de acordo com modalidades, em alguns casos, já praticadas em países como o Reino Unido: *home-based*.

Neste momento, é importante compreender o que mudou na implementação de prevenção secundária e reabilitação cardíaca e como mudou, em Portugal, na Europa e no resto do mundo. Podemos aprender comparando experiências e estratégias de diversos centros em múltiplos países, existindo já estudos publicados relativos a este tópico, como o recente estudo do grupo de Sherry Grace.

Certamente, deveremos entender se a eficácia destes programas é equivalente aos clássicos programas presenciais, ou até superior, conseguindo manter a segurança, com supervisão à distância. Estas avaliações poderão encontrar resultados diferentes, de acordo com os grupos de doentes em causa e com os próprios programas.

No Hospital de Santa Maria (CHULN), tivemos a necessidade de alterar o nosso programa presencial de reabilitação cardiovascular, que envolve maioritariamente doentes após enfarte do miocárdio ou com insuficiência cardíaca, para programas em casa. Neste, mantivemos todos os componentes de reabilitação cardiovascular, incluindo o exercício, nomeadamente transmitido em direto em sessões *online*, educação para a saúde cardiovascular por sessões *online* e vídeos

em plataforma de reabilitação, consultas para controlo de fatores de risco cardiovascular, consultas de intervenção psicológica e nutricional e telefonemas de *follow-up*.

Analisando os resultados deste programa, a adesão foi muito superior ao esperado. A ansiedade causada pela própria pandemia e a sensação de falta de apoio em consultas presenciais ou a necessidade de resposta a dúvidas na terapêutica ou sintomatologia levaram ao grande interesse e adesão ao programa, que verdadeiramente minimizou aqueles aspetos de insegurança, conforme foi manifestado pelos próprios doentes.

Gostáramos de melhorar a qualidade deste programa em casa, sabendo que nem todos

Pretendemos expandir o programa a doentes idosos com implantação de TAVI e a doentes de Oncologia e Cardio-oncologia, nomeadamente, com cancro da mama.

têm os meios tecnológicos para assistência direta *online*, tendo este sido o nosso principal desafio. Nestes casos, sem internet, computador, *tablet* ou *smartphone*, os telefonemas e a informação escrita, entregue presencialmente ao doente ou enviada pelo correio, ajudou a colmatar, em parte, o programa à distância.

Perguntamos então a peritos na área da prevenção e reabilitação: como construir um programa de reabilitação cardiovascular em 2021?

Da nossa parte, optámos, por agora, por um

modelo híbrido, com avaliação presencial e ensino de exercício e da utilização dos meios ao dispor, com explicação detalhada do programa, e com o retorno regular, mas espaçado, ao centro hospitalar para reforço e reavaliação, sendo o programa realizado em casa. No final do programa de fase 2, ou sempre que surja alguma possível descompensação, o doente retorna presencialmente ao centro.

Um aspeto importante a considerar é que certas áreas se abrem e alargam cada vez mais à reabilitação cardiovascular, não devendo a pandemia covid-19 levar a qualquer restrição que possa penalizar os cuidados de saúde cardiovasculares. Pretendemos expandir o programa a doentes idosos com implantação de TAVI e a doentes de Oncologia e Cardio-oncologia, nomeadamente, com cancro da mama.

No primeiro caso, a reabilitação de doentes idosos já tratados à sua estenose aórtica pode verdadeiramente fazer a diferença no tratamento global, em contexto funcional, nutricional e psicológico. No segundo caso, novas evidências vêm reforçar o papel do exercício e da prevenção sobre fatores de risco cardiovasculares na melhoria de doentes oncológicos em diversas vertentes, permitindo potencialmente reduzir efeitos adversos da terapêutica do cancro, como a cardiotoxicidade de certas quimioterapias, caso das antracilinas.

Tal como nos adaptamos diariamente à vida nesta pandemia, devemos adaptar cada vez mais os programas de reabilitação cardiovascular a novas realidades e ajustar os mesmos a novos doentes.



TECNIMEDE
GROUP

tecnimede



Zona Industrial da Abrunheira;
Rua da Tapada Grande n.º 2 — Abrunheira • 2710-089 Sintra
NIF: 500 626 413

TEDARC184A1MG_a/OUT/2018, revalidado anualmente



JOÃO DE SOUSA
COORDENADOR DA UNIDADE DE ELETROFISIOLOGIA E PACING
DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CHULN. FMUL

Novos desafios em Arritmologia

Arritmologia tem uma expressão transversal no campo da Cardiologia, pois, a maioria das doenças cardíacas estruturais expressam alterações do ritmo cardíaco ao longo da sua história natural. Além disso, muitas disritmias ocorrem como fenómenos puramente elétricos, sem substrato orgânico demonstrável pelos métodos diagnósticos de imagem.

Com o progressivo envelhecimento da população no mundo ocidental, tem-se verificado um constante aumento da prevalência das doenças do ritmo cardíaco. Tomemos apenas como exemplo as bradiarritmias por degenerescência do sistema de condução dos idosos, com necessidade de implantação de sistemas de *pacemaker*, ou a incidência crescente e exponencial de fibrilhação auricular, muitas vezes com indicação para terapêutica de ablação invasiva.

Compreende-se, assim, que as unidades de Arritmologia tenham tido recentemente um significativo desenvolvimento, concentrando grande percentagem dos recursos humanos e materiais dos serviços de Cardiologia hospitalares.

Neste artigo, iremos focar-nos nos novos desafios da Arritmologia, nomeadamente no que respeita à sua deteção e diagnóstico, à terapêutica de ablação de taquiarritmias e aos dispositivos implantáveis.

Novos desafios no diagnóstico

A monitorização eletrocardiográfica durante a ocorrência de sintomatologia permite habitualmente identificar o diagnóstico da disritmia e

estabelecer um plano terapêutico eficaz. No entanto, frequentemente, as arritmias ocorrem de modo esporádico e aleatório.

Os registadores de eventos são aparelhos de muito reduzidas dimensões, implantados no tecido subcutâneo, que permitem o registo eletrocardiográfico automático (ou manual, pelo doente) durante um episódio sintomático. Este registo poderá ser depois transmitido e partilhado via Internet. Permitem, assim, o diagnóstico de sintomatologia não esclarecida, por exemplo, palpitações, tonturas ou perda de conhecimento. Vários estudos de custo-eficácia justificam uma

Nesta época de pandemia covid-19, a monitorização remota de dispositivos implantados (nomeadamente, *pacemakers* e desfibrilhadores) tornou-se uma ferramenta fundamental para permitir a sua avaliação à distância, via internet.

expansão significativa na sua utilização.

O desenvolvimento dos *“smart-watch”*, com a incorporação de sensores que avaliam a frequência cardíaca e algoritmos para o diagnóstico de alterações do ritmo (nomeadamente no caso da fibrilhação auricular), levam a que a deteção de episódios de disritmia esteja cada vez mais generalizada na população, fruto da massificação da utilização destes dispositivos. É cada vez mais frequente a solicitação por parte dos doentes

para analisar este tipo de registos auto-obtidos, levantando muitas vezes a questão de como gerir todo este fluxo de informação.

Nesta época de pandemia covid-19, a monitorização remota de dispositivos implantados (nomeadamente, *pacemakers* e desfibrilhadores) tornou-se uma ferramenta fundamental para permitir a sua avaliação à distância, via internet, evitando assim a deslocação dos doentes aos centros hospitalares. Estes sistemas, além da avaliação do funcionamento e da bateria dos dispositivos, já incorporam também algoritmos diagnósticos (incluindo, por exemplo, a carga arritmica, a frequência cardíaca, a percentagem de atividade diária, a impedância torácica ou o grau decúbito noturno), os quais permitem a deteção ou predição antecipada de eventuais descompensações cardíacas, nomeadamente no caso da insuficiência cardíaca, possibilitando, assim, intervenção terapêutica mais precoce e evitando a necessidade de internamento hospitalar.

