

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO À CARDIOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2021
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde (DRS)
Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dr. Adilson Alves Gabriel (Cardiologista - UGPS)

Dr. Sergio Devanir (Cardiologista - UGPS)

Dra. Mariza Caldeira Salvatierra (Clínica Geral UGPS e Cardiologista)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora - DRS)

Dra. Patricia Ledo (Médica Assessora em Saúde do Adulto e do Idoso).

Diretora do DRS: Fabiana Barrete de Alcântara Fredo.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO -----	03
FLUXO DE ATENDIMENTO -----	04
PRIORIZAÇÃO -----	05
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA -----	06
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA -----	12
ARRITMIAS -----	15
DOENÇA OROVALVAR -----	19
DOENÇA ATEROESCLERÓTICA CORONARIANA-----	20
SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA -----	29
ANTICOAGULAÇÃO -----	33
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -----	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	38



APRESENTAÇÃO

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na *Atenção Básica*, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da *Atenção Especializada*.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.



FLUXO DE ATENDIMENTO

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde

O agendamento da consulta especializada deve condizer com a estratificação de risco estabelecida pelo médico da unidade básica de saúde. Essa estratificação de risco é importante, uma vez que casos clínicos classificados como prioridade P1 devem ser enviados para a Regulação Médica (via email da regional de saúde a que pertence a UBS).

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para subespecialidade ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).



PRIORIZAÇÃO:

- **P 0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao PS (pronto-socorro).
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como P1 devem ser encaminhados ao e-mail da regulação médica, de acordo com a regional a que pertence a unidade básica de saúde:

Regional 1 - e-mail: regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br

Regional 2 - e-mail: regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br

Regional 3 - e-mail: regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br

Regional 4 - e-mail: regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br



1. HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Todo adulto com 18 anos ou mais de idade, quando vier à uma unidade de saúde para consultas, atividades educativas, procedimentos ou outro motivo, e não tiver registro no prontuário de, ao menos, uma verificação de pressão arterial (PA) no último ano, deverá tê-la verificada e registrada no prontuário.

Definição de Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ ou medicamentoso) superam os riscos. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/ ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg.

Diagnóstico:

O diagnóstico pode ser realizado com medidas da pressão arterial tanto em consulta médica e/ou enfermagem, quanto em casa:

- No consultório: duas (2) medidas iguais ou superiores a 140 mmHg de sistólica e/ou superior 90 mmHg de diastólica.
- Em casa (MRPA ou MAPA): medida residencial da pressão arterial (MRPA) - consiste na obtenção de três medidas da PA pela manhã (antes do desjejum e antes da tomada da medicação) e três medidas à noite (antes do jantar) durante cinco dias ou na obtenção de duas medidas pela manhã e à noite durante sete dias consecutivos. O diagnóstico é dado quando a média é igual ou superior a 130 mmHg de pressão sistólica e/ou 80 mmHg de diastólica.



Valores da Pressão arterial

	Consultório	MRPA
Normotensão	<140x90 mmHg	<130x80 mmHg
Hipertensão	≥140x90 mmHg	≥130x80 mmHg

Importante:

Hipertensão do Avental Branco: valores anormais de pressão arterial no consultório, mas normais no MRPA ou MAPA. Pacientes que sempre apresentam pressão arterial alta na consulta é interessante pedir que realize MRPA para descartar Hipertensão do Avental Branco.

Estratificação de risco:

Deve-se estratificar o paciente com doença crônica em risco baixo, médio ou alto para poder realizar um melhor acompanhamento:

- RISCO BAIXO: 1 ou 2 fatores de baixo/médio risco
- RISCO MÉDIO: 3 ou mais fatores de baixo/médio risco
- RISCO ALTO: pelo menos 1 fator de alto risco

FATORES DE BAIXO/MÉDIO RISCO: Tabagismo, Hipertensão controlada, Obesidade IMC > 30Kg/m², Sedentarismo, HIV positivo, Mulheres > 65 anos ou homem > 55 anos, História familiar de evento cardiovascular em homens < 55 e mulheres < 65 anos.

