

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA Cardiologia ADULTO

O protocolo de Cardiologia será publicado em breve, conforme resolução CIB/RS 764/2014. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória. Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade de encaminhamento.

Ressaltamos que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

Pacientes com arritmias graves, cardiopatia isquêmica sintomáticos com tratamento otimizado e insuficiência cardíaca classe funcional NYHA III e IV devem ter preferência no encaminhamento ao cardiologista, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesse protocolo.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência (como síndrome coronariana aguda, fibrilação atrial de início recente ou repercussões hemodinâmicas de risco, entre outras) são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 15 de junho de 2015.

Revisado em 04 de março de 2016.

Protocolo 1 – Cardiopatia Isquêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana aguda.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para exames de investigação diagnóstica como ergometria, cintilografia miocárdica ou ecocardiografia de estresse:

- Paciente com dor torácica suspeita de cardiopatia isquêmica, com probabilidade pré-teste intermediária ou alta (probabilidade acima de 10%). Para estimar a probabilidade pré-teste, ver quadro 1 no anexo; ou
- Suspeita de cardiopatia isquêmica por equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- cardiopatia isquêmica estabelecida em pacientes com necessidade de estratificação de risco após evento agudo (quando não realizada no serviço de urgência ou emergência); ou
- cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrato oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação (ver classificação da angina estável no quadro 2 e tratamento na tabela 1 do anexo); ou
- suspeita de cardiopatia isquêmica, se impossibilidade de investigação com exames não invasivos (ergometria, ecocardiografia de estresse, cintilografia miocárdica) ou indicação de cateterismo cardíaco (ver quadro 3 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) idade e sexo¹;
- 2) sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
- 3) medicamentos em uso, com posologia;
- 4) resultado do eletrocardiograma, com data;
- 5) resultado de outros exames complementares, como ergometria, ecocardiografia, cintilografia miocárdica ou cateterismo cardíaco, com data (se disponíveis);
- 6) presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros se presentes;
- 7) história de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral (sim ou não). Se sim, descreva o evento e resultado dos exames diagnósticos realizados;
- 8) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

¹ Idade e sexo podem ser identificados no sistema informatizado de regulação, quando existente.

Protocolo 2 – Insuficiência Cardíaca

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ecocardiografia:

- suspeita de insuficiência cardíaca, com raio-X de tórax ou eletrocardiograma com alterações compatíveis; ou
- suspeita de insuficiência cardíaca, com raio-x de tórax e eletrocardiograma normais, após investigação de outras causas alternativas; ou
- avaliação de paciente com insuficiência cardíaca e mudança do quadro clínico - piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia).

Atenção: Não está indicado solicitar ecocardiografia para acompanhamento de paciente com insuficiência cardíaca controlada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- Classe funcional (NYHA) III e IV em pacientes já com tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância – (ver no anexo: quadro 4 para definição da classe funcional, tabela 2 para posologia dos medicamentos e figura 1 para definição das medicações indicadas em cada classe funcional); ou
- episódio de internação hospitalar devido à insuficiência cardíaca descompensada no último ano; ou
- suspeita de insuficiência cardíaca sem possibilidade de investigação com ecocardiografia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão);
- 2) resultado do eletrocardiograma, com data (na ausência da ecocardiografia);
- 3) resultado do raio-x de tórax, com data (na ausência da ecocardiografia);
- 4) resultado do ecocardiografia, com data (se disponível);
- 5) medicações em uso, com posologia;
- 6) número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
- 7) outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- 8) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 3 – Arritmias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- arritmias em paciente com sinais de hipoperfusão, síncope, dispneia, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (ver quadro 5 no anexo), entre outras.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência); ou
- bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo); ou
- fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm); ou
- taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento; ou
- outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência); ou
- investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas)
- 2) tipo de arritmia, quando estabelecida;
- 3) medicações em uso (todas), com posologia;
- 4) descrição do eletrocardiograma, com data;
- 5) outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- 6) descrição do Holter, com data (se disponível);
- 7) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 4 Síncope ou perda transitória da consciência

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência:

- episódio de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (ver quadro 5 no anexo) ou história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos, entre outras.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia (sempre avaliar necessidade de encaminhar primeiramente para serviço de emergência):

- síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); ou
- síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma (ver quadro 5 no anexo); ou
- síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); ou
- síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; ou
- síncope/pré-síncope de origem indeterminada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva (ver quadro 6 no anexo).

