

**AS BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS  
DEVEM SER PREMIADAS.  
CINCO CASOS DE SUCESSO  
EM PORTUGAL**

**9 Outubro | 19:00H**

ONLINE

**LIVRO  
DE ABSTRACTS**

**CHALLENGES in  
CARDIOLOGY**

[challengesincardiology.com](http://challengesincardiology.com)

# ÍNDICE DE ABSTRACTS

- MP01** - Abordagem e orientação de doentes da consulta de Arritmologia, numa interação enfermagem/médico
- MP02** - Brain heart team
- MP03** - Impacto de um programa de educação terapêutica e monitorização híbrida na adesão terapêutica e controlo cardiometabólico em doentes pós-enfarte do miocárdio: ensaio clínico randomizado
- MP04** - Tratamento da Miocardiopatia Amiloidótica a transtirretina (ATTR-CM) com Tafamidis 61mg - dados de vida real de um centro terciário
- MP05** - Otimizar a Prevenção Secundária: O Impacto de um Programa Estruturado de Seguimento após Síndrome Coronário Agudo
- MP06** - Experiência da Gestão - CRI Cardiovascular
- MP07** - S-portAI - preventing late cardiotoxicity in breast cancer survivors
- MP09** - Projeto HEART
- MP10** - Focused Echocardiography in Cardio-Oncology - Safety and Accuracy of Focused Echocardiography (FECO-SAFE)
- MP11** - Estabelecimento de Reunião Multidisciplinar de Endocardites Infecciosas (Endocarditis Team)
- MP12** - Projeto-piloto de treino de familiares de doentes cardíacos em Suporte Básico de Vida - Family First Aid
- MP13** - Consulta de Acesso Rápido de Dor Torácica: um programa para o diagnóstico precoce e estratificação personalizada da Doença Arterial Coronária

# ABSTRACT Nº 01

## Abordagem e orientação de doentes da consulta de Arritmologia, numa interação enfermagem/médico

*Sílvia Ribeiro; Lucy Calvo; Sónia Barros; Sílvia Sanz; Carmencita Azevedo; Anabela Azevedo; Víctor Sanfins; António Lourenço*

*Unidade Local de Saúde do Alto Ave*

### Introdução

O trabalho interdisciplinar entre enfermeiros e médicos no internamento e cuidados intensivos de Cardiologia tem um valor inquestionável. No entanto, foi apenas tardiamente que compreendemos o quão enriquecedora seria a expansão dessa colaboração para a consulta externa.

Os melhores cuidados aos doentes resultam da fusão do conhecimento multidisciplinar entre profissionais de saúde, onde trabalhamos de forma sequencial, mas de maneira globalmente integrada.

### Descrição sumária

Na área da Arritmologia, consolidou-se uma equipa que superou expectativas, proporcionando uma interação dinâmica entre médicos e enfermeiros em dois pontos cruciais: na consulta de rastreio familiar de patologias cardíacas hereditárias e na avaliação de doentes candidatos a intervenções, como a implantação de dispositivos eletrónicos cardíacos e a realização de estudos eletrofisiológicos.

Para garantir conhecimento especializado e a execução rigorosa de protocolos, foi instituída uma equipa de enfermagem fixa, assegurando um workflow reproduzível e otimizando a gestão de troubleshooting. Esta abordagem permite uma maior eficiência na tomada de decisão clínica e na resposta a desafios técnicos.

Na vertente das Síndromes Arrítmicas Hereditárias, primárias ou secundárias, estabeleceu-se uma consulta semanal de rastreio familiar, destinada à avaliação de familiares em primeiro grau que desejem ser examinados. Nos casos em que o doente índice apresenta uma variante genética classificada como patogénica ou provavelmente patogénica, é encaminhado para consulta de genética e, após avaliação, direcionado para colheita de sangue seguindo um protocolo definido, realizado pelas enfermeiras da equipa de Arritmologia.

Quanto à realização de estudos eletrofisiológicos e à implantação de dispositivos, considerando o elevado número de doentes referenciados por outras instituições, foi estruturada uma abordagem que evita lacunas na avaliação clínica. Todos os doentes recebem requisição para análises pré-procedimento, incluindo pesquisa de MRSA, nos casos de dispositivos cardíacos implantáveis. Além disso, todos os doentes submetidos a implantação de dispositivos passam por uma consulta prévia, onde o médico revê a informação clínica e confirma a indicação para o procedimento. Imediatamente após esta consulta, o doente dirige-se ao gabinete de enfermagem, onde realiza as colheitas de sangue, a zaragatoa nasal para pesquisa de MRSA e recebe orientações sobre cuidados perioperatórios.

Estas incluem instruções detalhadas sobre desinfeção prévia com esponjas de clorhexidina e a apresentação dos dispositivos, acompanhadas por folhetos informativos com explicação do procedimento e cuidados pré e pós-operatórios.

Os folhetos incluem QR codes direcionando para websites da *European Heart Rhythm Association*, estando também disponíveis em braille, garantindo acessibilidade a todos os pacientes.

A colheita de MRSA segue um protocolo em colaboração com a equipa do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), que sinaliza casos positivos e permite a implementação automática de protocolos de antibioterapia adaptados ao resultado.

### **Impacto da vida das pessoas e resultados esperados ou conseguidos**

Nas recomendações internacionais, os doente assume um papel central nas decisões e orientações inerentes ao seu tratamento, pelo que neste *workflow* conseguimos que o doente seja claramente informado de todos os procedimentos que vai realizar, assumindo, consequentemente um papel central numa abordagem multidisciplinar. A pretensão deste simples protocolo prevê a potencialidade de uma melhor tratamento dos nossos doentes.

## ABSTRACT Nº 02

### Brain heart team

*Sílvia Ribeiro; Sara Freitas; Lucy Calvo; Mariana Tinoco; Cristina Silva; Filipa Gonçalves; Olga Azevedo; Glória Alves; Vítor Sanfins; António Lourenço*

*Unidade Local de Saúde do Alto Ave*

### Introdução

A fibrilação auricular é responsável por 20-30% dos acidentes vasculares cerebrais (AVC) e por 10% dos AVC criptogénicos.

As distintas recomendações internacionais de Neurologia, AVC e Cardiologia recomendam métodos de monitorização eletrocardiográfica prolongada para a deteção de FA no AVC criptogénico. Reforçam também que muitos AVCs criptogénicos são reclassificados após a realização de um ecocardiograma transesofágico. Infelizmente, a avaliação da fibrilação auricular paroxística neste contexto, nem sempre é cumprida criteriosamente ou numa timeline recomendada.

### Descrição sumária

Desta forma, foi elaborado um protocolo entre a Unidade de AVC e a Cardiologia, concretizando num "Brain heart team" um via verde de diagnóstico etiológico do AVC.

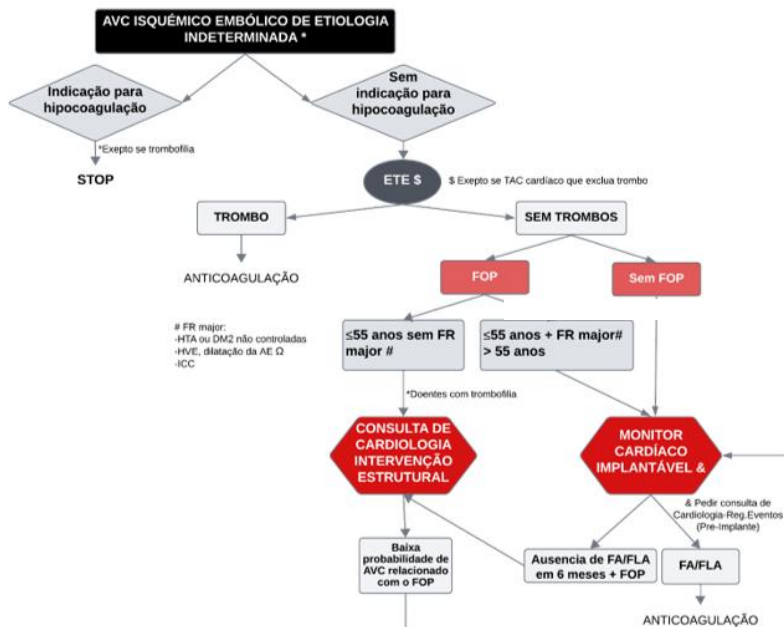
Após avaliação na unidade de AVC, e colocado o diagnóstico de AVC criptogénico, após monitorização eletrocardiográfica nessa unidade, não havendo registo se FA, o doente realizado no internamento índice um ecocardiograma transtorácico e transesofágico. Caso seja identificado um *foramen ovale patente*, a orientação subsequente seja para encerramento seja para monitorização eletrocardiográfica prolongada com ILR, depende das características do FOP e do doente. Caso o ETE seja normal, no mesmo internamento índice, é implantado o ILR com sistema de monitorização remota.

### Impacto da vida das pessoas e resultados esperados ou conseguidos

Espera-se um aumento do diagnóstico de fibrilhação auricular. Com a presumível identificação da causa do AVC será possível a implementação da terapêutica adequada, alterando a morbilidade e mortalidade do doente.