Estes avanços no diagnóstico não invasivo das disritmias vão implicar uma mudança significativa de paradigma de atuação das equipas médicas de arritmologia, nomeadamente com necessidade de monitorizar, numa base diária, a sua população de doentes (do ponto de vista informático) e, em caso de necessidade, estabelecer um contacto personalizado.

Novos desafios na ablação por cateter

A ablação por cateter consiste na destruição do foco de origem ou de porção crítica do circuito de taquiarritmias. Trata-se frequentemente de uma terapêutica curativa, sobretudo nas disritmias que ocorrem na ausência de cardiopatia estrutural, que é o caso, por exemplo, das taquicardias paroxísticas supraventriculares. Devido à sua enorme prevalência, a

ablação da fibrilhação auricular, através do isolamento das veias pulmonares (onde estão localizados os focos iniciadores desta disritmia), é a patologia mais frequente nos laboratórios de eletrofisiologia.

Os desafios atuais são a pesquisa de fontes de energia mais simples e eficazes. Classicamente, tem sido utilizada a energia de radiofrequência, com aplicação de lesões seccionais ponto-a-ponto, um procedimento moroso e tecnicamente difícil. Recentemente, foram desenvolvidos sistemas capazes de efetuar a ablação apenas com uma aplicação de energia, as chamadas técnicas de *“single-shot”*, com diversas formas de energia e de cateteres, nomeadamente a crioblação, a energia laser ou a eletroporação (uma modificação do choque elétrico clássico), algumas ainda em fase de investigação, mas com excelentes resultados em termos de eficácia e segurança.

As arritmias no contexto de cardiopatia estrutural ocorrem devido à presença de substratos complexos, com zonas de fibrose ou de cicatriz miocárdica, quer na aurícula (por exemplo, no flutter auricular atípico) como no ventrículo (caso das taquicardias ventriculares), levando à criação de complexos circuitos de reentrada. A ablação eficaz exige frequentemente o recurso a métodos de imagem sofisticada, nomeadamente a ressonância magnética cardíaca (para identificação de áreas de fibrose ou necrose) e sua integração no Laboratório de Eletrofisiologia com sistemas de mapeamento computadorizados.

Estes sistemas de mapeamento, através de cateteres multipolares, permitem o registo de alta-

-densidade, com o esclarecimento da sequência da ativação elétrica dos impulsos e a avaliação da amplitude dos eletrogramas locais, levando, assim, à identificação de canais de condução anormal que sustentam as disritmias. A ablação seletiva destes canais será, assim, potencialmente curativa. A ablação com aplicação de radioterapia localizada em doentes com taquicardia ven-

Os múltiplos desenvolvimentos recentes na área da Arritmologia apontam para um diagnóstico mais preciso e para uma maior eficácia e segurança na terapêutica das disritmias.

tricular tem também sido investigada com sucesso assinalável. A partir da identificação do circuito da disritmia, torna-se possível a sua ablação *“não-invasiva”*, com destruição limitada do tecido miocárdico responsável pela disritmia, sem efeitos colaterais significativos.

Novos desafios em dispositivos implantáveis

A inovação tecnológica tem sido assinalável na área dos dispositivos implantáveis. O *“pacing”* cardíaco é terapêutica de eficácia estabelecida há décadas. No entanto, a estimulação artificial do ventrículo direito origina assincronismo da contração cardíaca, o que poderá levar a quadros de insuficiência cardíaca em alguns doentes.

Embora ainda tecnicamente complexa, a estimulação seletiva do sistema de condução (quer do feixe de His como do seu ramo esquerdo) previne esta complicação. Em alguns casos, permite, inclusivamente, normalizar perturbações da condução e *“ressincronizar”* a ativação biventricular. Encontram-se em fase de desenvolvimento *“ferramentas”*, nomeadamente eletrocateres e cateteres-guia, que irão permitir a utilização generalizada desta técnica.

Por outro lado, a utilização de eletrocateres intravasculares associa-se, a longo prazo, a potenciais complicações (nomeadamente, situação de fraturas ou de infeção). Assim, foram desenvolvidos sistemas de estimulação cardíaca sem eletrodo, nomeadamente a implantação de *“pacemakers”* *“cápsula”* fixados no endocárdio do ventrículo direito, assim como sistemas de desfibrilhação (gerador e eletrodo) apenas de localização subcutânea, ou de sistemas de ressincronização cardíaca com comunicação *“wireless”* entre o gerador e um eletrodo colocado no ventrículo esquerdo.

Em conclusão, os múltiplos desenvolvimentos recentes na área da Arritmologia apontam para um diagnóstico mais preciso e para uma maior eficácia e segurança na terapêutica das disritmias.



Intervenção estrutural e inovação em tempos desafiantes

EDUARDO INFANTE DE OLIVEIRA
CARDIOLOGISTA DE INTERVENÇÃO DO CHULN. CAML

Após um ano de desafios imprevisíveis, seria impossível abordar a intervenção estrutural no Novas Fronteiras 2021 sem o enquadramento das restrições pandémicas. Na primeira vaga covid-19, a intervenção estrutural foi considerada por muitos centros e sociedades científicas como não prioritária. O impacto na acessibilidade e volume de procedimentos foi imediata e só mais tarde foi possível compreender as consequências clínicas desta estratégia.

Neste contexto, convidámos Christoph Ryffel, cardiologista do Hospital Universitário de Berna, que publicou em setembro de 2020 um estudo que comparou estratégias de diferimento versus intervenção acelerada na estenose aórtica grave sintomática em tempo de pandemia.

Apesar de se tratar de um estudo de pequenas dimensões e com um curto período de seguimento, foi possível associar o diferimento terapêutico a um aumento significativo do risco de hospitalização e agravamento do estado funcional (*Mortality, Stroke, and Hospitalization Associated With Deferred vs Expedited Aortic Valve Replacement in Patients Referred for Symptomatic Severe Aortic Stenosis During the Covid-19 Pandemic. JAMA Netw Open. 2020*).

Outras séries apontaram para um aumento da taxa de mortalidade e de procedimentos urgentes. Neste contexto, foram desenvolvidas estratégias de tratamento expedito, com alta precoce, facilitando a acessibilidade terapêutica, reduzindo o consumo de recursos e mitigando o risco de exposição infecciosa.

Chandan Devireddy, cardiologista de in-

tervenção do Emory University Hospital, em Atlanta, apresentará a sua estratégia de TAVI com alta no próprio dia (*Safety of same-day discharge after uncomplicated, minimalist transcatheter aortic valve replacement in the Covid-19 era. Catheter Cardiovasc Interv. 2020*). Esta é uma estratégia aplicável particularmente

Este novo mundo digital veio seguramente para ficar, permitindo um tratamento mais global dos doentes. Contudo, em termos de formação e treino, ainda temos muito caminho para desbravar.

a doentes TAVI de baixo risco e boa capacidade funcional e, portanto, não transponível para a maioria dos doentes que atualmente tratamos. Contudo, não deixa de ser um bom exemplo de como podemos otimizar e simplificar processos e de como podemos evoluir positivamente em tempos de crise.

Ainda no contexto da doença aórtica, abordamos a associação da doença coronária com a estenose aórtica grave sintomática. Este é um problema comum e que levanta dificuldades na definição da estratégia terapêutica e que não está claramente contemplada nas recomendações das principais sociedades científicas.