Situações associadas à síncope que usualmente não necessitam avaliação em serviço especializado (síncope vaso-vagal):

- postura ortostática prolongada; ou
- estresse emocional (fatores definidos como: dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- sintomas prodrômicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
- 2) presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
- 3) história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
- 4) resultado de eletrocardiograma com data, se realizado;
- 5) medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim ou não). Se sim, descreva.
- 6) número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Protocolo 5 – Hipertensão Arterial Sistêmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia ou cardiologia ou endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica de hipertensão secundária):

- suspeita de hipertensão secundária (ver quadro 7 no anexo); ou
- hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas;
- 2) medicações em uso, com posologia;
- 3) duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
- 4) alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;
- 5) avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não);
- 6) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

* Para tratamento de hipertensão, veja o Caderno de Atenção Básica n. 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>.

Protocolo 6 – Valvopatias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ecocardiografia:

- qualquer sopro diastólico ou contínuo; ou
- sopro sistólico associado a (pelo menos um):
 - sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope); ou
 - sopro de grau elevado ($\geq 3/6$) ou frêmito; ou
 - alterações significativas em eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax; ou
 - sopro de início recente e suspeita de valvopatia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia ou cirurgia cardíaca:

- todos pacientes com valvopatias moderadas/graves; ou
- paciente sintomático com qualquer valvopatia detectada em ecocardiografia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia cardíaca (quando disponível referenciamentos para esse serviço especializado):

- valvopatia com indicação de correção por procedimento invasivo (cirúrgico ou cateterismo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 1) sinais e sintomas – presença de síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução; frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA);
- 2) presença de sopro (sim ou não). Se sim, descrever a localização e as características do sopro, intensidade, com ou sem frêmito;
- 3) outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- 4) descrição do eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax, quando indicado, com data;
- 5) descrição da ecocardiografia (área valvar, gradiente médio, fração de ejeção e diâmetros do ventrículo esquerdo), com data (se disponível);
- 6) número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS/UFRGS.

Referências

BOCCHI, E. A. et al. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 1, supl. 1, p. 3-70, 2009. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ic_93supl01.asp>. Acesso em: 05 jun. 2015.

CESAR, L. A.; FERREIRA, J. F.; ARMAGANIJAN, D. et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 103, n. 2, Supl. 2, 2014. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2014/10302/pdf/Doenca%20Coronaria%20Estavel.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GARBER, A. M., HLATKY, M. A., CHAREONTHAITAWEE, P. **Stress testing for the diagnosis of obstructive coronary heart disease**. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/stress-testing-for-the-diagnosis-of-obstructive-coronary-heart-disease>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. **Primary Care Medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2.

HAYES, D. **Permanent cardiac pacing: indications**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/permanent-cardiac-pacing-indications>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

KANNAN, J. P., AROESTY, J. M., GERSH, B. J. **Stable ischemic heart disease**: overview of care. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/stable-ischemic-heart-disease-overview-of-care>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

KAPLAN, N. M., CALHOUN, D. A. **Treatment of resistant hypertension**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-resistant-hypertension>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

LEVY, S.; OLSHANSKY, B. **Arrhythmia management for the primary care clinician**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/arrhythmia-management-for-the-primary-care-clinician>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Chronic heart failure**: management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. NICE clinical

guideline 108. London: NICE, 2010. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg108>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Quality standard for the epilepsies in adults**. NICE quality standard 26. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs26/resources/guidance-quality-standard-for-the-epilepsies-in-adults-pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Transient loss of consciousness**. NICE quality standard 71. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2014. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/qs71/resources/guidance-transient-loss-of-consciousness-pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Transient loss of consciousness ('blackouts') management in adults and young people**. NICE clinical guideline 109. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010 [atualizado em 2014]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg109/resources/guidance-transient-loss-of-consciousness-blackouts-management-in-adults-and-young-people-pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

NISHIMURA, R. A. et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 63, n. 22, e.57-185.

PEREIRA-BARRETTO, A. C. Tratamento da insuficiência cardíaca crônica. In: SERRANO, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri (SP): Manole, 2009, p. 1065-1074.

SAUER, W. H. **Left bundle branch block**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/left-bundle-branch-block>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001>. Acesso em: 05 jun. 2015.