# Protocolo de abordagem de doentes com AVC/AIT isquémico embólico de etiologia indeterminada

Pressuposto: Rankin  $\leq 3$



## ABSTRACT Nº 03

### **Impacto de um programa de educação terapêutica e monitorização híbrida na adesão terapêutica e controlo cardiometabólico em doentes pós-enfarte do miocárdio: ensaio clínico randomizado**

*Benedita Couto Viana; Manuela Fonseca; Prof. Emília Moreira; Prof. Elisabete Martins*

*ARS Norte*

#### **Introdução**

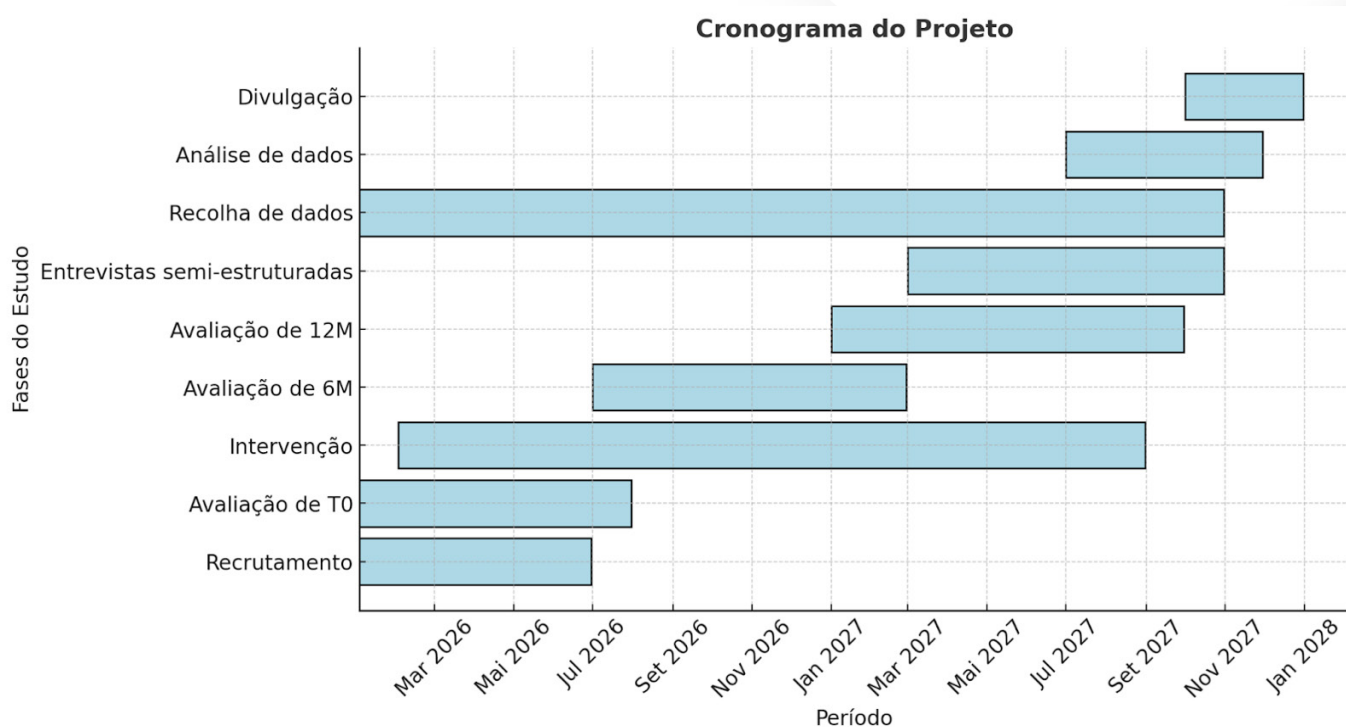
O enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença coronária continuam a ser causas predominantes de mortalidade em Portugal. Apesar da eficácia da terapêutica farmacológica, a maioria dos doentes não adota estilos de vida saudáveis nem alcança controlo adequado dos fatores de risco cardiometabólicos, dificultando a prevenção secundária eficaz. Este projeto visa avaliar o impacto de um programa estruturado de educação terapêutica com monitorização híbrida (presencial e digital), em doentes com EAM, pelo menos um ano após o último evento, na promoção da adesão terapêutica, controlo cardiometabólico, literacia em saúde e qualidade de vida, bem como na redução de eventos cardiovasculares adversos (MACE).

#### **Descrição Sumária**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado unicêntrico, a decorrer num hospital terciário do norte de Portugal, com inclusão de doentes com EAM ocorridos entre 2022 e 2024. Serão elegíveis doentes pelo menos um ano após o último evento, não integrados em programas de reabilitação cardíaca no período da intervenção. Os participantes serão alocados aleatoriamente aos grupos de intervenção (GI) ou controlo (GC) e seguidos durante 12 meses. O GI integrará um programa de 11 meses com consultas presenciais de enfermagem com entrevista motivacional, definição de metas e gestão de fatores de risco (HTA, dislipidemia, peso, glicemia, tabagismo, sedentarismo, dieta, sono, álcool e stress), aliadas a um sistema digital bidirecional para comunicação contínua com a equipa de enfermagem e envio de nudges educativos, através de tecnologia digital agregada numa plataforma. As consultas decorrerão aos 1, 3, 4, 6, 9 e 11 meses. O GC receberá apenas os cuidados habituais. Ambos os grupos serão avaliados em T0, T6 e T12 meses com recolha de dados clínicos, analíticos e aplicação de questionários validados sobre adesão (MAT-7), autoeficácia, literacia em saúde e qualidade de vida (SF-36, EQ-5D-5L). Dados clínicos relevantes do GC serão comunicados ao médico assistente. No GI, cada consulta incluirá registo das dificuldades de adesão, motivação, perceção de autoeficácia e estratégias personalizadas para posterior análise de conteúdo. Após o estudo, serão conduzidas entrevistas semi estruturadas com doentes e profissionais para recolher experiências, barreiras e sugestões, visando otimizar o modelo de intervenção e criar um guia operacional replicável. A análise de dados incluirá estatística uni, bi e multivariada (SPSS ou R), bem como análise qualitativa das mensagens digitais e entrevistas.

## Resultados Esperados/Impacto

Este projeto propõe uma abordagem inovadora, integrando elementos presenciais e digitais, que combinam literacia em saúde, suporte motivacional e monitorização comportamental contínua, promovendo um modelo centrado no doente. Agregará uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, psicólogos e investigadores da área da saúde digital. A inclusão da entrevista motivacional contribui para o aumento da autoeficácia na gestão da doença. O carácter híbrido e personalizável da intervenção visa colmatar lacunas na adesão e autocuidado. O projeto tem potencial de impacto significativo na saúde pública, ao propor uma estratégia de prevenção secundária estruturada e escalável. Em Portugal, ocorrem mais de 10.000 EAM por ano, com cerca de 20% dos doentes a sofrerem um novo evento no primeiro ano. A resposta a esta problemática, com enfoque multidisciplinar e replicabilidade em outros contextos, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, poderá contribuir decisivamente para a melhoria do prognóstico, redução da carga de doença cardiovascular e otimização dos cuidados centrados no doente.



## ABSTRACT Nº 04

### Tratamento da Miocardiopatia Amiloidótica a transtirretina (ATTR-CM) com Tafamidis 61mg - dados de vida real de um centro terciário

Rita Almeida Carvalho; Rita Amador; Sérgio Maltês; Gonçalo Cunha; Andreia Marques; Tânia Laranjeira; Catarina Brízido; Miguel Mendes; Carlos Aguiar; Bruno Rocha

Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

#### Introdução e racional da candidatura

A miocardiopatia amiloidótica por transtirretina (ATTR-CM) é uma doença progressiva, frequentemente subdiagnosticada, associada a insuficiência cardíaca e elevada morbi-mortalidade. O tafamidis é o primeiro fármaco aprovado com eficácia comprovada na melhoria da sobrevida, como demonstrado no ensaio clínico ATTR-ACT. Contudo, a translação destes resultados no mundo-real e da sua aplicabilidade na prática clínica ainda requer validação.

Esta candidatura apresenta a experiência de um centro terciário na implementação de um modelo estruturado de diagnóstico e tratamento modificador da ATTR-CM **[Figura 1]**. Foi adotado um protocolo interno de elegibilidade que integra critérios clínicos, funcionais e de estadiamento, com o objetivo de maximizar o benefício terapêutico e garantir o uso racional e apropriado de tafamidis 61mg. Ao documentar a prática real numa coorte abrangente, pretende-se validar boas práticas clínicas, apoiar decisões terapêuticas baseadas em evidência e reforçar a sustentabilidade e equidade no acesso ao tratamento.

#### Descrição sumária

Entre novembro de 2019 e janeiro de 2024, foram incluídos 238 doentes com ATTR-CM, com idade média de 81.8 anos e 80.7% do sexo masculino. Destes, 140 iniciaram tratamento com tafamidis 61mg. Os doentes tratados apresentavam características clínicas mais favoráveis, encontrando-se maioritariamente em classe funcional NYHA I-II (92.9%) - o que reflete o critério de seleção doença em fase menos avançada.

O estadiamento clínico com base na classificação do National Amyloidosis Centre (NAC) revelou 76 doentes em estadio 1, 44 em estadio 2 e 68 em estadio 3. A maioria daqueles em NAC 1 e 2 recebeu tafamidis 61mg (72% e 59%, respetivamente), embora também tenha sido iniciado tratamento em doentes em NAC 3, com base em critérios funcionais e expectativa de benefício individual.

A análise de sobrevida revelou um benefício clínico significativo associado ao fármaco: aos 30 meses, a taxa de sobrevida foi de 92.7% no grupo tratado, comparativamente com 62.9% no grupo sob terapia convencional **[Figura 2]**. Na análise multivariada, o tafamidis associou-se a uma redução de 83% no risco de morte (RR 0.17), com efeito mais acentuado no estágio NAC 3 (RR 0.06) **[Figura 3]**.

O perfil de segurança foi favorável, com baixa taxa de eventos adversos, a maioria dos quais foram minor. Apenas 26 doentes descontinuaram o fármaco, principalmente por óbito não atribuível diretamente ao tratamento.