Simon Redwood, cardiologista de intervenção do Hospital King's College, em Londres, discutirá esta temática à luz dos resultados do

estudo ACTIVATION (*Redwood S. The percutaneous coronary intervention prior to transcatheter aortic valve implantation trial: ACTIVATION. Presented at: PCR Valves 2020. November 22, 2020*). Este ensaio incluiu 17 centros europeus e selecionou doentes pré-TAVI com pelo menos uma estenose coronária significativa em segmento relevante. Os doentes foram aleatorizados para TAVI com ou sem revascularização percutânea. Importa referir que foram excluídos doentes com síndrome coronária aguda recente, doença do tronco comum e angina classe III-IV.

Num universo de 235 doentes, seguidos durante 12 meses, não se encontraram diferenças significativas relativamente a morte e rehospitalização (objetivo primário composto), mas denotou-se um aumento do risco de hemorragia major associada à angioplastia coronária. O estudo sugere que a estratégia conservadora, relativamente à doença coronária, poderá simplificar a gestão dos doentes TAVI, reduzindo o risco de complicações hemorrágicas e sem aparente compromisso do ponto de vista de eventos cardiovasculares. Importará analisar com detalhe as nuances do estudo, perceber se a dimensão e duração do seguimento tinham poder significativo e se os objetivos de eficácia seriam realistas para um grupo de doentes com doença crónica estável.

Contudo, este ensaio irá seguramente impactar na prática clínica e é natural que passemos a ter uma atitude mais conservadora na revascularização coronária dos doentes TAVI. Provavelmente, passaremos a tratar seletivamente lesões de elevado risco e as restantes serão abordadas pós-TAVI, de acordo com a evolução clínica. Neste contexto, passará a ser ainda mais relevante preservar o acesso às coronárias pós-TAVI.

Para este importante tópico convidámos Giuseppe Tarantini, presidente da GISE (So-

cietà Italiana di Cardiologia Interventistica) e chair do Comité de Documentos Científicos da EAPCI (European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions). Por fim, convidámos Dariusz Dudek, presidente da EAPCI, para uma conferência sobre a campanha Valve for Life.

Esta importante iniciativa da EAPCI foi lançada na Europa, em 2015, com a missão de melhorar o acesso à terapia valvular. Especificamente, ela visa identificar e corrigir iniquidades entre países, melhorar os padrões educacionais, aumentando a consciência sobre a importância da doença cardíaca valvular e reduzir os obstáculos à referência e implementação terapêutica. Portugal integra oficialmente esta iniciativa desde 2017. Será certamente interessante ouvir o presidente da EAPCI e perceber o impacto da pandemia no acesso à terapia valvular na Europa e conhecer as estratégias de mitigação a implementar.

À semelhança do panorama global, também no nosso centro houve uma suspensão quase total da atividade estrutural em março/abril de 2020, mas com uma retoma progressiva ao longo do ano, o que permitiu igualar (ex. TAVI), e em alguns casos mesmo superar, a atividade

efetuada em 2019. Este foi o caso de procedimentos como o encerramento de FOP e CIA, em que verificámos um aumento de cerca de 20% da nossa atividade. Tratando-se maioritariamente de procedimentos de ambulatório, com internamentos inferiores a 24 horas, que minimizam o contacto e o risco de infeção, foi possível manter a segurança e a confiança dos doentes numa época tão complexa.

Mais, sendo a referência de doentes um passo limitante, em grande parte devido ao menor número de consultas presenciais, quer nos



Ana Rita G. Francisco e João Silva Marques



Eduardo Infante de Oliveira, Cláudia Jorge e Miguel Menezes



Pedro Carrilho Ferreira

cuidados de saúde primários quer em âmbito hospitalar, foi possível, através de meios digitais, manter a referência e a discussão de casos complexos com colegas de outros hospitais e serviços.

Este novo mundo digital veio seguramente para ficar, permitindo um tratamento mais global dos doentes. Contudo, em termos de formação e treino, ainda temos muito caminho para desbravar. É necessário redefinir novas estratégias e modelos de formação, para suprir a necessidade de treino, muitas vezes à distância, fora do ambiente hospitalar clássico. Em colaboração estreita com a FMUL, contando com o novo Centro de Simulação localizado no edifício Reynaldo dos Santos, estão a ser desenvolvidos cursos pré e pós-graduados em Cardiologia de Intervenção.

Outro foco no domínio da inovação tem sido utilizar as possibilidades da impressão 3D e aplicá-las à Cardiologia de Intervenção. A impressão 3D permite obter estruturas anatómicas físicas que possibilitam um melhor planeamento de intervenções com implantação de próteses percutâneas mas permite também criar simuladores de intervenção realistas para atividades formativas e de investigação. Contando com uma equipa jovem e brilhante – Ana Rita Francisco, Cláudia Jorge, João Silva Marques, Miguel Menezes e Pedro Carrilho Ferreira –, a nossa unidade terá seguramente um futuro promissor, garantindo a qualidade assistencial, a introdução de terapias inovadoras e do ensino/treino diferenciado.



Novos desafios na abordagem integrada da insuficiência cardíaca

DULCE BRITO

COORDENADORA DO INTERNAMENTO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA
NO HOSPITAL DE SANTA MARIA (CHULN)

Os progressivos avanços no diagnóstico e terapêutica na área cardiovascular conduziram, inevitavelmente, ao aumento crescente da prevalência da insuficiência cardíaca (IC), mas, em simultâneo, também fomentaram o rápido desenvolvimento de novas ferramentas e de terapêuticas para controlar a morbilidade e a mortalidade associadas à síndrome.

O doente com IC é complexo, variado nas suas causas, fenótipos e prognóstico. A sua abordagem é necessariamente multidisciplinar, quer no contexto agudo, quer no crónico, exigindo o saber e a aplicação das múltiplas disciplinas dentro e fora da Cardiologia, numa integração ordenada de cuidados ao longo da vida.

Os últimos anos – incluindo aquele que acabámos de viver – foram particularmente pródigos em termos de avanços terapêuticos na área da IC, nomeadamente farmacológicos⁽¹⁾. Em simultâneo, a par de múltiplos estudos de intervenção terapêutica com benefícios evidentes em alguns fenótipos da síndrome, adquiriram-se novos conhecimentos nas áreas da imagem, dos biomarcadores, da genética e da modulação neuro-hormonal e neurovegetativa, permitindo uma melhor estratificação de risco e aplicação de terapêuticas dirigidas a subgrupos específicos de doentes⁽¹⁾.

O ano de 2020 foi também o ano da pandemia da SARS-CoV-2, com efeitos diretos e indiretos nos doentes com IC, incluindo o desafio imposto à necessidade do seu tratamento, seguimento e reabilitação⁽²⁾.

Na edição 2021 do “Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular”, abordamos três temas fundamentais na área da IC, dentro de muitos outros possíveis: a telemonitorização no doente com IC crónica, a terapêutica da IC com fração de ejeção reduzida e a área das comorbilidades.

O doente com IC é complexo, variado nas suas causas, fenótipos e prognóstico. A sua abordagem é necessariamente multidisciplinar, quer no contexto agudo, quer no crónico, exigindo o saber e a aplicação das múltiplas disciplinas dentro e fora da Cardiologia, numa integração ordenada de cuidados ao longo da vida.

Qualquer das temáticas é, atualmente, central na gestão desta patologia: a primeira, em franco desenvolvimento, pelo grande potencial associado às tecnologias de comunicação, podendo permitir soluções adicionais de vigilância e controlo dos doentes em diversos contextos⁽³⁾, com eventual benefício prognóstico; a segunda, porque implica a gestão criteriosa de vários fármacos, todos eles necessários e complementares⁽⁴⁾,

e a terceira, porque as comorbilidades têm impacto na apresentação clínica, no tratamento e no prognóstico dos doentes que vivem com insuficiência cardíaca⁽⁵⁾.