TARASOUTCHI, F. et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / I Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 97, n. 5, supl. 1, p. 1-67, 2011. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/diretriz-valvopatias.asp>>. Acesso em: 05 jun. 2015.

WALSH, R. A.; FUSTER, V.; FANG, J. F. **Hurst's the heart: heart manual of Cardiology**. 13. ed. New York: McGraw-Hill, 2011, p. 367-399.

Anexos – Quadros, tabelas e figuras auxiliares

Quadro 1 - Probabilidade pré-teste de Doença Arterial Coronariana em pacientes sintomáticos de acordo com idade e sexo

Idade (anos)	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
30 a 39	4	2	34	12	76	26
40 a 49	13	3	51	22	87	55
50 a 59	20	7	65	31	93	73
60 a 69	27	14	72	51	94	86

Fonte: DUNCAN (2013) adaptada de dados combinados de Diamond/Forrester e Registro CASS.

* A presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, tabagismo, hipertensão e dislipidemia) aumenta em 2 a 3 vezes a estimativa a cima.

** Não está indicado realizar ergometria em pacientes com probabilidade pré-teste baixa (dor não anginosa e sem fatores de risco para doença arterial coronariana) na investigação de cardiopatia isquêmica.

*** Classifica-se a probabilidade pré-teste para cardiopatia isquêmica em baixa, intermediária e alta, respectivamente, para valores <10%, 10-90% e >90%.

Quadro 2 – Classificação da Angina Estável (Sociedade de Cardiologia Canadense - CCS)

Classe I	Atividades comuns, como caminhar e subir escadas, não causam angina. O sintoma ocorre com esforços extenuantes e/ ou prolongados no trabalho ou lazer.
Classe II	Limitação leve às atividades comuns. Angina para caminhar mais que duas quadras no plano ou subir mais que um lance de escadas.
Classe III	Limitação marcada às atividades comuns. Angina para caminhar 1 a 2 quadras e/ou subir um lance de escadas.
Classe IV	Angina com qualquer atividade física, podendo estar presente mesmo em repouso

Fonte: DUNCAN (2013).

Tabela 1 – Principais medicamentos utilizados no tratamento farmacológico de pacientes com cardiopatia isquêmica.

Medicamento	Dose e posologia usual	Principais cuidados
Betabloqueadores		
Propranolol	40 - 80 mg, 3 x ao dia	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbios de condução atrioventricular, astenia, disfunção sexual.
Atenolol	25 - 100 mg, 1 x ao dia	
Metoprolol tartarato	50 - 200 mg 2 x ao dia	
Metoprolol succinato	50 - 200 mg, 1 x ao dia	
Carvedilol	3,125 - 50 mg, 1 x ao dia	Carvedilol costuma ser prescrito para pacientes com insuficiência cardíaca associada.
Bloqueadores de canal de Cálcio		
Anlodipina ¹	5,0 - 10 mg, 1 x ao dia	Cefaleia, tontura, rubor facial, edema de extremidades. Verapamil associado a depressão miocárdica e bloqueio atrioventricular
Verapamil	80 - 160 mg, 3 x ao dia	
Diltiazem	30 - 60 mg, 3 x ao dia	
Nitratos²		
Isossorbida dinitrato, oral	10 - 40 mg, 2-3 x ao dia	Cefaleia, hipotensão, hipotensão postural, síncope. Organizar prescrição para intervalo de pelo menos 12 horas sem o fármaco. Para formulação SL, se persistência da dor após 3ª dose, procurar atendimento com urgência.
Isossorbida mononitrato, oral ¹	20 - 40 mg, 2-3 x ao dia	
Isossorbida dinitrato, sublingual ¹	5 mg a cada 5-10 min (se necessário)	
Inibidores da ECA³		
Enalapril	5,0 - 20 mg, 2 x ao dia	Hipercalcemia, perda de função renal (aceitável redução até 30% na TFG), tosse.
Captopril	12,5 - 50 mg, 3 x ao dia	
Antiplaquetários		
AAS ¹	100 mg, 1 x ao dia	Desconforto e sangramento trato digestivo.
Clopidogrel	75 mg, 1 x ao dia	
Estatinas		
Sinvastatina ¹	20 - 40 mg, à noite	Atentar para hepatopatia, rabdomiólise (efeitos graves). Cuidado com associação com fibratos.
Pravastatina	20 - 80 mg, à noite	
Atorvastatina	10 - 80 mg, à noite	

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

¹ Fármacos preferenciais em cada classe considerando-se interações, posologia e disponibilidade.