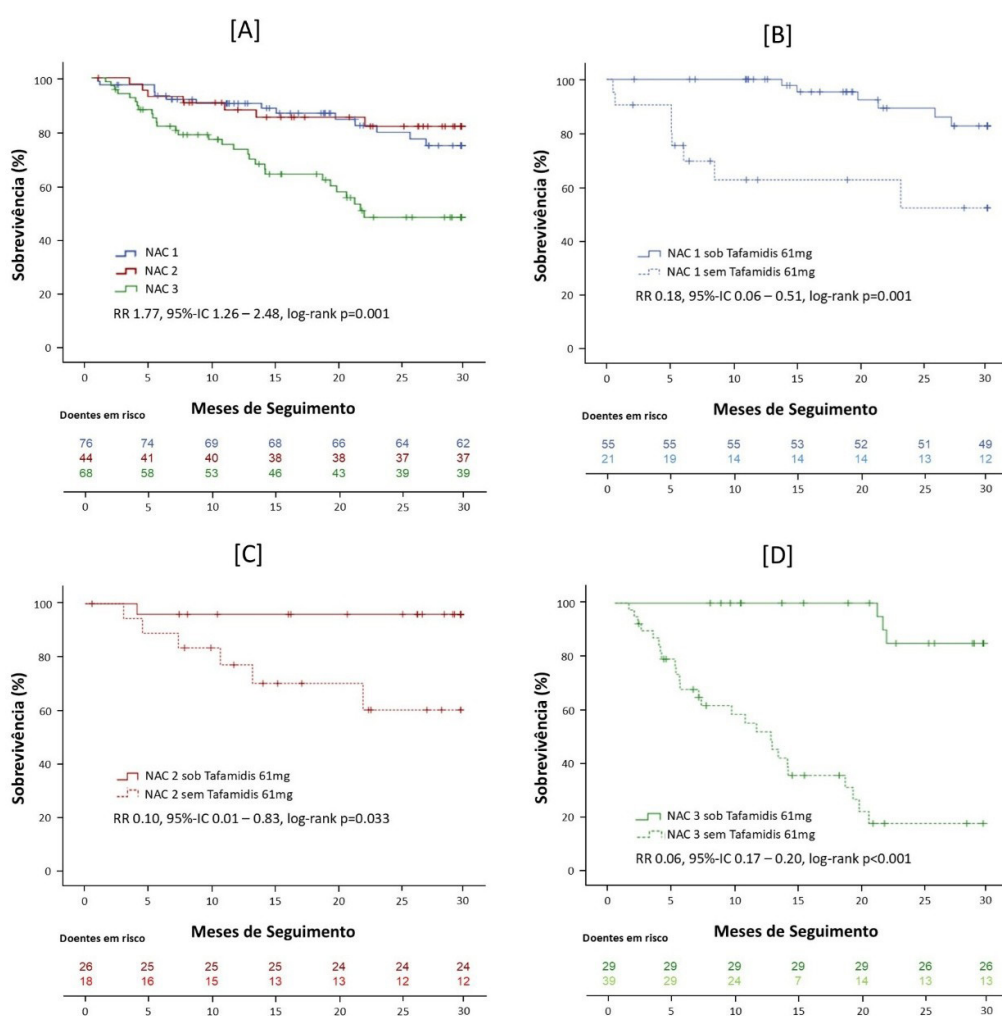
## Impacto na vida das pessoas

Para os doentes com ATTR-CM, o tratamento com tafamidis 61mg significa a possibilidade de prolongar a vida com qualidade e preservar a autonomia. O benefício observou-se mesmo em fases avançadas da doença. A redução de hospitalizações e progressão para insuficiência cardíaca terminal traduz-se em ganhos clínicos, melhoria da qualidade de vida e alívio do impacto social sobre as famílias.

Os dados obtidos reforçam a importância do diagnóstico precoce e do acesso equitativo e racional a esta terapia inovadora. A replicação deste modelo pode favorecer a difusão de boas práticas, melhorar o diagnóstico atempado e garantir uma gestão eficiente dos recursos, com retorno significativo em saúde. A redução da carga associada à insuficiência cardíaca avançada tem também impacto económico e organizacional para os sistemas de saúde.

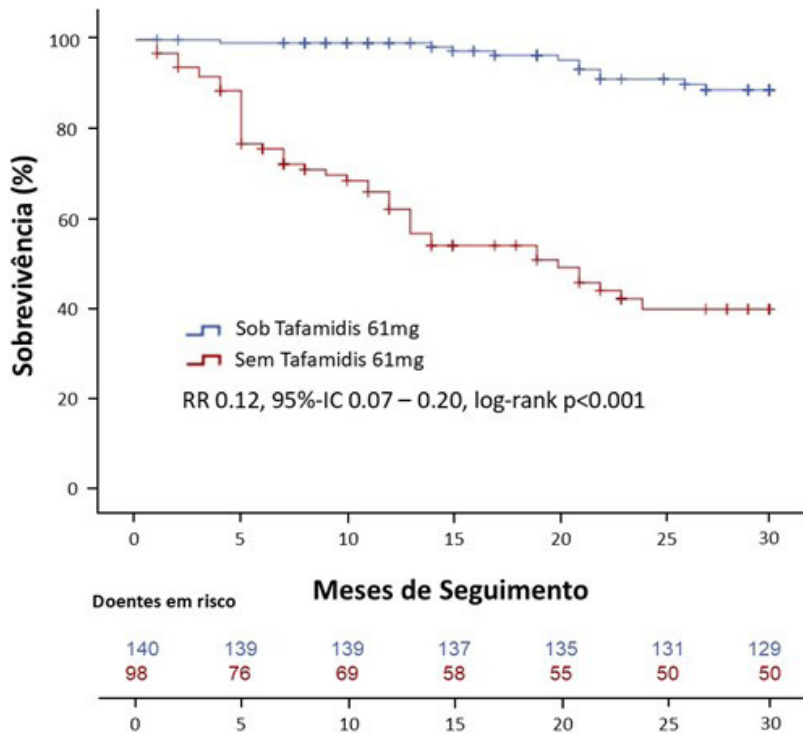
## Resultados esperados ou conseguidos

Este estudo observacional confirma, em contexto real, a eficácia e segurança do tafamidis 61mg, alinhando-se com os dados dos ensaios ATTR-ACT e THAOS. Demonstrou-se que a aplicação de um modelo estrutural permitiu obter ganhos significativos em saúde nesta população do mundo-real. Espera-se que estes resultados possam servir de base para políticas públicas de acesso e redes de referência e que encorajem outros centros a adotar modelos assistenciais similares, contribuindo para uma resposta mais eficaz e equitativa à ATTR-CM em Portugal.



# VIAS DE ALERTA

# PROGRAMA DE DOENÇAS RARAS DEDICADO



## ABSTRACT Nº 05

### Otimizar a Prevenção Secundária: O Impacto de um Programa Estruturado de Seguimento após Síndrome Coronário Agudo

Marta Leite<sup>1</sup>; Maksym Baburko<sup>2</sup>; Eduardo Vilela<sup>1</sup>; Sílvia O. Diaz<sup>2</sup>; António S. Barros<sup>2</sup>; Gualter Santos Silva<sup>1</sup>; Francisco Sampaio<sup>1</sup>; Ricardo Fontes-Carvalho<sup>1</sup>

1. Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.

2. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

#### Introdução

O síndrome coronário agudo (SCA) representa uma das principais causas de morbilidade e mortalidade cardiovascular. A otimização da terapêutica médica, aliada à modificação do estilo de vida e ao controlo rigoroso dos fatores de risco cardiovascular (FRCV), é essencial para reduzir a recorrência de eventos e melhorar o prognóstico a longo prazo.<sup>1</sup> No entanto, a evidência demonstra que a maioria dos doentes não atinge os objetivos terapêuticos recomendados em prevenção secundária, apesar da crescente disponibilidade de estratégias farmacológicas eficazes.<sup>2</sup> Com este racional, foi desenvolvido e implementado no departamento de cardiologia um programa estruturado de seguimento pós-SCA. Este programa multidisciplinar tem como objetivo padronizar o seguimento dos doentes após a alta hospitalar, e inclui reavaliações precoces, monitorização regular e previamente definida dos FRCV, e articulação com programas de nutrição, reabilitação cardíaca e cessação tabágica.

#### Descrição sumária

O programa estruturado de seguimento da doença coronária foi implementado em agosto de 2021, abrangendo todos os doentes admitidos com SCA. Conforme ilustrado na Figura 1, o seguimento inicia-se após a alta hospitalar e inclui consultas programadas com cardiologistas dedicados à doença coronária aos 2 e 12 meses, acompanhadas de análises laboratoriais com perfil metabólico e ecocardiograma transtorácico. Consultas adicionais (aos 4, 6, 9 e 18 meses) são realizadas em doentes de alto risco, incluindo aqueles com depressão da função sistólica ventricular, revascularização incompleta, doença coronária complexa, sintomas persistentes ou FRCV não controlados. Os doentes são também referenciados para consulta de enfermagem, nutrição, cessação tabágica, e programa de reabilitação cardíaca, promovendo a adesão à terapêutica e a educação para a saúde. Após 12 ou 18 meses, os doentes têm alta do programa e mantêm seguimento nos cuidados de saúde primários ou na consulta de cardiologia geral, consoante o risco residual.