Referências:

1. Bueno H, Moura B, Lancellotti P, Bauersachs J. The year in cardiovascular medicine 2020: heart failure and cardiomyopathies. *Eur Heart J.* (2021) 00, 1–14.
2. Zhang Y, Coats AJS, Zheng Z, et al. Management of heart failure patients with COVID-19: a joint position paper of the Chinese Heart Failure Association & National Heart Failure Committee and the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2020;22:941–956.
3. Abraham WT, Fiuzat M, Psotka MA, O'Connor CM. Heart failure collaborative statement on remote monitoring and social distancing in the landscape of COVID-19. *JACC Heart Failure* 2020;8:692–694.
4. Maddox TM, Januzzi JL, Allen LA, et al. 2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2021 Feb, 77 (6) 772–810.
5. Aimo A, Barison A, Castiglione V, Emdin M. The unbearable underreporting of comorbidities in heart failure clinical trials. *Eur J Heart Fail.* 2020;22:1043–1044.

NOW CE MARKED FOR 1-MONTH DAPT IN HIGH BLEEDING RISK PATIENTS



Resolute Onyx™ DES

SEE THE DATA

Based on Onyx ONE
Global Study* results

* PART OF THE ONYX ONE MONTH DAPT PROGRAM

The most robust clinical program studying 2700** highly complex HBR patients with 1-month DAPT

** Combines Onyx ONE Global Study patients (N = 1996) and Onyx ONE Clear Study patients (N = 752).

CE
2797

UC202104572EE © Medtronic 2021. All rights reserved.

Medtronic



Telemonitorização como complemento no seguimento de doentes com IC

AFONSO NUNES FERREIRA
INTERNO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM CARDIOLOGIA DO CHULN

Na última década, temos testemunhado o crescimento exponencial da telemedicina, permitindo a monitorização à distância de inúmeros dados fisiológicos. Atualmente, existem 3 estratégias para monitorizar os dados dos doentes: contacto telefónico, uma forma intuitiva onde o doente mede diversos parâmetros (ex: pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigénio) e os dados são enviados para o médico pela internet e, por último, uma forma automática, habitualmente em doentes com dispositivo cardíaco implantado (ex: CDI, CRT), e na qual os dados são transferidos automaticamente para o médico, não necessitando o doente de os adquirir ativamente.

Estas estratégias pretendem diagnosticar uma possível descompensação de insuficiência cardíaca na fase pré-sintomática, de forma a possibilitar a otimização da terapêutica médica e evitar uma hospitalização.

A nossa experiência em monitorização remota de doentes com IC prende-se com um subgrupo particular de doentes com fração de ejeção reduzida (< 40%) e com hospitalizações nos 12 meses prévios à sua inclusão no programa de seguimento, em risco elevado de novas descompensações. Desta forma, facultamos aos doentes mais vulneráveis uma maior e personalizada vigilância clínica 24 h/dia, 7 dias/semana. Com a medição de tensão arterial, frequência cardíaca, peso, saturação periférica de oxigénio, temperatura, bioimpedância e eletrocardiograma, tem sido possível diminuir a taxa de hospitalizações e mortalidade por qualquer

causa em 73% quando comparado com o tratamento *standard* dos doentes com IC⁽¹⁾.

Adicionalmente, temos verificado uma redução do número de dias perdidos por hospitalizações ou morte precoce, com um benefício preponderante da telemonitorização. Num

A nossa experiência em monitorização remota de doentes com IC prende-se com um subgrupo particular de doentes com fração de ejeção reduzida (< 40%) e com hospitalizações nos 12 meses prévios à sua inclusão no programa de seguimento, em risco elevado de novas descompensações.

ano, um doente com acompanhamento por telemonitorização perde, em média, 5,6 dias por admissões hospitalares/morte precoce, um número significativamente menor quando comparado com 48,8 dias no seguimento *standard* ou 12,4 dias num programa de seguimento clínico específico de doentes com IC (protocolo RICA_{HF} Team⁽²⁾).

Quando analisámos quais os parâmetros mais frequentemente alterados e que condicionavam alertas clínicos, verificámos que alterações relacionadas com a frequência cardíaca e com a pressão arterial sistólica e diastólica acompanhavam

estes alertas clínicos, mesmo antes da alteração do peso ou do aparecimento de sintomas dos doentes. Com este diagnóstico atempado dos sinais pré-clínicos de adaptação autónoma, a monitorização remota possibilita ganhar tempo. Ganhar tempo para otimizar a terapêutica médica do doente e evitar hospitalizações.

Na atual pandemia SARS-CoV-2, resultados preliminares do nosso programa apontam para uma redução do número de dias perdidos por hospitalizações ou morte precoce dos doentes em telemonitorização em relação ao seguimento usual. Por outras palavras, os doentes seguidos com telemonitorização necessitaram de se deslocar menos frequentemente ao hospital para manterem o controlo sintomático da IC.

Por fim, com base na nossa experiência em telemonitorização, esta deve ser um complemento ao seguimento do doente num programa estruturado de insuficiência cardíaca, com consultas presenciais agendadas e otimização terapêutica de acordo com a melhor prática clínica e um complemento à educação do doente para a sua doença. Desta forma, doente e equipa clínica trabalham juntos no controlo da IC.

Referências:

1. Nunes-Ferreira A, Agostinho JR, Rigueira J, et al. *Non-invasive telemonitoring improves outcomes in heart failure with reduced ejection fraction: a study in high-risk patients. ESC Heart Fail. 2020. doi:10.1002/ehf2.12999.*
2. Agostinho JR, Gonçalves I, Rigueira J, et al. *Protocol-based follow-up program for heart failure patients: Impact on prognosis and quality of life. Rev Port Cardiol. 2019;38(11):755-764. doi:10.1016/j.repc.2019.03.006.*

Telemonitorização na Doença Crónica.

Telehealth with a human touch.



O programa de telemonitorização de doentes crónicos pode ajudá-lo a supervisionar de forma eficaz e eficiente o acompanhamento de doentes crónicos (doença pulmonar obstrutiva crónica; insuficiência cardíaca). Os nossos programas personalizados de telemonitorização são desenhados especificamente para manter os doentes no conforto das suas próprias casas.*

Linde Saúde
Av. Infante D. Henrique Lotes 21-24,
1800-217 Lisboa, Portugal
www.lindesaude.pt
linde.homecare@linde.com

*em comparação com o seguimento normal.

Através da nossa equipa de profissionais de saúde multidisciplinar e técnicos de apoio domiciliário, os doentes e os seus médicos ficam tranquilizados durante as diferentes fases do programa.

A nossa experiência em cuidados de saúde ao domicílio - mais de 1,8 milhões de doentes recebem terapias domiciliárias em todo o mundo - permite posicionar a Linde Saúde como parceiro ideal para co-criar um programa de telessaúde especificamente para as necessidades dos seus doentes.

Se quiser saber mais sobre os nossos programas, visite-nos aqui:



<http://bit.ly/lindetelessaude>



RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE SEGUIMENTO

A otimização da terapêutica fundamental na IC com fração de ejeção reduzida

JOÃO AGOSTINHO
ASSISTENTE HOSPITALAR DE CARDIOLOGIA DO CHULN

O programa de seguimento de doentes com insuficiência cardíaca após alta hospitalar RICA_{HFTeam} caracteriza-se por consultas ao 7.º-10.º dia e 1.º, 3.º, 6.º e 12.º meses após alta hospitalar, com objetivos e procedimentos predefinidos. Sempre que considerado necessário, são ainda realizadas consultas de titulação terapêutica (habitualmente, a cada 2 a 3 semanas). Este programa teve um impacto marcado no prognóstico dos primeiros 50 doentes incluídos, associando-se a redução na taxa de internamentos por qualquer causa (de 60 para 26%) e de internamentos por insuficiência cardíaca (de 36 para 26%) e na taxa de mortalidade (de 20 para 4%), durante o primeiro ano de seguimento.