² Para evitar tolerância ao nitrato fazer intervalo noturno de 10 a 12 horas sem o medicamento.

³ IECA não apresenta melhora dos sintomas anginosos, porém reduz novos eventos cardiovasculares. Sugere-se uso em pacientes com cardiopatia isquêmica e disfunção ventricular, pós infarto agudo do miocárdio e pós revascularização miocárdica.

Quadro 3 – Recomendação para angiografia coronariana em pacientes com Doença Arterial Coronariana

1. Angina estável (CCS III ou IV – ver quadro 2) apesar de tratamento clínico otimizado.
2. Achados em testes não invasivos sugestivos de alto risco para eventos, independente de sintomas. <u>Teste de Esforço:</u> - baixa capacidade funcional (menor que 4 METs), - isquemia que ocorre em baixa intensidade, - diminuição da pressão arterial sistólica com aumento de carga, - infradesnivelamento do seguimento ST de 2 mm ou mais, - envolvimento de múltiplas derivações eletrocardiográficas, - alterações no seguimento SR que persistem na recuperação. <u>Método de Imagem:</u> - Disfunção ventricular esquerda (FE < 35%) ou queda de FE com estresse, - Múltiplos defeitos de perfusão/contratilidade ou área de isquemia > 10%.
3. Sobreviventes de parada cardíaca e arritmia ventricular, quando não realizado na unidade de emergência.
4. Angina e sintomas de insuficiência cardíaca.
5. Diagnóstico incerto após testes não invasivos.
6. Impossibilidade de se submeter a testes não invasivos por incapacidade física, doença ou obesidade.
7. Profissões de risco que requerem um diagnóstico preciso.

Fonte: CESAR (2014) e Duncan (2013).

Quadro 4 - Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA)

Classe Funcional	Definição
Classe I	Sem limitações. A atividade física rotineira não causa fadiga exagerada, dispneia, palpitações ou angina.
Classe II	Pequena limitação na atividade física; esse pacientes permanecem confortáveis em repouso. A atividade física rotineira resulta em fadiga, palpitações, dispneia ou angina.
Classe III	Limitação importante na atividade física. Atividades menores do que as rotineiras produzem sintomas; pacientes permanecem confortáveis em repouso.
Classe IV	Incapacidade de desempenhar qualquer atividade física sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou angina presentes mesmo em repouso. Agravamento do desconforto com qualquer atividade física.

Fonte: DUNCAN (2013).

Tabela 2 – Principais medicamentos para o tratamento de Insuficiência Cardíaca Crônica.