FATORES DE ALTO RISCO: História de Acidente Vascular cerebral ou Ataque Isquêmico Transitório, História de Infarto Agudo do Miocárdio ou Insuficiência Cardíaca, Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo, Obesidade IMC > 40Kg/m², Doença Renal crônica estágio 4, Retinopatia, Aneurisma de Aorta abdominal, Estenose de carótida sintomática, Lesão arterial sintomática em membros inferiores, Diabetes Mellitus mal controlada, uso de insulina mais de



2 vezes ao dia.

Metas pressóricas

- Inicialmente reduzir PA < 140 x 90 mmHg em todos os pacientes
- Se bem tolerada, reduzir para $\leq 130 \times 80$ mmHg. A tendência atual é considerar 120x80 mmHg
- Pacientes com < 65 anos, com comorbidades, em uso de medicamentos, PAS entre 120 e 129
- PA < 130x80 mmHg para pacientes com alto risco cardiovascular, exceto em diabéticos e pacientes com doença arterial coronariana (meta de 130x80 mmHg e não 120x70 mmHg)
- Reavaliar PA mensalmente até o controle da mesma e, depois, controles trimestrais.
- Em pacientes PA normal aferir a cada 2 anos
- Em pré hipertensos aferir anualmente
- Pós AVC: manter PAS entre 120-130 mmHg
- Para idosos considerando a condição global e a medida PA no consultório:

Idosos hígidos ou com fragilidade leve:

- Meta: 130-139/70-79 mmHg

- Limiar: até 140/90mmHg

Idosos com fragilidade moderada ou mais:

- Meta: 140-149/70-79 mmHg

- Limiar: até 160/90mmHg

--- Evitar PAD < 65-70 mmHG em portadores de DAC clinicamente manifesta



Fatores que podem ser causa:

- Sensibilidade ao Sal
- Aumento da Volemia (maior ingestão de sódio, nefropatia crônica ou uso inadequado de diuréticos)
- Medicamentos e drogas (anti-inflamatórios não hormonais, corticoide, contraceptivos orais, antidepressivos, quimioterápicos, imunodepressores, álcool, cocaína e simpatomiméticos)
- Hipertensão secundária (aldosteronismo primário, apneia obstrutiva do sono, nefropatia crônica e estenose de artéria renal)

Tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica: O controle da hipertensão arterial deve associar mudança de estilo de vida (alimentação, perda de peso, exercício físico) e medicação.

Medidas não farmacológicas:

- Restrição de sal
- Reduzir ingestão excessiva de álcool
- Reduzir peso em pacientes obesos e com sobrepeso
- Exercício físico leve/moderado sob supervisão (proteção cardiovascular)

Medidas farmacológicas:

- Nos idosos e pacientes baixo risco pode se iniciar o tratamento com monoterapia, entretanto, nos demais pacientes se inicia a terapia com dois fármacos anti hipertensivos em doses baixas que podem ser:
 - Os que atuam no Sistema Renina Angiotensina Aldosterona (iECA ou BRA),
 - Bloqueador de canal de cálcio,
 - Diurético (hidroclorotiazida para função renal normal, furosemida para estágios 3 ou 4 de insuficiência renal)



- Os pacientes diabéticos devem ter como droga de escolha iECA ou BRA
- Se após associar as três primeiras drogas citadas ainda seguir mal controlado se associa quarta droga que é de preferência espironolactona e encaminha à cardiologia.
- Betabloqueador são mais indicados em doença estrutural ou doença arterial crônica
- Depois, se necessário, associar hidralazina
- Na **gestação** está contra-indicado IECA/BRA, atenolol e prazosin, além disso, a hidroclorotiazida não é recomendada. A furosemida pode ser usada em casos de insuficiência renal aguda ou edema pulmonar. A Metildopa, outros betabloqueadores, a hidralazina e bloqueadores de canal de cálcio (anlodipino, nifedipino e verapamil) podem ser usados com segurança;
- **Gestantes** hipertensas crônicas não complicadas devem ter níveis pressóricos menores que 150 x 100 mmHg e a diastólica não inferior a 80 mmHg. Se presente lesão de órgão alvo deve-se manter pressão menor que 140x90 mmHg
 - No puerpério manter pressão menor que 140x90 mmHg e dar preferência a medicações seguras na amamentação: hidroclorotiazida, espironolactona, amilorida, metildopa, propranolol, hidralazina, minoxidil, bloqueadores de canais de cálcio, captopril e enalapril.