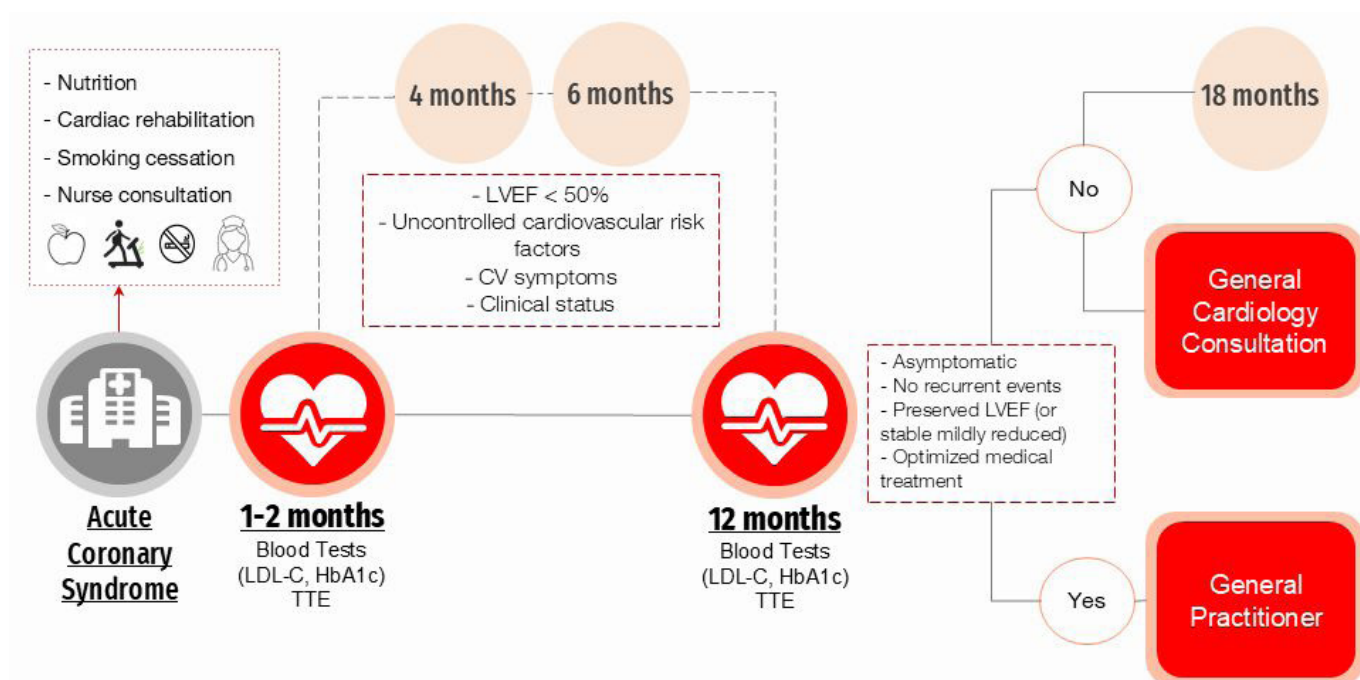
## Resultados e impacto populacional

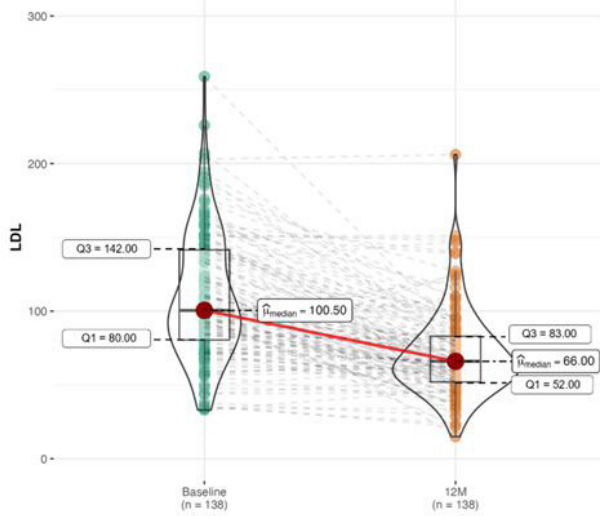
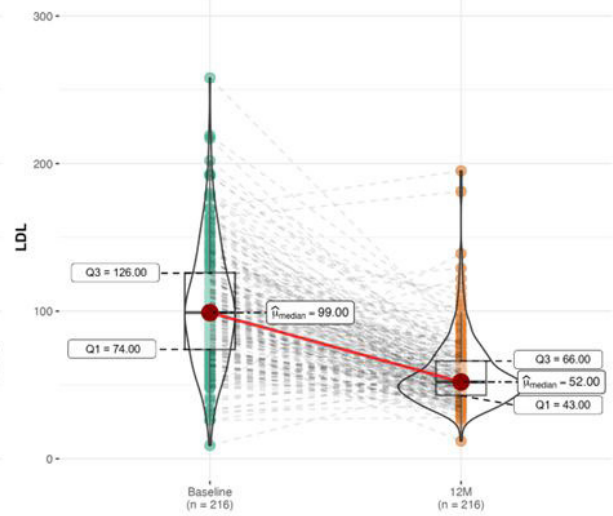
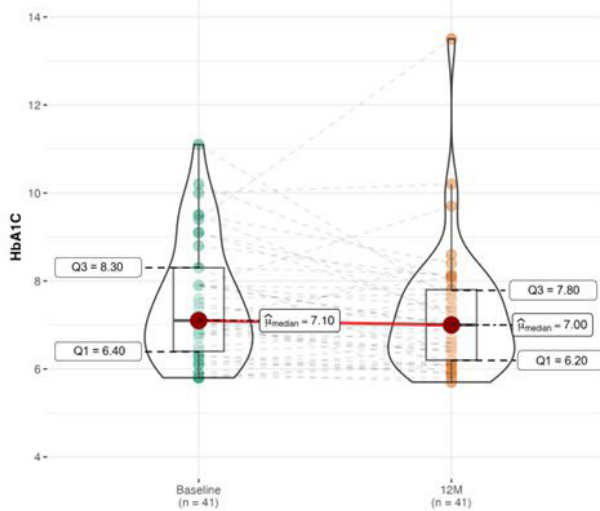
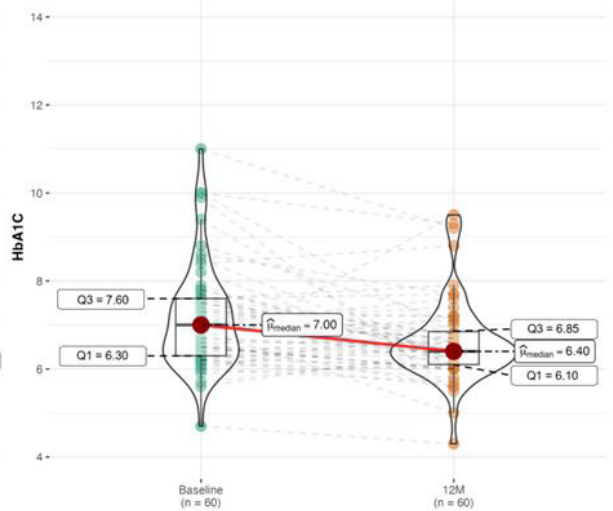
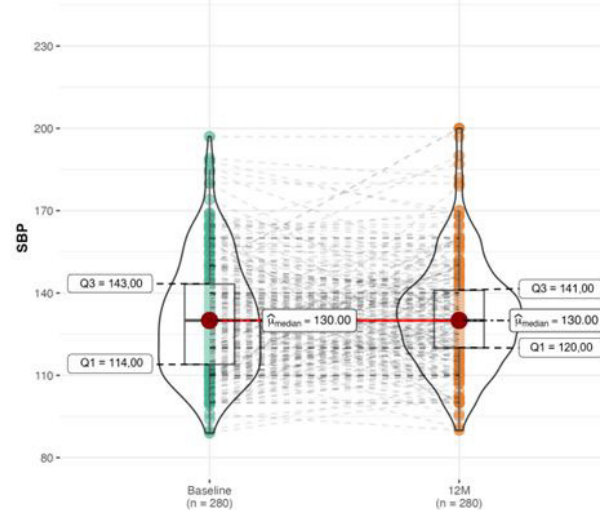
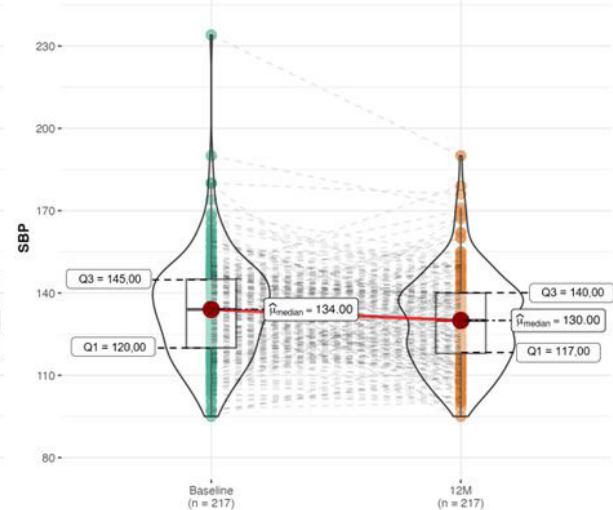
Foram comparados 237 doentes incluídos neste programa desde 2021 com uma coorte histórica de 284 doentes previamente à implementação do protocolo, cujo seguimento não era estruturado, mas realizado segundo a prática habitual por diferentes médicos de cardiologia. No grupo seguido no protocolo de doença coronária observou-se uma redução significativa dos níveis de colesterol LDL ao fim de 12 meses (de 99 para 52 mg/dL;  $p < 0,001$ ), comparativamente à coorte histórica, cuja redução foi menos acentuada (de 101 para 66 mg/dL;  $p < 0,001$ ), com impacto significativo do programa ( $p < 0,001$ ) [Figura 2A]. De forma semelhante, em doentes com diabetes mellitus, os níveis de HbA1c diminuíram significativamente (de 7,00% para 6,40%;  $p < 0,001$ ), não registada na coorte histórica (de 7,10% para 7,00%;  $p = 0,09$ ), com impacto significativo do programa ( $p = 0,026$ ) [Figura 2B]. O valor de pressão arterial sistólica também reduziu de forma significativa (de 134 para 130 mmHg;  $p < 0,001$ ), mantendo-se estável no grupo histórico (130 mmHg;  $p = 0,23$ ), com efeito significativo do programa ( $p = 0,018$ ) [Figura 2C]. A taxa de cessação tabágica foi elevada (65,2%), mas não significativamente diferente da coorte histórica (63,2%) ( $p > 0,9$ ) [Figura 3].

Estes resultados demonstram que o programa estruturado é uma estratégia eficaz, sustentável e replicável de prevenção secundária após SCA, suportada pela evidência atual e alinhada com as recomendações internacionais. Através de uma maior proximidade entre uma equipa dedicada e o doente no período de maior vulnerabilidade após o evento agudo, o programa contribuiu para a adesão à terapêutica, a motivação para mudanças sustentadas no estilo de vida e o controlo efetivo dos FRCV.