Estes resultados relacionaram-se não só com o caráter intensivo deste programa e a sua capacidade de detetar e tratar precocemente descompensações e de identificar e corrigir problemas psicossociais, mas também com a sua eficácia na titulação de terapêutica antagonista neuro-hormonal. Considerando os doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) presentes neste grupo de 50 doentes, todos se encontravam medicados com inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA) ou antagonista do recetor da angiotensina II (ARA II), dos quais 2 com inibidor da neprilisina e do recetor da angiotensina (ARNI), 95,3% com betabloqueante (BB) e 79,1% com antagonista do recetor dos mineralocorticóides (ARM) após 1 ano de seguimento.

Apesar disto, estes resultados remetem-se aos anos de 2016 e 2017. Nessa fase, a terapêutica fundamental da ICFER consistia em IECA ou ARA II e BB e, caso o doente se mantivesse sintomático, ARM e sacubitril/valsartan (ainda a aguardar participação), em substituição do IECA ou ARA II. Desde então, a terapêutica fundamental da ICFER evoluiu, sendo atualmente composta por BB, ARNI (que pode ser prescrito em doentes previamente não medicados com IECA ou ARA II),

ARM e inibidores do cotransportador de sódio e glucose 2 (iSGLT2). Atualmente, todas estas classes farmacológicas detêm aprovação e comparticipação para utilização em doentes com ICFER.

Concomitantemente, o número de doentes incluídos no programa RICA_{HFTeam} aumentou, encontrando-se atualmente em seguimento 164 doentes com ICFER (o que representa cerca de 1/3 do total de 532 doentes em seguimento em Consulta de Insuficiência Cardíaca no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte). Estes doentes apresentam idade média de 65,5 anos, são na sua maioria do sexo masculino (74%) e, aquando da inclusão no programa, apresentavam mediana da fração de ejeção de 26% e do NTproBNP de 2132pg/mL e encontravam-se predominantemente em classe funcional II (53%) e III (39%) da New York Heart Association (NYHA).

Relativamente à otimização da terapêutica fundamental da ICFER, especificamente no que concerne à utilização de BB, 70,7% dos doentes encontravam-se medicados com BB aquando da inclusão no programa, sendo que, durante o seguimento, esta taxa aumenta para os 97%. Sessenta e cinco doentes (41%) encontram-se medicados com doses alvo de BB. As principais razões para que nem todos os doentes se encontrem medicados com doses alvo de BB são o facto de alguns doentes se encontrarem ainda em fase de titulação da terapêutica (à data da redação deste artigo, 32,7% da população total encontra-se nesta fase) e impossibilidade de titulação por pressão arterial (19 doentes) e frequência cardíaca baixa (12 doentes).

No que concerne à utilização de ARM, 47% dos doentes encontrava-se já medicado com esta classe farmacológica e, após seguimento no programa RICA_{HFTeam}, esta taxa sobe para os 89%. Destes, 82% encontram-se medicados com doses alvo de ARM. Dez doentes não se encontram medicados com ARM por se encontrarem em fase de titulação e 4 porque a função renal não o permite.

Por outro lado, as principais razões que motivam a não utilização de doses alvo de ARM são o facto de alguns doentes se encontrarem em fase de titulação (10 doentes) e limitações à titulação por hipercalemia (10 doentes).

Relativamente aos inibidores do sistema renina angiotensina, que atualmente incluem os IECA, ARA II e o ARNI sacubitril/valsartan, 82,3% dos doentes encontravam-se medicados com estes fármacos aquando da inclusão e 98,8% após seguimento no programa. Destes, 64% encontram-se medicados com ARNI. Quarenta por cento dos doentes medicados com sacubitril/valsartan encontram-se a tomar a dose intermédia e 36% a dose alvo. Mais uma vez, a principal razão para a não prescrição de ARNI é o facto de 18 doentes (30,5%) se encontrarem em fase de titulação. Os restantes motivos para a não prescrição de ANRI são a impossibilidade económica (16 doentes), a limitação por pressão arterial baixa (10 doentes) e a melhoria da fração de ejeção do ventrículo esquerdo previamente à introdução do fármaco (8 doentes).

Já os principais fatores que impedem a utilização de dose alvo de sacubitril/valsartan são a impossibilidade de titulação por pressão arterial baixa (31 doentes) e o facto de 28 doentes (41%) se encontrarem em fase de titulação. Em cerca de 3/4 dos doentes o sacubitril/valsartan foi iniciado em ambulatório e nos restantes doentes em internamento. Catorze por cento dos doentes não se encontravam medicados com IECA ou ARA II previamente ao início de sacubitril/valsartan. Na maioria dos casos (74,5%) o fármaco foi iniciado na dose baixa e nos restantes na dose intermédia.

Por fim, a taxa de prescrição de iSGLT2 nos doentes em seguimento no programa tem vindo a aumentar. Considerando os doentes com diabetes (37,8%), a grande maioria (80,6%) já se encontra

(Continua na pág. 49)

NEPARVIS[®]

Sacubitril/Valsartan **2 cp./dia**

TEMPO é VIDA¹

Escolha MAIS para os seus doentes^{2,3}



Referências:

- 1- Gouveia M *et al.*; ESC Heart Fail. 2019. DOI:10.1002/ehf2.12399;
- 2- McMurray JJ, *et al.* N Engl J Med. 2014 Sep 11;371(11):993-1004;
- 3- Desai AS, *et al.* Eur Heart J. 2015;36(30):1990-7.



▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.