Estratificação de Risco

Nível PA (mmHg) Ótima: <120 e 80 Normal: 120-129 e/ou 80-84	PAS 130 a 139 e/ou PAD 85 a 89 Pré hipertensão	PAS 140 a 159 e/ou PAD 90 a 99 Estágio 1	PAS 160 a 179 e/ou PAD 100 a 109 Estágio 2	PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 Estágio 3
Sem fatores de risco	Sem risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco Alto
1 a 2 fatores de risco	Risco baixo	Risco moderado	Risco alto	Risco alto
>3 fatores de risco	Risco moderado	Risco alto	Risco alto	Risco alto
LOA,DCV,DRC-3, DM	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco alto

LOA: lesão de órgão alvo; DCV: Doença Cardiovascular; DRC-3: doença renal crônica estágio

3; DM: diabetes mellitus



Hipertensão Arterial Sistêmica Resistente

Definição: Hipertensão não controlada em uso de, pelo menos, três drogas anti-hipertensivas em dose plena, sendo um diurético.

Importante sempre descartar pseudo resistência que ocorre pela não adesão ao tratamento ou medidas inadequadas de pressão arterial ou efeito do avental branco.

Diagnóstico: inicialmente a investigação deve ser direcionada para excluir síndrome ou efeito do jaleco branco então deve se solicitar que o paciente realize a monitorização residencial da pressão arterial (MRPA).

Encaminhar a cardiologia: paciente com hipertensão arterial sistêmica resistente que tenha excluído pseudo resistência e hipertensão do avental branco, encaminhar hipertensos risco moderado ou alto, hipertensos com cardiopatia de qualquer natureza e hipertensão resistente.

Informações importantes para encaminhamento: medicações em uso, com posologia; alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes; alterações em exame físico, se presentes;

Exames Complementares: Hemograma, TSH, glicemia, Hb glicada, colesterol total e frações, triglicérides, uréia, creatinina, ácido úrico, sódio, potássio, urina tipo 1, microalbuminúria (em amostra isolada), ECG e RX tórax, fundoscopia. Pacientes hipertensos com Flutter ou FA solicitar coagulograma completo e transaminases

Prioridades (P0):

- Crise Hipertensiva (hipertensão com dispnéia, dor torácica, alteração neurológica).

Prioridades (P1):

- HAS resistente cronicamente sintomático.

Prioridades (P2):

- HAS resistente assintomático ou oligossintomático.

Prioridades (P3):

- HAS de risco moderado a alto.



2. INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A insuficiência cardíaca é a fase final das cardiopatias. A principal etiologia é a miocardiopatia isquêmica, outras causas encontradas são hipertensão arterial, diabetes mellitus, endocardite, miocardite, valvulopatias e Doença de Chagas.

O diagnóstico é clínico, inclui sintomas como dispnéia, edema, estase jugular, hepatomegalia, terceira bulha. Os Critérios de Framingham ajudam no diagnóstico clínico.

Critérios de Framingham para Diagnóstico de Insuficiência Cardíaca	
Sinais Maiores	Sinais Menores
Dispneia paroxística noturna ou ortopneia	Dispneia aos esforços
Ingurgitamento jugular	Tosse noturna
Estertores finos nas bases pulmonares	Edema de tornozelos
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema Agudo de Pulmão	Derrame Pleural
Ritmo de galope da terceira bulha	Taquicardia acima de 120 bpm
Refluxo hepatojugular	Diminuição da Capacidade Vital (1/3 do máximo)
Pressão Venosa acima de 16cm de água	
Perda de 4,5Kg em 5 dias de tratamento para IC	



O diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC) requer a presença simultânea de pelo menos dois critérios maiores ou um critério maior em conjunto com dois critérios menores.