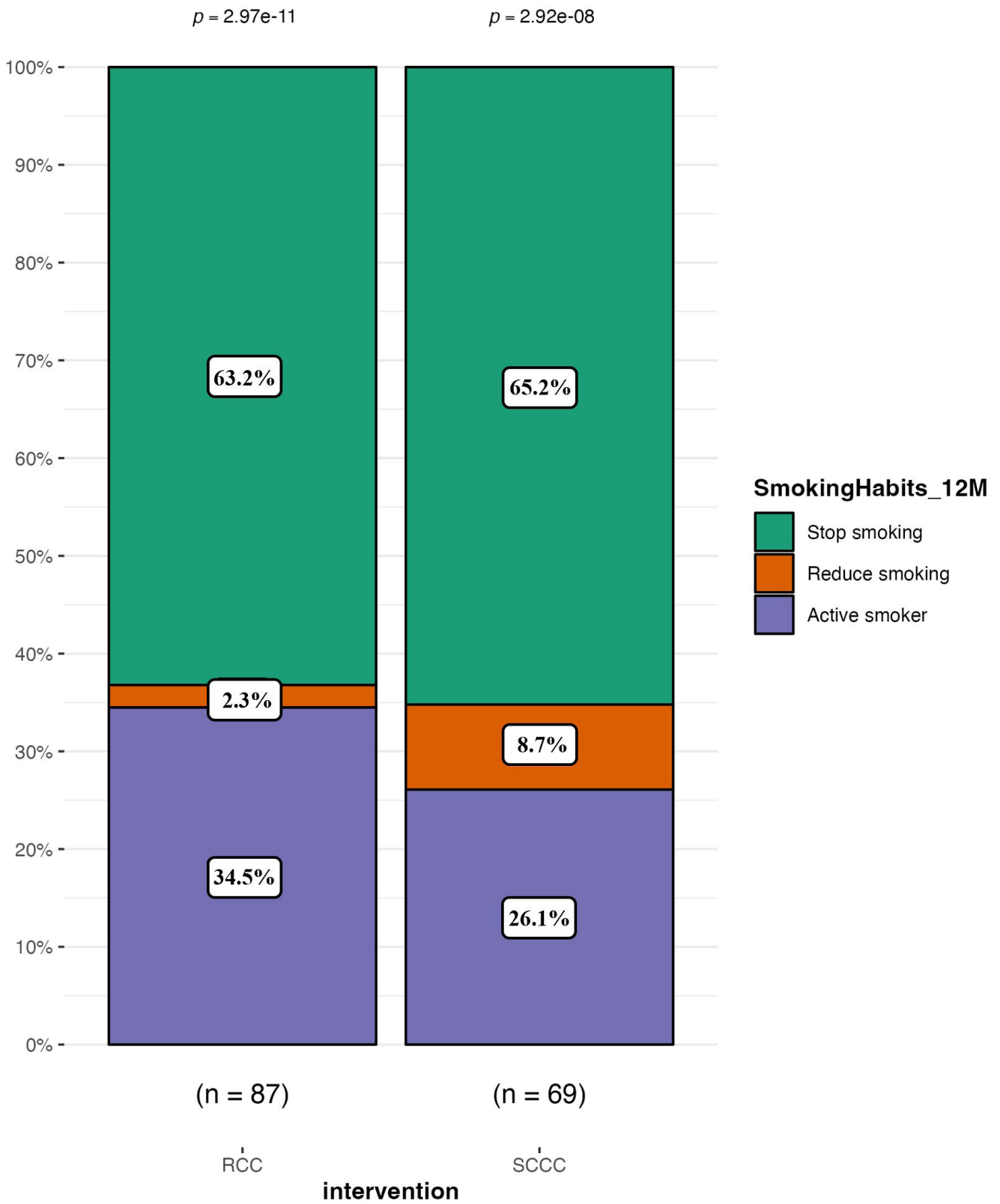
## Referências

1. Visseren FLJ et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337.
2. Sabouret P et al. Post-discharge and long-term follow-up after an acute coronary syndrome: CNCF position paper. Arch Med Sci. 2022;18(4):839-854.



**A****RCC** $V_{Wilcoxon} = 8596.00, p = 1.20e-17, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = 0.85, CI_{95\%} [0.78, 0.89], n_{\text{pairs}} = 138$ **SCCC** $V_{Wilcoxon} = 22024.00, p = 4.03e-30, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = 0.90, CI_{95\%} [0.86, 0.92], n_{\text{pairs}} = 216$ **B****RCC** $V_{Wilcoxon} = 511.50, p = 0.09, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = 0.31, CI_{95\%} [-0.03, 0.59], n_{\text{pairs}} = 41$ **SCCC** $V_{Wilcoxon} = 1246.50, p = 2.57e-04, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = 0.56, CI_{95\%} [0.33, 0.73], n_{\text{pairs}} = 60$ **C****RCC** $V_{Wilcoxon} = 10325.50, p = 0.23, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = -0.09, CI_{95\%} [-0.23, 0.04], n_{\text{pairs}} = 280$ **SCCC** $V_{Wilcoxon} = 13274.50, p = 3.62e-03, \hat{\rho}_{\text{rank biserial}}^{\text{rank}} = 0.23, CI_{95\%} [0.08, 0.37], n_{\text{pairs}} = 217$ 

$\chi^2_{\text{Pearson}}(2) = 3.98, p = 0.14, \hat{V}_{\text{Cramer}} = 0.11, \text{CI}_{95\%} [0.00, 1.00], n_{\text{obs}} = 156$



$\log_e(\text{BF}_{01}) = 0.54, \hat{V}_{\text{Cramer}}^{\text{posterior}} = 0.13, \text{CI}_{95\%}^{\text{ETI}} [0.00, 0.27], a_{\text{Gunnel-Dickey}} = 1.00$

# ABSTRACT Nº 06

## Experiência da Gestão - CRI Cardiovascular

João Pedro Assunção

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central

### Introdução

O objetivo desta candidatura é partilhar a experiência da gestão dum CRI Cardiovascular (CV) e a criação dum verdadeiro *Heart-Vascular Center*, contribuindo para uma intervenção holística no doente com patologia CV.

A atividade dum CRI CV, com estas características, diferencia-se quer na gestão, com a uniformização de horários entre todos os profissionais, quer no contributo das várias especialidades, nas decisões conjuntas e planeamento na intervenção. São exemplos práticos: os casos de TAVI por via carotídea planeados com a cirurgia vascular; a radiologia de intervenção em doentes neoplásicos; a cirurgia cardíaca em válvulas aórticas bicúspides ou em insuficiência aórtica pura.

A gestão clínica possui uma aposta clara na inovação com o desenvolvimento de ferramentas de referenciação de doentes e de *outcomes* clínicos como forma de avaliação do desempenho.

A formação em intervenção, quer coronária, com cursos de imagem/OCT, quer estrutural, teve como corolário o live case de *valve in ring* mitral transmitido em direto para o último curso organizado pelo Professor Alain Cribier em Rouen.

A investigação clínica tem sido evidenciada por inúmeros trabalhos científicos e comunicações orais nacionais e internacionais, com uma forte ligação à Academia e será um contributo para a criação de uma escola médica na região.

A inovação organizacional e do modelo de governação pretende ser uma incubadora de gestão para um novo Hospital Central na região.

### Descrição

#### Carteira de Serviços



#### Modelo de Governação

O modelo de governação também se revelou inovador, gerando valor através da:

##### Governação financeira

Modelo de *Savings* - criação de um modelo de *savings* em função do consumo de Dispositivos Médicos que permite equipar áreas como a Reabilitação Cardíaca, Formação/Investigação, normalmente subfinanciadas.

##### Governação Clínica

## Pathways Clínicas

- Fluxo do *Check-in* de Enfermagem no laboratório de cateterismos com integração do *check-in* clínico e administrativo;
- *Pathway* para angioplastias de ambulatório - 90% das angioplastias voltem no dia da intervenção ao domicílio, mesmo em contextos clínicos como oclusões ou troncos comuns;
- *Fast Track* para consulta de TAVI onde o doente no mesmo dia efetua consultas de intervenção, cirurgia, enfermagem, com aplicação de várias escalas de scores, ECG, Ecocardiograma e AngioTac;
- Consulta telefónica de seguimento, para avaliação de *outcomes* clínicos;
- Implementação do Recibo Pedagógico que apresenta o custo da intervenção ao paciente.

## Plataformas de Apoio Clínico

- Plataforma automática de seguimento de doentes para colheita de PROMS, PREMS e avaliação de qualidade de vida;
- Referenciação digital de doentes, com envio DICOM de exames e capacidade de consulta de grupo de decisão multidisciplinar.

## Formação & Capacitação

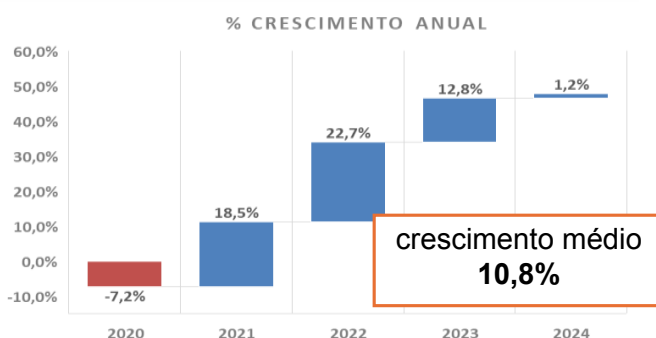
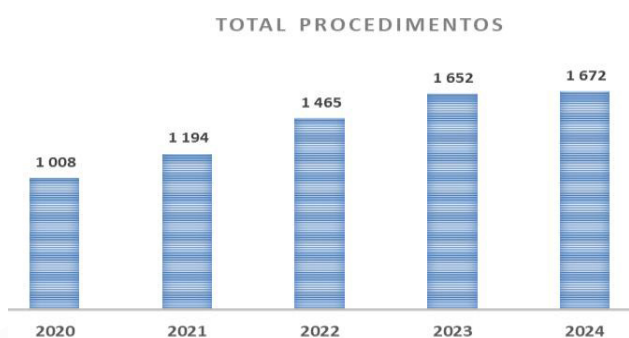
- Plataforma *broadcasting* com transmissão digital à distância de casos ao vivo e em direto que permitem a realização de cursos remotamente;
- Sala de simulação, com dois simuladores digitais para intervenção.