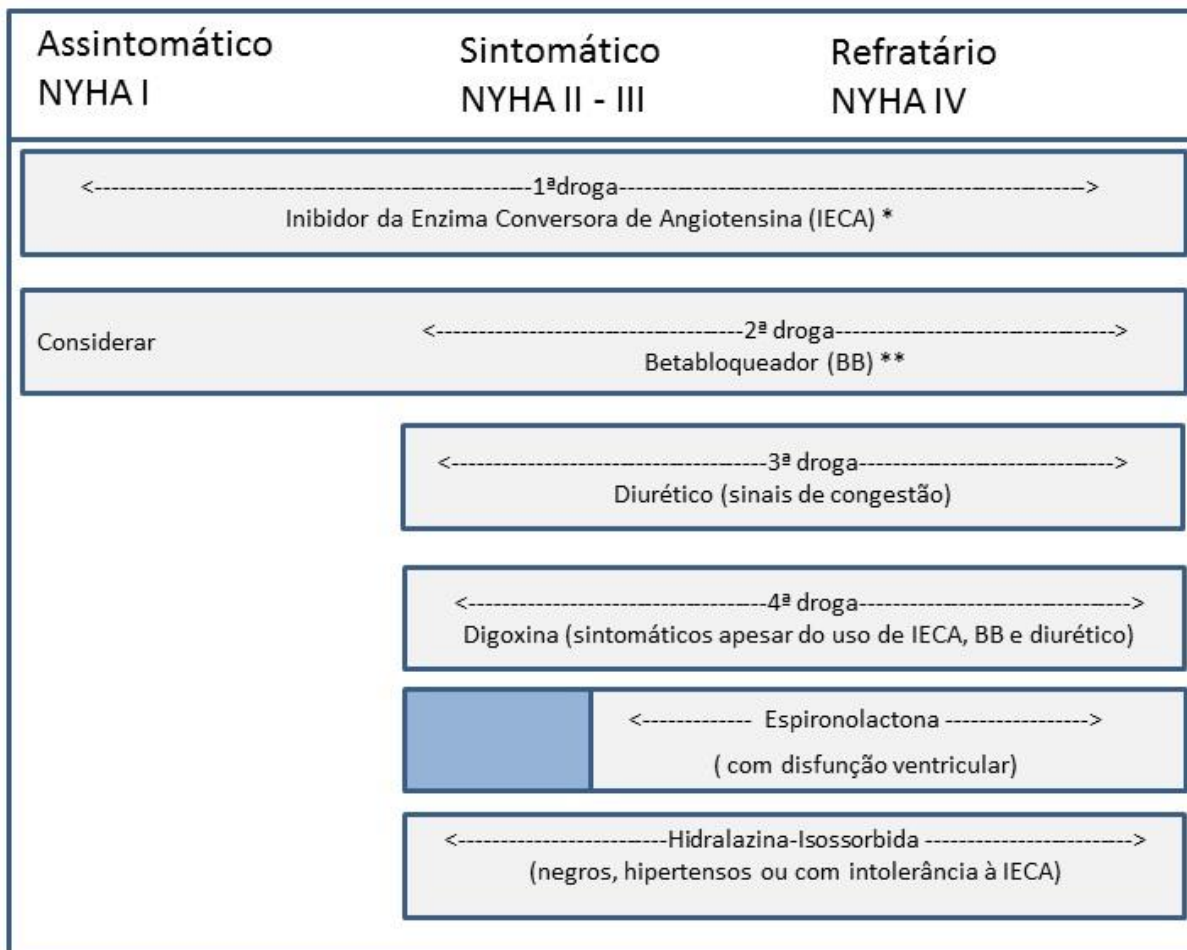
Medicamento	Dose e posologia usual	Principais cuidados
Inibidores da ECA¹		
Enalapril	5,0 - 20 mg, 2 x ao dia	Hipercalcemia, perda de função renal (aceitável redução de até 30% na TFG), tosse
Captopril	12,5 - 50 mg, 3 x ao dia	
Betabloqueadores		
Metoprolol tartarato	50 - 200 mg, 2 x ao dia	Broncoespasmo, bradicardia, distúrbio de condução atrioventricular, astenia, disfunção sexual.
Metoprolol succinato	50 - 200 mg, 1 x ao dia	
Carvedilol	3,125 - 50 mg, 1 x ao dia	
Diuréticos		
Hidroclorotiazida	25 - 100 mg, 1 x ao dia	Hipotensão postural, hipocalemia, insuficiência renal pré-renal.
Furosemida	40 - 160 mg, 1 a 3x ao dia	
Espironolactona	25 mg, 1 x ao dia	Hipocalemia, ginecomastia e redução da excreção renal de digoxina.
Digoxina		
Digoxina	0,125 - 0,250 mg 1x ao dia ou 3 x na semana.	Janela terapêutica pequena. Monitorar sinais de intoxicação como: arritmias, distúrbios gastrointestinais e visuais e alterações eletrocardiográficas.
Combinação Hidralazina + Nitrato²		
Hidralazina	12,5 - 50 mg, 3x ao dia	Cefaleia, hipotensão, hipotensão postural, síncope.
Dinitrato de Isossorbida	10 - 40 mg, 3x ao dia	
Mononitrato de isossorbida	20 a 40 mg, 3x ao dia	

Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

1 Na intolerância a IECA, considerar Bloqueador do Receptor de Angiotensina (BRA) como losartana 50 a 100 mg 1 x ao dia.

2 Para evitar tolerância ao nitrato fazer intervalo noturno de 10 a 12 horas sem o medicamento.

Figura 1 – Medicamentos utilizados no tratamento de Insuficiência Cardíaca Crônica, conforme classe funcional.



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS (2015).

* Na intolerância ao IECA considerar utilização de Bloqueador do Receptor de Angiotensina (ex: losartana).