Nota Importante: Antes de prescrever consulte o Resumo das Características do Medicamento. **APRESENTAÇÃO:** Neparvis 24 mg/26 mg: Cada comprimido revestido por película contém 24,3 mg de sacubitril e 25,7 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). Neparvis 49 mg/51 mg: Cada comprimido revestido por película contém 48,6 mg de sacubitril e 51,4 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). Neparvis 97 mg/103 mg: Cada comprimido revestido por película contém 97,2 mg de sacubitril e 102,8 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Neparvis está indicado em doentes adultos para o tratamento da insuficiência cardíaca crónica sintomática com fração de ejeção reduzida. **POSOLOGIA/MODO DE ADMINISTRAÇÃO. Adultos:** Em doentes que se encontram atualmente a tomar um Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) ou um Antagonista dos Recetores da Angiotensina (ARA), a dose inicial recomendada de Neparvis é um comprimido de 49 mg/51 mg duas vezes por dia. A dose deve ser duplicada a cada 2–4 semanas até à dose máxima que se pretende atingir e que é de um comprimido de 97 mg/103 mg duas vezes por dia, de acordo com o tolerado pelo doente. Se os doentes apresentarem problemas de tolerabilidade (Pressão Arterial Sistólica (PAS) <95 mmHg, hipotensão sintomática, hipercaliemia, disfunção renal), é recomendada ajuste posológico da medicação concomitante, redução temporária da dose ou descontinuação de Neparvis. Em doentes que não se encontram atualmente a tomar um inibidor da IECA ou um ARA ou a tomar doses baixas destes medicamentos, é recomendada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia e titulação lenta da dose (duplicação a cada 3–4 semanas). O tratamento não deve ser iniciado em doentes com níveis de potássio sérico >5,4 mmol/l ou com PAS <100 mmHg. Para doentes com PAS entre 100 e 110 mmHg, deve ser considerada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. Neparvis pode ser tomado com ou sem alimentos. **Doentes idosos:** A dose deve ser ajustada de acordo com a função renal do doente idoso. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Neparvis em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Compromisso renal:** Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso renal ligeiro (Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) 60–90 ml/min/1,73 m²). Deve ser considerada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia para doentes com compromisso renal moderado (TFGe 30–60 ml/min/1,73 m²). Como a experiência clínica em doentes com compromisso renal grave (TFGe <30 ml/min/1,73 m²) é muito limitada, Neparvis deve ser utilizado com precaução e recomenda-se uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. Não existe experiência em doentes com doença renal terminal e a utilização de Neparvis não é recomendada nesta população de doentes. **Compromisso hepático:** Não é necessário ajuste posológico quando se utilizar Neparvis em doentes com compromisso hepático ligeiro (Child-Pugh A). A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado (Child-Pugh B) ou com valores de AST/ALT duas vezes superiores ao limite superior normal é limitada. Neparvis deve ser utilizado com precaução nestes doentes e a dose inicial recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (Child-Pugh B) é de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. Neparvis está contraindicado em doentes com compromisso hepático grave, cirrose biliar ou colestase (Child-Pugh C). **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Uso concomitante com IECA. Neparvis não deve ser administrado até 36 horas após a descontinuação da terapêutica com um IECA. História conhecida de angioedema relacionado com a terapêutica com IECA ou ARA. Angioedema hereditário ou idiopático. Uso concomitante com medicamentos contendo aliscireno em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe <60 ml/min/1,73 m²). Compromisso hepático grave, cirrose biliar e colestase. Segundo e terceiro trimestres de gravidez. **ADVERTÊNCIAS/PRECAUÇÕES: Duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA):** A associação de Neparvis com um IECA é contraindicada devido ao aumento de risco de angioedema. Neparvis não deve ser iniciado até 36 horas após a última dose da terapêutica com um IECA. Se o tratamento com Neparvis for interrompido, a terapêutica com um IECA não deve ser iniciada até 36 horas após a última dose de Neparvis. A associação de Neparvis com inibidores diretos da renina, como o aliscireno, não é recomendada. A associação de Neparvis com medicamentos contendo aliscireno é contraindicada em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe <60 ml/min/1,73 m²). Neparvis contém valsartan e, portanto, não deve ser coadministrado com outro medicamento contendo um ARA. **Hipotensão:** O tratamento com Neparvis só deve ser iniciado se a PAS for ≥100 mmHg. Os doentes com PAS <100 mmHg não foram estudados. Durante os estudos clínicos foram notificados casos de hipotensão sintomática em doentes tratados com Neparvis, especialmente em doentes com idade ≥65 anos, doentes com doença renal e doentes com PAS baixa (<112 mmHg). Quando se iniciar a terapêutica ou durante o ajuste da dose com Neparvis, a pressão arterial deve ser monitorizada por rotina. Se ocorrer hipotensão, recomenda-se a redução temporária da dose ou a descontinuação de Neparvis. Deve ser considerado o ajuste posológico de diuréticos e anti hipertensivos utilizados concomitantemente e o tratamento de outras causas de hipotensão (ex. hipovolemia). É mais provável que ocorra hipotensão sintomática se o doente apresentar depleção de volume p. ex. por terapêutica diurética, restrição dietética de sal ou vômitos. A depleção de volume e/ou de sódio deve ser corrigida antes do início do tratamento com Neparvis. No entanto, tal ação corretiva deve ser cuidadosamente ponderada comparativamente ao risco de sobrecarga de volume. **Compromisso renal:** A avaliação dos doentes com insuficiência cardíaca deve incluir sempre à avaliação da função renal. Os doentes com compromisso renal ligeiro e moderado têm maior risco de desenvolver hipotensão. A experiência clínica em doentes com compromisso renal grave (TFGe <30 ml/min/1,73 m²) é muito limitada e estes doentes podem ter um maior risco de hipotensão. Não existe experiência em doentes com doença renal terminal e a utilização de Neparvis não é recomendada nesta população de doentes. **Agravamento da função renal:** A utilização de

Neparvis pode estar associada ao agravamento da função renal. O risco pode ser ainda aumentado por desidratação ou uso concomitante de AINE. Deve ser considerado o ajuste posológico para uma dose inferior em doentes que apresentem um declínio da função renal clinicamente significativo. **Hipercaliemia:** O tratamento com Neparvis não deve ser iniciado se o nível de potássio sérico for >5,4 mmol/l. A utilização de Neparvis pode estar associada a um risco aumentado de hipercaliemia. Porém, pode também ocorrer hipocaliemia. É recomendada a monitorização do potássio sérico, especialmente em doentes que apresentem fatores de risco tais como compromisso renal, diabetes mellitus ou hipoadosteronismo ou que têm uma dieta rica em potássio. Caso os doentes desenvolvam uma hipercaliemia clinicamente significativa, é recomendado o ajuste da medicação concomitante ou a redução temporária da dose ou a descontinuação de Neparvis. Se o nível de potássio sérico for >5,4 mmol/l deve ser considerada a descontinuação. **Angioedema:** Tem sido notificados casos de angioedema em doentes tratados com Neparvis. Se ocorrer angioedema, Neparvis deve ser imediatamente descontinuado e devem ser iniciados a terapêutica e o acompanhamento apropriados, até à resolução completa e sustentada dos sinais e sintomas apresentados. Nesses casos Neparvis não deve ser administrado novamente. Nos casos de angioedema confirmado onde o edema esteve confinado à face e lábios, a condição foi geralmente resolvida sem tratamento, embora a utilização de anti-histaminicos tenha sido útil no alívio dos sintomas. O angioedema associado a edema da laringe pode ser fatal. Quando houver envolvimento da língua, glote ou laringe com probabilidade de causar obstrução das vias aéreas, deve ser administrada, imediatamente, terapêutica apropriada, p. ex. solução de adrenalina 1 mg/1 ml (0,3–0,5 ml), e/ou medidas necessárias para garantir a desobstrução das vias aéreas. Doentes com antecedentes de angioedema não foram estudados. Uma vez que poderão apresentar um risco aumentado de desenvolver angioedema, Neparvis deve ser utilizado com precaução nesta população de doentes. Neparvis está contraindicado em doentes com história conhecida de angioedema relacionado com a terapêutica com um IECA ou ARA ou com angioedema hereditário ou idiopático. Doentes de raça negra têm suscetibilidade aumentada para desenvolver angioedema. **Doentes com estenose da artéria renal:** Em doentes com estenose unilateral ou bilateral da artéria renal, Neparvis pode aumentar a ureia sanguínea e os níveis de creatinina sérica. É necessária precaução na administração de Neparvis em doentes com estenose da artéria renal e é recomendada a monitorização da sua função renal. **Doentes com classe funcional NYHA IV:** Deve ter-se precaução quando se inicia Neparvis em doentes com classificação funcional NYHA IV devido à limitada experiência clínica nesta população. **Peptídeo natriurético tipo B (BNP):** O BNP não é um biomarcador adequado da insuficiência cardíaca em doentes tratados com Neparvis porque é um substrato da neprilinsina. **Doentes com compromisso hepático:** A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado (Child-Pugh B) ou com valores de AST/ALT duas vezes superiores ao limite superior normal é limitada. Nestes doentes, a exposição pode ser aumentada e a segurança não está estabelecida. Assim, recomenda-se precaução na utilização de Neparvis nesta população de doentes. Neparvis está contraindicado em doentes com compromisso hepático grave, cirrose biliar ou colestase (Child-Pugh C). **INTERAÇÕES: Utilização concomitante contraindicada:** o uso concomitante de Neparvis com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe <60 ml/min/1,73 m²). O uso concomitante de Neparvis com IECA é contraindicado. Neparvis não deve ser iniciado até 36 horas após a última dose da terapêutica com um IECA. A terapêutica com um IECA não deve ser iniciada até 36 horas após a última dose de Neparvis. **Utilização concomitante não recomendada:** com outros medicamentos contendo ARA. A associação de Neparvis com inibidores diretos da renina, como o aliscireno não é recomendada. **Utilização concomitante requerendo precauções:** Substratos OATP1B1 e OATP1B3 (ex. estatinas). Inibidores PDE5 incluindo sildenafil. Diuréticos poupadores de potássio (triamtereno, amilorida), antagonistas dos mineralocorticoides (ex. espironolactona, eplerenona), suplementos de potássio, substitutos do sal contendo potássio ou outros fármacos (tais como heparina). Anti-inflamatórios não esteroides (AINE), incluindo inibidores seletivos da ciclooxigenase-2 (inibidores COX-2). Lítio. Furosemida. Nitratos (ex. nitroglicerina), inibidores de OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (ex. rifampicina, ciclosporina), OAT1 (ex. tenofovir, cidofovir) ou MRP2 (ex. ritonavir). Metformina. **Sem interação significativa:** Digoxina, varfarina, hidroclorotiazida, amlodipina, omeprazol, carvedilol ou a associação de levonorgestrel/etinil estradiol. **GRAVIDEZ/ALEITAMENTO:** A utilização de Neparvis não é recomendada durante o primeiro trimestre de gravidez e é contraindicada durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez. Desconhece-se se Neparvis é excretado no leite humano. Devido ao risco potencial de reações adversas em recém-nascidos/lactentes, não é recomendado durante a amamentação. **EFEITOS INDESEJÁVEIS: Muito frequentes (≥1/10):** hipercaliemia, hipotensão, compromisso renal. **Frequentes (≥1/100, <1/10):** anemia, hipocaliemia, hipoglicemia, tonturas, cefaleias, síncope, vertigens, hipotensão ortostática, tosse, diarreia, náuseas, gastrite, insuficiência renal (insuficiência renal, insuficiência renal aguda), fadiga, astenia. **Pouco frequentes (≥1/1.000, <1/100):** hipersensibilidade, tonturas posturais, prurido, erupção cutânea, angioedema. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Novartis Europharm Limited. **REPRESENTANTE LOCAL:** SERVIER PORTUGAL – Especialidades Farmacéuticas, Lda. – Av. António Augusto de Aguiar, 128 – 1069–133 LISBOA – Telefone: 213122000 / Fax: 213122090/e-mail: servier.portugal@servier.com. **Escalação de participação:** B. A decisão de participação de Neparvis está condicionada à população elegível, nomeadamente: doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE ≤35%); doentes com sintomas de insuficiência cardíaca classe II ou III (NYHA), apesar de tratamento, há pelo menos 4 semanas, com IECA ou ARA em combinação com beta-bloqueante, associados a outros tratamentos recomendados como diuréticos e/ou antagonistas da aldosterona, se tolerados. O tratamento com Neparvis deve ser iniciado por médicos com experiência no tratamento de insuficiência cardíaca. Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. NEP_RCM20180430_IEC_v3. **RCM aprovado em Junho 2018. IECRCM 03.09.2018.**