## Investigação & Desenvolvimento

- Desenvolvimento de algoritmos de investigação (com patentes já criadas) em fisiologia coronária;
- Avaliação de resultados em imagem coronária e DCB de angioplastia guiada por AngioTac (CRI possui AngioTac dedicado), lançamento dum registo nacional de DCB;
- Realização de diversos doutoramentos/mestrados/pós-graduações.

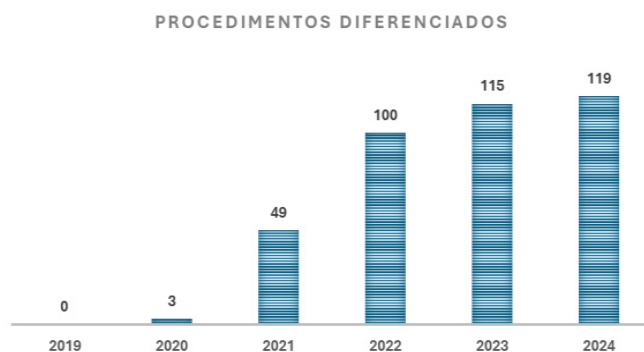
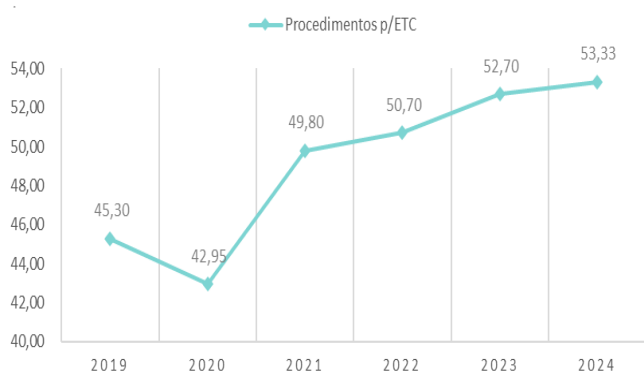
## Impacto na vida das pessoas

Durante os anos de existência foi possível alcançar um crescimento sustentado, consubstanciado na diferenciação da carteira de serviços e no aumento de atividade em 53%. Tal desempenho constitui uma melhoria expressa no acesso a este tipo de cuidados de saúde diferenciados.



## Resultados conseguidos

Os resultados podem ser medidos ao nível da produtividade e eficiência. A avaliação da produtividade em procedimentos por ETC, constitui o indicador que traduz de forma efetiva o aumento da capacidade instalada. Por seu turno, só a análise do crescimento de procedimentos muito diferenciados como as TAVI ou Cirurgia Cardíaca podem refletir a capacidade de diferenciação e inovação.



## ABSTRACT Nº 07

### S-portAI - preventing late cardiotoxicity in breast cancer survivors

Mariana Saraiva<sup>1</sup>; André Ferreira<sup>1</sup>; Bruno Castilho<sup>2</sup>

1. Hospital de Santo André

2. Medgical AI

O cancro da mama tem, nos dias de hoje, uma incidência crescente em Portugal, mas, fruto dos avanços diagnósticos e terapêuticos nesta área, é possível oferecer a possibilidade de cura a um grande número de doentes. Contudo, após o término dos tratamentos oncológicos, devem ser veiculadas informações de vigilância de recorrência de neoplasia, mas também de toxicidades tardias. Nestas últimas, inclui-se a doença cardiovascular, apresentando os sobreviventes uma maior probabilidade de vir a desenvolver doença cardíaca e consequente morbidade e mortalidade significativas.

Reconhecendo o risco acrescido de doença cardiovascular a longo prazo dos sobreviventes com cancro de mama, a disponibilização de recomendações de rastreio de doença cardíaca ao doente e médico assistente (particularmente de Medicina Geral Familiar) é essencial para monitorizar e minimizar esse mesmo risco, permitindo diagnosticar e tratar patologia cardiovascular precocemente.

A limitação de recursos e tempo disponíveis para registos são alguns dos entraves à implementação e difusão destas recomendações num documento acessível e personalizado para cada doente. Assim, a inteligência artificial poderá ser, neste contexto, uma ferramenta útil, poupando tempo ao médico, mas garantindo que informação pertinente é disponibilizada ao doente.

Com este projecto, as recomendações relativas à vigilância e diagnóstico de cardiotoxicidade serão compiladas sob a forma de um documento que designámos de “Passaporte do sobrevivente de cancro” (S-portAI), que é disponibilizado à data de alta da Consulta de Oncologia.

Usando a parceria com uma plataforma portuguesa de inteligência artificial (*RGPD compliant*), os dados de uma nota de alta da consulta de Oncologia, com informação como o diagnóstico, histórico de terapêuticas oncológicas com potencial cardiotóxico e respectivas doses cumulativas, serão transformados automaticamente num documento com recomendações de vigilância de recorrência de neoplasia e de cardiotoxicidade tardia, em concordância com as *guidelines* desta área.

Espera-se que este projecto permita: aumentar a literacia dos sobreviventes de cancro da mama sobre o risco de doença cardíaca a longo prazo, bem como sensibilizar a comunidade médica para esta mesma problemática; promover a adesão a estilos de vida saudáveis e o cumprimento de um plano personalizado de vigilância (clínica e com recurso a alguns exames complementares de diagnóstico com periodicidade definida) a longo prazo, após alta hospitalar da Oncologia.

Pretende-se com esta iniciativa multidisciplinar: promover a adopção de estilos de vida saudáveis; aumentar o rastreio e o controlo de factores de risco cardiovascular nesta população de doentes; e diagnosticar precocemente cardiotoxicidade.

# ABSTRACT Nº 09

## Projeto HEART

*Marco Cristo Tomaz; Jéni Quintal; Catarina Pohle; Patrícia Bernardes; David Campos; Ivo Palmeiro; Filipe Seixo*

*Unidade Local de Saúde da Arrábida*

### Introdução

A relação causal entre níveis elevados de LDL e risco cardiovascular está amplamente documentada: metanálises e ensaios clínicos demonstraram que cada redução de ~1 mmol/L (~39 mg/dL) de LDL se traduz numa redução significativa do risco de eventos vasculares adversos major (morte coronária, enfarte do miocárdio não fatal, AVC isquémico, revascularização). Estes resultados sustentam o princípio “quanto mais baixo, melhor” para o LDL em doentes com doença aterosclerótica estabelecida.

As recomendações das principais sociedades científicas refletem esta evidência: nas guidelines europeias (ESC/EAS) para o tratamento das dislipidemias e na gestão pós-SCA, o alvo para doentes com síndrome coronária aguda é tipicamente LDL < 1,4 mmol/L (≈55 mg/dL) e/ou uma redução ≥50% em relação ao valor basal. Em doentes com recorrência de evento isquémico no espaço de 2 anos pode considerar-se um alvo mais agressivo (<1,0 mmol/L ≈40 mg/dL). A monitorização e reavaliação em 4-6 semanas após o início ou intensificação da terapêutica são recomendadas para confirmar o alcance do objetivo e ajustara terapêutica se necessário.

### Descrição Sumária

Com este projeto pretende-se implementar um protocolo que permita atingir os valores alvo de LDL após internamento por SCA ou pós- ICP nos doentes assistidos na nossa instituição. Apesar de todas as recomendações e de um plano de seguimento à data da alta, a taxa de atingimento dos valores alvo ainda é passível de melhoria, mas, sobretudo, pode ser feita de forma muito mais precoce. Os doentes admitidos por SCA e submetidos a ICP têm uma primeira consulta de seguimento a 1-2 meses e posteriormente aos 6 meses. De acordo com a prática atual, a primeira determinação de LDL após a alta será realizada aos 6 meses, perdendo-se uma janela de tratamento muito importante. Urge assim encontrar novas soluções para este problema. O projeto HEART consiste na implementação de uma consulta de seguimento precoce dos doentes com SCA ou ICP, com o seguinte cronograma (Figura 1):

#### 1- Visita às 4 semanas

A primeira visita pós-alta será realizada por uma equipa multidisciplinar (enfermagem, médico e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de Cardiopneumologia). Nesta consulta será avaliado o cumprimento terapêutico (medidas de estilo de vida e farmacológicas) e colhido sangue para determinação de colesterol LDL. Caso os valores de LDL não estejam abaixo do alvo, será intensificada a terapêutica hipolipidemiante (ex: aumentando dose de estatina ou adicionando inibidor PCSK9). Será agendada nova visita dentro de 4-6 semanas para aferição da eficácia da intervenção terapêutica.

## 2- Visita aos 12 meses

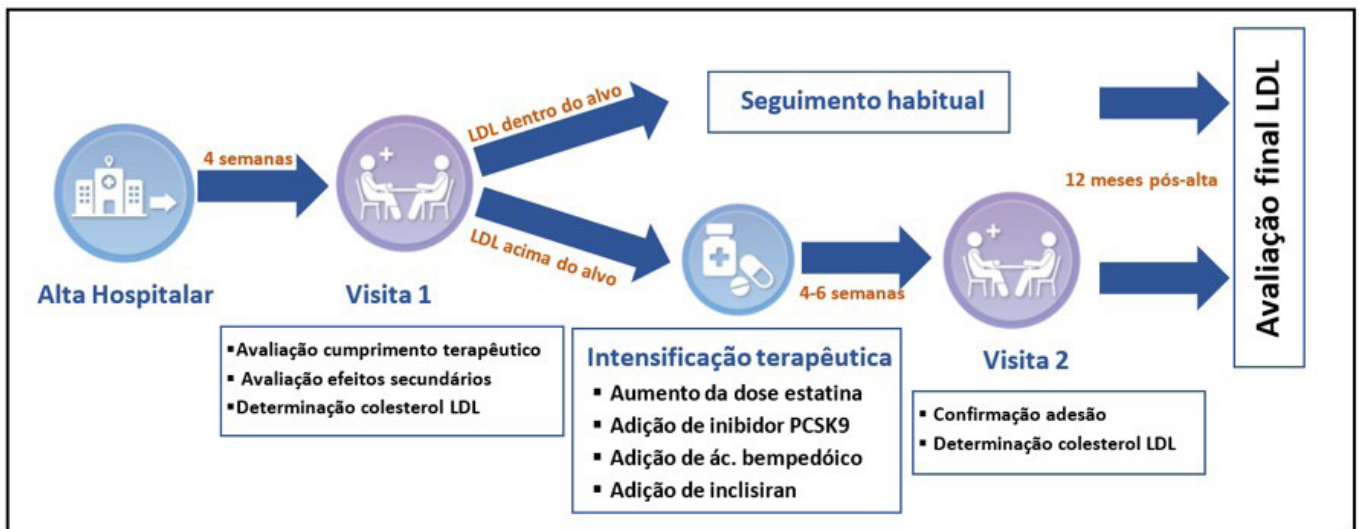
O seguimento regular dos doentes pós-SCA ou ICP é feito em consulta médica, compreendendo geralmente uma avaliação aos 12 meses. Caso não tenha sido determinado LDL nessa consulta, o doente será convocado para nova avaliação dos valores de LDL. Após uma fase piloto, e caso esta estratégia seja bem-sucedida, deverá ser equacionado o alargamento deste programa aos doentes admitidos por doença cerebrovascular e doença arterial periférica.