** O betabloqueador (metoprolol, atenolol ou carvedilol) pode ser iniciado conjuntamente ao IECA (NYHA II-IV) ou após atingir dose máxima tolerada do IECA. Considerar uso de betabloqueador em paciente assintomáticos (NYHA I) com disfunção ventricular pós-infarto do miocárdio. Não está indicado uso de propranolol no tratamento de ICC.

*** Considerar uso de espironolactona em pacientes com classe NYHA II que apresentam fração de ejeção inferior ou igual a 35% e história prévia de hospitalização por doença cardiovascular.

Quadro 5 – Alterações eletrocardiográficas compatíveis com episódio de síncope que sugerem avaliação em serviço de emergência

Taquicardia Ventricular
Taquicardia supraventricular paroxística rápida
Taquicardia ventricular polimórfica não-sustentada/Intervalos de QT curto e longo
Disfunção de marca-passo ou cardio-desfibrilador implantável
Bradicardia sinusal persistente com frequência cardíaca inferior a 45 bpm
Síndrome de Brugada
BAV 2º grau Mobitz II ou BAV 3º grau
Bloqueio sinoatrial repetitivo ou pausas significantes maiores que 3 segundos

Fonte: NICE quality standard 71 (2014).

Quadro 6 - Alteração de consciência sugestiva de crise convulsiva

Língua mordida
Desvio cefálico lateral persistente durante a crise
Posturas não usuais de tronco ou membros durante a crise
Contração muscular prolongada de membros (atentar para o fato que pacientes com síncope podem apresentar abalos musculares não prolongados)
Confusão mental prolongada após a crise

Fonte: NICE quality standard 26 (2013).

Quadro 7 – Características que sugerem hipertensão secundária

Suspeita Clínica	Alteração
Hipertensão grave ou com lesão em órgão alvo de evolução rápida ou resistente ao tratamento (mal controle pressórico a despeito de uso adequado de três medicamentos anti-hipertensivos de classes diferentes, incluindo uso de diurético).	
Elevação súbita persistente da pressão em pessoas com idade superior a 50 anos.	
Início antes dos 30 anos em pessoas sem fatores de risco (obesidade, história familiar).	
Doença renovascular	Sopro abdominal, alteração da função renal por medicamentos que bloqueiam o sistema renina-angiotensina (inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador do receptor da angiotensina). Suspeita-se quando houver diminuição de 30% da taxa de filtração glomerular após iniciar a medicação ou incremento na creatinina basal em 0,5 a 1 mg/dL.
Doença do parênquima renal	Elevação da creatinina, ureia, proteinúria, hematúria.
Coarctação da aorta	Pulsos femorais reduzidos ou retardados, pressão sistólica em membros superiores pelo menos 10 mmHg maior que nos membros inferiores, sopro sistólico interescapular ou sopro sistólico amplo em crescendo-decrescendo em toda parede torácica.
Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono	Ronco, sonolência diurna, apneia noturna.
Hipertireoidismo	Intolerância ao calor, perda de peso, palpitações, hipertensão sistólica, exoftalmia, tremores, taquicardia.
Hiperparatireoidismo	Litíase urinária, osteoporose, depressão, letargia, fraqueza muscular
Hiperaldosteronismo	Hipocalemia e/ou com nódulo adrenal
Feocromocitoma	Hipertensão paroxística com cefaleia, sudorese e palpitações.
Síndrome de Cushing	Face em “lua cheia”, “corcova” dorsal, estrias purpúricas, obesidade central.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010).

Na ausência de suspeita clara de hipertensão secundária, deve-se avaliar:

- medida inadequada da pressão arterial;
- hipertensão do avental branco;
- tratamento inadequado;
- não adesão ao tratamento;
- progressão das lesões nos órgãos-alvo da hipertensão;
- presença de comorbidades;
- interação com medicamentos.

Organização:

Erno Harzheim
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Elaboração de Texto:

Elise Botteselle de Oliveira
Erno Harzheim
Guilherme Emanuel Bruning
Josué Basso
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz
Pablo de Lannoy Stümer
Priscila Raupp da Rosa
Rudi Roman
Designer:
Luiz Felipe Telles

Revisão Técnica

Ana Célia da Silva Siqueira
Complexo Regulador Estadual – SES/RS
Letícia Felipak dos Passos Martins
Rosely de Andrade Vargas

TelessaúdeRS/UFRGS 2015
Porto Alegre – RS.