(Continuação da pág. 46)

medicada com esta classe farmacológica, sendo que a taxa de prescrição destes fármacos tem vindo a aumentar neste subgrupo desde o segundo semestre de 2019. Paralelamente, nos doentes sem diabetes, e uma vez que esta classe farmacológica apenas se encontra aprovada para utilização na ICFER desde novembro de 2020, a taxa de prescrição destes fármacos neste subgrupo é, ainda, reduzida (23,5%), no entanto, esta taxa tem vindo a aumentar de forma exponencial nos últimos meses.

Apesar do aumento do tempo médio de seguimento dos doentes incluídos no programa (25 meses), estas elevadas taxas de prescrição das terapêuticas fundamentais na ICFER, mais uma vez, foram acompanhadas por melhoria clínica (41% dos doentes encontram-se em classe funcional I da NYHA e 51,4% em classe funcional II), ecocardiográfica (aumento da mediana da fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 26 para 34%) e laboratorial (redução da mediana de NTproBNP de 2132 para 999 pg/mL) significativas. A taxa de mortalidade dos doentes incluídos no programa é, atualmente, de 9,8%, o que representa a manutenção dos excelentes resultados observados com os primeiros 50 doentes incluídos (considerando o aumento do tempo de seguimento, a mortalidade estimada fixava-se nos 9,1%).

Analisando o impacto da utilização de todas as classes que constituem a terapêutica fundamental na ICFER independentemente das suas doses na mortalidade, verifica-se que os doentes medicados com todas as classes farmacológicas tendem a apresentar taxas de mortalidade significativamente mais baixas quando comparados com doentes medicados com qualquer uma das restantes combinações (1,9% vs 13,6%; Log-rank Mantel-Cox p=0.047).

Em conclusão, apesar do aumento do número de doentes e da maior complexidade da terapêutica fundamental da ICFER, o programa RICA^{HF} manteve as elevadas taxas de prescrição das

diferentes classes farmacológicas e reduzida taxa de mortalidade. Atualmente a otimização das terapêuticas fundamentais consiste principalmente em adicionar novas classes farmacológicas em doentes já em seguimento, no entanto, o número de casos com diagnóstico recente e sem terapêutica prévia vai aumentar e a otimização destes doentes será um novo desafio para as clínicas de insuficiência cardíaca e respetivos programas de seguimento. Dados preliminares do programa RICA^{HF} sugerem que o início de todas as classes farmacológicas que constituem a terapêutica fundamental da ICFER antes da titulação de cada classe pode ser mais benéfico no que toca a redução de mortalidade.



A abordagem da doença coronária

PEDRO CARDOSO

COORDENADOR INTERINO DA UNIDADE DE CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO JOAQUIM OLIVEIRA

O Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular de 2021, o XI, apresenta um vasto programa, abrangendo inúmeras áreas da medicina cardiovascular. Entre as áreas a debater, constará uma mesa e uma conferência dedicadas ao diagnóstico e tratamento da doença coronária crónica.

As últimas *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia, de 2019, focam-se na doença coronária crónica, por oposição às síndromes coronárias agudas, abandonando o conceito de doença coronária estável.

A doença coronária crónica é abordada de acordo com seis grandes grupos de apresentação clínica:

1. Doentes com suspeita de doença coronária e sintomas anginosos ou dispneia;
2. Doentes com insuficiência cardíaca ou disfunção ventricular esquerda de novo;
3. Doentes assintomáticos ou sintomáticos com sintomas estabilizados menos de 1 ano após síndrome coronária aguda ou revascularização recente;
4. Doentes assintomáticos ou sintomáticos após um ano do diagnóstico inicial ou de revascularização;
5. Doentes com angina e suspeita de vasoespasmismo ou doença microvascular;
6. Doentes assintomáticos com doença coronária detetada em triagem.

A nossa sessão irá focar-se nos doentes com angina e suspeita de vasoespasmismo ou doença microvascular.

Este é um tema muito atual, já que sabemos que 20 a 30% dos doentes referenciados para coronariografia por isquemia ou sintomas não têm doença coronária funcionalmente significativa. Estes doentes devem excluir vaso-

espasmo ou doença microvascular antes de se considerarem outras causas para os sintomas, em particular quando é documentada isquemia nos exames não invasivos.

A evolução que se tem verificado nas técnicas de avaliação da doença coronária quanto à repercussão funcional da doença epicárdica, do vasoespasmismo

A doença coronária crónica é abordada de acordo com seis grandes grupos de apresentação clínica.