### Impacto na vida das pessoas

As pessoas inseridas neste projeto terão acesso a cuidados altamente personalizados e focados no controlo dos seus fatores de risco cardiovascular, com particular no colesterol LDL. Esta população de muito alto risco ou de risco extremo necessita frequentemente de terapêuticas mais agressivas, que serão disponibilizadas precocemente. Estas medidas têm como objetivo máximo a redução de recorrência de eventos cardiovasculares e da mortalidade cardiovascular.

### Resultados errados

Com a implementação deste projeto pretende-se que > 70% dos doentes atinjam o valor-alvo de LDL às 4-8 semanas e que aos 12 meses essa taxa seja >90%. Os resultados serão avaliados utilizando indicadores de desempenho (ex: taxa de prescrição de terapêutica combinada à data da alta, taxa de seguimento às 4-6 semanas, taxa de inércia terapêutica (manutenção de terapêutica apesar de alvos não atingidos), taxa de atingimento dos valores alvo às 4-8 semanas e aos 12 meses).



## ABSTRACT Nº 10

### Focused Echocardiography in Cardio-Oncology - Safety and Accuracy of Focused Echocardiography (FECO-SAFE)

Joana Pereira; Mónica Amado; Mariana Saraiva; André Martins; Adriana Vazão; Carolina Gonçalves; Carolina Esteves; Catarina Ruivo; Célia Domingues; Margarida Cabral; Rita Carvalho; Luís Santos; Davide Severino; David Durão

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria

#### Introdução

A cardiotoxicidade associada à terapêutica oncológica é um desafio crescente, com impacto significativo na sobrevivência e qualidade de vida dos doentes. A ecocardiografia transtorácica convencional é a técnica de referência para vigilância cardíaca, mas assenta em protocolos extensos, demorados e uniformes, aplicados de forma indiscriminada. Esta abordagem implica um consumo significativo de recursos, nem sempre justificado pelo perfil de risco individual. O modelo FECO (Focused Echocardiography in Cardio-Oncology) surge como alternativa inovadora, propondo protocolos dirigidos e adaptados em função do fármaco em uso e da estratificação de risco, com o objetivo de aumentar a eficiência sem comprometer a capacidade de deteção precoce de disfunção cardíaca.

#### Descrição sumária

Este estudo prospetivo, randomizado e comparativo estima avaliar 60 doentes oncológicos sob terapêuticas com potencial cardiotoxico (antraciclinas, trastuzumab ou osimertinib), todos com fração de ejeção ventricular esquerda preservada na avaliação basal e sem alterações ecocardiográficas major de relevo. Após ecocardiograma inicial completo, os participantes serão alocados a dois grupos:

- **Convencional** - protocolo completo standard, aplicado a todos os doentes atualmente, segundo recomendações standard da ASE (American Society of Echocardiography) /EACVI (European Association of Cardiovascular Imaging).
- **FECO** - protocolo focado, limitado a janelas e parâmetros direcionados ao fármaco em utilização e perfil do doente. (Tabela 1.)

Os exames serão realizados no início, a cada três meses (ou conforme estratificação de risco) e no final da terapêutica ou aos 12 meses. Será contabilizado o tempo por exame tendo em conta o tempo de realização com aquisição de imagens e medições associadas.

O endpoint primário é a deteção de disfunção cardíaca subclínica (redução relativa do strain longitudinal global >15% com fração de ejeção preservada, ou fração de ejeção <50%).

Endpoints secundários incluem a instituição de terapêutica cardioprotetora, referenciação para consulta de cardio-oncologia, carga de trabalho ecocardiográfica e ocorrência de eventos clínicos adversos (insuficiência cardíaca, internamentos, eventos cardiovasculares maiores, mortalidade por todas as causas e mortalidade cardiovascular).

## Impacto na vida das pessoas

O desenvolvimento de protocolos mais curtos e direcionados tem o potencial de tornar a vigilância cardíaca em oncologia mais acessível, rápida e sustentável. A possibilidade de reduzir o tempo de cada exame sem perda de qualidade permitirá aumentar a capacidade de resposta dos laboratórios de ecocardiografia, expandir a cobertura a um maior número de doentes e promover a continuidade dos tratamentos oncológicos sem interrupções desnecessárias. Para os doentes, esta estratégia representa diagnósticos mais precoces, intervenções cardioprotetoras atempadas e menor risco de complicações graves, traduzindo-se numa melhor qualidade de vida e maior segurança durante todo o percurso terapêutico. Para os serviços de saúde, implica ganhos de eficiência, redução de sobrecarga e utilização mais racional dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

## Resultados esperados

Espera-se demonstrar que a abordagem focada é não inferior à convencional na deteção precoce de disfunção cardíaca, mas com ganhos claros em tempo e carga de trabalho. Prevê-se uma redução significativa na duração média dos exames, sem perda de sensibilidade diagnóstica. Caso confirmado, o modelo FECO poderá ser implementado de forma rotineira em programas de vigilância cardio-oncológica, promovendo uma prática clínica mais eficiente, segura e adaptada às necessidades reais.

Janelas necessárias	Medições recomendadas
Apical de 4 câmaras	FEVE, SLGVE, RWMA. Volume da AE, E/e', aquisição de volume total em 3D (se disponível), avaliação da IM e IT com Doppler
Apical de 2 câmaras	FEVE, SLGVE, avaliação de RWMA
Apical de 3 câmaras	SLGVE, avaliação de RWMA
Apical de 4 câmaras focada no VD	Dimensões do VD, RVFWLS, RVGLS, TAPSE, S'

FEVE = Fração de Ejeção do Ventrículo Esquerdo; SLGVE = Strain Longitudinal Global do Ventrículo Esquerdo; RWMA (Regional Wall Motion Abnormalities) = Alterações da cinética segmentar; AE = Aurícula Esquerda; E/e' = Relação entre as velocidades de enchimento transmitral e diastólica mitral; IM = insuficiência mitral; IT = insuficiência tricúspide; VD = ventrículo direito; RVFWLS = Strain longitudinal da parede livre do VD; RVGLS = strain longitudinal global do VD; TAPSE = excursão sistólica do plano do anel tricúspide; S' = velocidade sistólica medido por doppler tecidual.

# ABSTRACT Nº 11

## Estabelecimento de Reunião Multidisciplinar de Endocardites Infecciosas (Endocarditis Team)

Carolina Pereira Mateus<sup>1</sup>; Inês Miranda<sup>1</sup>; Filipa Gerardo<sup>1</sup>; Mário Ferreira<sup>1</sup>; Maria Isabel Alves<sup>1</sup>; Francisco Madeira<sup>1</sup>; Márcio Madeira<sup>2</sup>; José Morais<sup>1</sup>; João Baltazar Ferreira<sup>1</sup>; Joana Batista<sup>1</sup>

1. Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra

2. Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental

### Introdução

A Endocardite Infecciosa (EI) apresenta em Portugal uma incidência estimada entre 3 e 12 por 100.000 habitantes e uma taxa de mortalidade de 2,1 por 100.000 habitantes, com tendência de crescimento anual. Trata-se de uma patologia grave, de diagnóstico e tratamento complexos, que requer abordagem integrada. As mais recentes recomendações internacionais (ESC 2023) reforçam a importância da articulação de casos através de Equipas Multidisciplinares de Endocardite, de modo a otimizar os cuidados prestados aos doentes e reduzir taxas de mortalidade.

Neste contexto, foi criada uma reunião semanal dedicada à revisão e discussão de casos suspeitos ou confirmados de EI, envolvendo especialistas de diferentes áreas relevantes: Cardiologistas Clínicos, Cardiologistas de Imagem, Infecciologistas, Internista, Cirurgião Cardíaco e Arritmologista (estes últimos com presença *on demand*).

A Reunião Multidisciplinar de EI é um trabalho clinicamente exigente e moroso, pela revisão de todos os casos suspeitos e confirmados de EI, otimizando tanto o diagnóstico, como as várias etapas do tratamento. Não existindo incentivos locais para a realização da mesma, há diversas Unidades Locais de Saúde que ainda não implementaram a sua reunião.

Serve a presente candidatura não apenas para incentivar a implementação de reuniões de equipas multidisciplinares, mas também para agradecer o esforço de toda a equipa envolvida e louvar os bons resultados obtidos até ao momento.

### Descrição sumária

A nossa reunião multidisciplinar iniciou-se em dezembro de 2024 e decorre semanalmente, com duração habitual entre 60 a 90 minutos, prolongando-se quando assim for necessário. Os casos são sinalizados pelas equipas clínicas responsáveis e referenciados através de um canal institucional próprio, acompanhado de resumo clínico.

Em cada reunião são discutidos, para cada caso:

- Métodos diagnósticos adicionais, quando necessário;
- Antibioterapia indicada (antibiótico, posologia e duração do mesmo);
- Gestão de EI associadas a dispositivos;
- Orientação de complicações de EI, através de articulação com a cirurgia cardíaca e assegurando-se tratamento na janela temporal de acordo com as *guidelines*;
- Outras possíveis questões relacionadas com doentes com EI.

As decisões são registadas em processo clínico informático, assegurando rastreabilidade e continuidade assistencial.

## **Impacto na vida das pessoas**

Este projeto promove a uniformização e melhoria dos cuidados prestados a doentes com EI, garantindo a aplicação consistente de práticas recomendadas. Pretende-se reduzir o tempo de internamento, a mortalidade intra-hospitalar e melhorar a articulação entre diferentes especialidades.

Os principais beneficiários são os doentes, que passam a ter acesso a decisões clínicas fundamentadas e partilhadas, e também as equipas médicas, que encontram apoio diferenciado na gestão de casos de elevada complexidade e morbimortalidade.

## **Resultados conseguidos**

Nos primeiros nove meses de atividade, foram realizadas 40 reuniões e discutidos 46 casos: 28 confirmados, 6 possíveis e 12 posteriormente excluídos. Entre os 34 doentes com diagnóstico confirmado ou possível, registaram-se 9 óbitos, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 26,4%, valor inferior ao previamente observado no mesmo contexto (32,5%). O aumento progressivo do número de referências e o feedback positivo obtido reforçam a utilidade e benefício da discussão estruturada e regular destes casos em equipa multidisciplinar.

## ABSTRACT Nº 12

### Projeto-piloto de treino de familiares de doentes cardíacos em Suporte Básico de Vida - Family First Aid

*Carolina Pereira Mateus; Filipa Gerardo; Filipa Carvalho; Cecília Ferreira; Jorge Fernandes; Inês Fialho; David Roque*

*Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra*

#### Introdução

A mortalidade após alta hospitalar continua a ser pouco estudada, em particular no contexto cardiovascular. Apesar da redução significativa da mortalidade intra-hospitalar nas últimas décadas, a mortalidade no primeiro ano após a alta mantém-se elevada, sobretudo em doentes idosos e por causas não cardiovasculares. A paragem cardiorrespiratória é uma das principais causas de morte súbita, mas a maioria dos episódios ocorre fora do hospital, frequentemente sem manobras imediatas de suporte básico de vida (SBV). Em Portugal, apenas cerca de 15% das vítimas recebem SBV antes da chegada dos meios de emergência. Paralelamente, estudos nacionais mostram que a literacia em SBV é reduzida, com grande parte da população a desconhecer a técnica correta. O treino de familiares de doentes de risco surge, assim, como uma estratégia promissora para aumentar a sobrevivência em situações críticas.

#### Descrição sumária

O projeto consiste na implementação de um programa de formação em SBV dirigido a familiares que coabitam com doentes em risco acrescido de morte súbita cardíaca. A seleção dos candidatos é realizada durante o internamento hospitalar, mediante critérios clínicos específicos abaixo enumerados, assegurando a inclusão de familiares capazes e motivados para a participação.

#### Critérios de inclusão:

1. Doentes, em que se preveja alta clínica para o domicílio, com um dos seguintes diagnósticos:
  - a) Enfarte Agudo do Miocárdio com disfunção ventricular esquerda (FEVE < 40%) no Ecocardiograma Transtorácico pré alta;
  - b) Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida que não tenham ainda implantado CDI;
  - c) Síncope de origem cardíaca, esclarecida ou não, aos quais não tenha sido implantado CDI.
2. Com familiares que vivam na mesma casa e que sejam fisicamente capazes de realizar manobras de Suporte Básico de Vida;
3. Cujos familiares concordem em participar em treino de Suporte Básico de Vida.

### **Critérios de exclusão:**

1. Doentes em que se tenha decidido pela não implantação de CDI considerando esperança média de vida inferior a 1 ano;
2. Doentes que recusem manobras de suporte de órgão ou que o tenham deliberado em Testamento Vital;
3. Doentes sem familiares a residir no mesmo domicílio;
4. Familiares que recusem participar em treino de Suporte Básico de Vida;
5. Familiares idosos, com várias comorbilidades, e que sejam considerados pela equipa do projeto como incapazes de realizar manobras de SBV de forma adequada.

O programa é gratuito e combina ensino teórico (reconhecimento da paragem cardiorrespiratória, segurança, pedido de ajuda e ativação do sistema de emergência) com treino prático em manequins, focado na correta execução das compressões torácicas e na sequência recomendada de SBV. O material educativo é disponibilizado previamente para facilitar a preparação. As sessões decorrem em pequenos grupos, assegurando acompanhamento próximo e reforço de competências.

### **Impacto na vida das pessoas**

A capacitação dos familiares tem como principal objetivo aumentar a probabilidade de realização precoce de manobras de SBV em caso de paragem cardiorrespiratória no domicílio, melhorando a sobrevivência e o prognóstico funcional dos doentes. Paralelamente, promove-se maior literacia em saúde, confiança na resposta a emergências e envolvimento ativo das famílias no processo de cuidados. O impacto esperado ultrapassa o núcleo familiar, dado que os participantes podem aplicar as competências adquiridas em qualquer contexto comunitário.

### **Resultados esperados**

Prevê-se que os familiares formados adquiram competências sólidas em SBV, demonstradas tanto em conhecimento teórico como na execução prática adequada. A curto prazo, espera-se maior confiança na identificação de situações de paragem cardiorrespiratória e na realização precoce de manobras, aumentando a probabilidade de sobrevivência em contexto domiciliário. A médio prazo, este programa poderá contribuir para reduzir a morte súbita em doentes de risco, encurtar o tempo até ao início da reanimação e reforçar a literacia em saúde da comunidade.

## ABSTRACT Nº 13

### **Consulta de Acesso Rápido de Dor Torácica: um programa para o diagnóstico precoce e estratificação personalizada da Doença Arterial Coronária**

*Francisca Martins Nunes; Marta Catarina Almeida; Mariana Silva Ribeiro; Fábio Nunes; Rita Faria; Nuno Dias Ferreira; Ricardo Fontes Carvalho*

*Unidade Local de Saúde de Gaia e Espinho*

#### **Introdução**

Apesar da tendência à redução global da mortalidade ajustada por doença cardiovascular, o envelhecimento populacional tem conduzido a um aumento da prevalência da doença arterial coronária (DAC), sobretudo nas formas crónicas e estáveis da doença. Este burden significativo traduz quer o impacto clínico desta entidade, quer os elevados custos económicos e sobrecarga de recursos para os sistemas de saúde. [1]

A síndrome coronária crónica (SCC) apresenta-se de forma heterogénea, desde a angina estável típica, à insuficiência cardíaca de etiologia isquémica ou até a doentes assintomáticos com alterações imagiológicas ou eletrocardiográficas. [2] A correta estratificação destes doentes depende, não só, da disponibilidade de exames complementares de diagnóstico - com destaque para a angiografia coronária por TAC (AngioTC coronária) e outros testes de imagem funcionais - mas também do tempo de resposta a primeira consulta, um entrave frequente à orientação efectiva e precoce destes doentes.

Face a este desafio, torna-se fundamental criar modelos organizativos inovadores que permitam avaliação célere, personalizada e baseada no risco, garantindo diagnóstico precoce, otimização terapêutica e referenciação adequada. Foi com este objetivo que desenvolvemos a Consulta de Acesso Rápido de Dor Torácica, assente em protocolos estruturados que integram avaliação clínica, imagiologia avançada e intervenção precoce.

#### **Descrição**

Este programa foi implementado em novembro de 2024, abrangendo doentes que cumpram os critérios de inclusão e nenhum dos critérios de exclusão descritos na figura 1. No pedido de consulta, entre outros, deve constar uma descrição detalhada das características da dor torácica. O doente, se aceite, é convocado e avaliado em consulta presencial pelo médico do serviço de cardiologia e, por fim, submetido a realização de AngioTC coronário no mesmo dia, na ausência de contra-indicações para o referido exame. Posteriormente, com base no resultado da AngioTC coronária expressa através da classificação CAD-RADS2.0, o doente é orientado para o médico assistente, para a realização de EAD adicionais (estudo de isquemia em < 3 meses) ou para estratificação invasiva (angiografia coronária invasiva em < 2 semanas), sendo que, em ambos os cenários, são otimizados os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) e, quando aplicável, otimizada a terapêutica modificadora de prognóstico e anti-isquémica (ver fluxograma - figura 2). [3]

## Resultados conseguidos

Até à data, foram avaliados um total de 127 doentes, convocados para consulta em tempo mediano de 30 dias. A maioria destes são do sexo masculino (59,1%), com uma média de idades de 61.1 anos. A mediana da probabilidade pré teste de SCC destes doentes foi de 11% (categoria baixa - 41,5%), o que, à luz das guidelines atuais, assenta na preferência de utilização do AngioTC coronário para exclusão de DAC. Apenas 32% tinham sintomas compatíveis com dor torácica de características cardíacas. As características demográficas da amostra estão detalhadas na tabela 1 (figura 3).

Um total de 108 (85.0%) doentes realizaram AngioTC coronário, sendo o valor mediano de score de cálcio 53.8 unidades Hounsfield. Após excluída DAC obstrutiva, 63 doentes (49.6%) receberam alta para o médico assistente. Dos restantes, e de acordo com o fluxograma de atuação, 26.7% foram orientados para estudo adicional com teste de isquemia e 13.4% para angiografia coronária invasiva. Estes exames foram realizados numa mediana de 28.5 dias (IQR 8,0-25,0). O seguimento foi depois assegurado fundamentalmente em consulta de Cardiologia Geral.

Este protocolo demonstrou ser exequível e eficaz, permitindo que grande parte dos doentes obtenha diagnóstico e orientação terapêutica após uma única observação hospitalar, enquanto aqueles com DAC de maior risco beneficiam de referenciação precoce. Assim, a Consulta de Acesso Rápido de Dor Torácica representa um modelo inovador de prática clínica, com ganhos claros em eficiência assistencial, diagnóstico precoce, personalização de cuidados e maior conforto para o doente.



**CHALLENGES *in***  
**CARDIOLOGY**

[challengesincardiology.com](http://challengesincardiology.com)