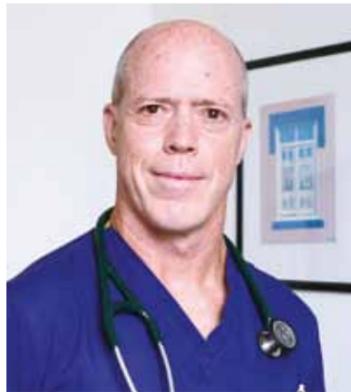
mo e, em particular, da microcirculação, permitem um melhor diagnóstico dos doentes e uma abordagem individual, com uma terapêutica dirigida.

Assim, começaremos por uma apresentação sobre diagnóstico e estratificação de risco dos doentes com isquemia e artérias coronárias normais, com o foco na avaliação não invasiva.

Teremos de seguida uma revisão das *guidelines*, que incluirá e dará maior relevo à abordagem invasiva destes doentes apresentada pelo Dr. Pedro Carrilho.

Fugindo um pouco deste tema, o Dr. Miguel Mezezes fará uma revisão do estudo “Ischemia”. Este estudo foi publicado após a saída das *guidelines* e tem gerado controvérsia em relação aos benefícios da angioplastia coronária na doença coronária crónica. Numa análise mais fina do estudo, será possível verificar que a assunção de que, de um modo geral, a angioplastia não é superior à terapêutica médica pode não corresponder à realidade.

Encerraremos este tema com uma conferência proferida pelo Prof. Doutor Roberto Ferrari, que incidirá, em particular, sobre as alternativas terapêuticas desta entidade.



Os CI no doente com patologia da aorta – é fundamental a proteção dos órgãos

HUGO CÔTE-REAL

COORDENADOR DA UCI DO SERVIÇO DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA E DA UTIC-AC DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA, DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CHULN

Cabe aos Cuidados Intensivos o manejo e proteção dos órgãos antes e depois da correção cirúrgica do insulto agudo da doença da aorta. Pretende-se controlar o processo clínico agudo, minimizando o transtorno hemodinâmico, a resposta hormonal e inflamatória e, consequentemente, ganhar tempo para a recuperação.

Pensando na dissecação da aorta tipo A, a maior parte das vezes o doente é direcionado logo para o bloco operatório. Noutras ocasiões, o doente é internado imediatamente numa UCI enquanto aguarda pela intervenção cirúrgica, que se pretende emergente, iniciando imediatamente a monitorização e a terapêutica indicada. Nestes casos, é emergente manter a estabilidade hemodinâmica do doente, de modo a permitir a perfusão dos órgãos e, ao mesmo tempo, controlar a tensão arterial, impedindo a evolução da doença.

Deve-se garantir uma adequada oxigenação com o uso de oxigénio suplementar, de acordo com uma monitorização contínua de saturação periférica de oxigénio, assim como a colocação de vias de acesso venoso central e periférico e vias de acesso arterial. Deve-se iniciar também bloqueadores dos recetores β_1 e α_1 em perfusão contínua, de modo a estabilizar e controlar a tensão arterial sistólica < 110 mmHg. Ao mesmo tempo, deve-se impedir a hipotensão e garantir o preenchimento adequado, controlando a volemia e a diurese, certificando-se, consequentemente, a boa perfusão e proteção dos órgãos.

Os períodos operatório e pós-operatório são fases cruciais da doença – à agressividade da doença aguda soma-se o insulto necessário da correção cirúrgica.

Durante o ato operatório, para além da técnica cirúrgica, o doente sofre inúmeros aportes de fluidos e produtos hemantínicos. É medicado

com diversas aminas vasoativas para estabilização hemodinâmica e minimização de muitos períodos de diminuta perfusão de órgãos. A todo este processo adiciona-se ainda uma resposta inflamatória e hormonal sistémica exuberante, por vezes disfuncionante, que começou logo no início do quadro agudo e que nesta fase se agrava. Todo este processo de *stress* múltiplo pode estender-se para além do período operatório e durar entre 5 a 7 dias.

Os objetivos da terapêutica aguda pós-operatória são uma continuidade das medidas iniciadas logo no período pré-operatório, aumentadas durante a cirurgia e intensificadas nesta fase. Deste modo, é crítica a estabilização hemodinâmica imediata, para minorar períodos de disfunção sistólica com diminuição do débito cardíaco, que leva não só ao decréscimo da perfusão dos diversos sistemas de órgãos como também à perda da perfusão das coronárias. Deve-se também evitar a disfunção diastólica, que leva à congestão dos órgãos, nomeadamente do pulmão, com agravamento da hipoxemia. Desta forma, é essencial a manutenção da tensão arterial média e, por consequência, da perfusão tecidual, o descongestionamento dos órgãos e, por fim, a diminuição do processo inflamatório. O uso ponderado da sedação e da analgesia sustenta a diminuição do processo inflamatório, permite uma boa sincronização do ventilador ao doente e contribui para a estabilização hemodinâmica e a proteção de órgãos.

A monitorização hemodinâmica judiciosa, por vezes, necessitando de cateterização da artéria pulmonar, e o uso minucioso do ecocardiograma e da ecografia pulmonar para avaliação do preenchimento adequado, o uso sensato de aminas vasoativas e a otimização do débito cardíaco e da tensão arterial média permitem a otimização do transporte de oxigénio às células e, consequentemente, a proteção de órgãos.

A ventilação destes doentes, que normalmente desenvolvem ARDS de etiologia multifatorial, é um desafio. Toda a ventilação deve ser protetora do alvéolo. O pulmão recebe 100% do débito cardíaco e é um grande filtro de fatores inflamatórios libertados pela resposta sistémica ao insulto. Assim, é primordial defender o pulmão com uma ventilação com volumes baixos e pressões controladas e, ao mesmo tempo, impedir qualquer complicação inerente ao suporte ventilatório. A proteção dos rins também é essencial. O controlo acertado do transporte de oxigénio, com as suas vertentes de um adequado débito cardíaco e conteúdo arterial de oxigénio, aliado a um correto preenchimento vascular, impedindo a congestão, são imprescindíveis.

Adicionalmente, um controlo apertado da tensão arterial média minimiza a disfunção renal. Por outro lado, a atenção e a antecipação de evolução desfavorável do comprometimento da função renal, com o uso precoce de técnicas de suporte renal contínuo, contribuem para a estabilização da homeostasia e para a diminuição do processo inflamatório.

De facto, uma boa correção cirúrgica aliada a monitorização e terapêutica de proteção de órgãos nos três períodos descritos – pré-cirúrgico, cirúrgico e pós-cirúrgico – permitem otimizar os resultados finais, ou seja, a cura dos doentes.

INSPIRIS RESILIA Aortic Valve

An ideal foundation
for your patient's future



Introducing the INSPIRIS RESILIA aortic valve –
the first product offering in a new class of resilient heart valves.

Shouldn't your patients have a valve as resilient as they are?

Discover more at [Edwards.com](https://www.edwards.com)

For professional use. See instructions for use for full prescribing information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and adverse events.

Edwards Lifesciences devices placed on the European market meeting the essential requirements referred to in Article 3 of the Medical Device Directive 93/42/ECC bear the CE marking of conformity.

Material for distribution only in countries with applicable health authority product registrations. Material not intended for distribution in USA or Japan. Indications, contraindications, warnings, and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device.

Edwards, Edwards Lifesciences, the stylized E logo, INSPIRIS, INSPIRIS RESILIA and RESILIA are trademarks of Edwards Lifesciences Corporation or its affiliates. All other trademarks are property of their respective owners.

© 2017 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. E6373/08-16/HVT

Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Switzerland • [edwards.com](https://www.edwards.com)