Na suspeita de insuficiência cardíaca solicitar: eletrocardiograma, radiografia de tórax e exames laboratoriais (hemograma, função renal, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, TSH, T4 Livre).

A clínica do paciente pode ser classificada segundo os Critérios da *New York Heart Association*:

Critérios da <i>New York Heart Association</i>	
Classe I	Sem limitações: atividade física usual não causa fadiga, dispneia ou palpitação
Classe II	Discreta limitação à atividade física: estes pacientes estão confortáveis no repouso. Atividade física usual resulta em fadiga, palpitações, dispneia e angina
Classe III	Limitação significativa da atividade física: apesar dos pacientes permanecerem confortáveis em repouso, menos que atividade física usual pode levar o paciente apresentar sintoma
Classe IV	Inabilidade em realizar qualquer atividade física sem desconforto: sintomas de insuficiência cardíaca estão presentes até no repouso e qualquer atividade física leva a desconforto

Medicações utilizadas na insuficiência cardíaca:

- **Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e de alça (furosemida):** diminui a congestão, aliviam os sintomas mas não diminuem a mortalidade. Os tiazídicos (hidroclorotiazida) podem ser usados em casos leves de IC onde há pouca congestão, pouca resposta em pacientes com insuficiência renal. Os diuréticos de alça (furosemida)



devem ser usados nos pacientes que tenham maior congestão ou que sejam renais crônicos.

- **Diuréticos poupadores de potássio (espironolactona):** tem fraca ação diurética, diminui a mortalidade em pacientes com disfunção sistólica grave. Devido ao risco de hipercalemia usar com cautela em pacientes com insuficiência renal ou em uso de inibidores da enzima conversora da angiotensina (iECA).
- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina - iECA (captopril, enalapril):** além do efeito vasodilatador diminuindo a pós-carga, antagoniza o efeito da aldosterona na retenção de sal e água diminuindo a pré carga. Portanto, reduz o sintoma, retarda a progressão da doença e aumenta a sobrevida. Importante monitorar potássio pelo risco de hipercalemia, atenção aos níveis de creatinina.
- **Bloqueadores dos receptores de angiotensina:** devem ser usados em pacientes que não toleram iECA
- **Betabloqueadores seletivos (metoprolol ou carvedilol):** devem ser iniciados em pacientes já compensados, que não estejam na fase aguda. Melhora a qualidade de vida e diminui a mortalidade.
- **Fármacos inotrópicos (digitálicos):** diminuem hospitalização e melhoram os sintomas, controlam resposta ventricular de arritmias supraventriculares (exemplo: flutter e fibrilação atrial).
- **Hidralazina + Nitratos:** reduzem sintomas, excelente resposta em afrodescendentes

Os clínicos das Unidades Básicas de Saúde / Clínicas de Saúde da Família devem iniciar o tratamento medicamentoso da Insuficiência Cardíaca e, concomitantemente, encaminhar ao cardiologista. Segue classificação de risco:

Prioridade (P0) Urgência/Emergência:

- Pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, entre outros sintomas de gravidade.



Prioridades (P1):

- Quadro de início recente, particularmente em jovens, gestantes e pacientes no período periparto;
- ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC);
- BRE com QRS alargado (acima de 150 ms).
- Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia); ou
- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada que se encontra no momento em Classe funcional III ou IV ou
- Paciente que persiste em classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, beta bloqueador e diurético, na ausência de intolerância

Prioridades (P2):

- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada que se encontra no momento em Classe funcional I ou II ou
- Paciente com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca que se encontra em Classe funcional I e II.

3. ARRITMIAS

As manifestações clínicas principais envolvendo arritmias são palpitação, dispneia, desconforto torácico, tonturas, pré-síncope e síncope. Importante ressaltar que alguns pacientes idosos nem sempre apresentam características clássicas. O exame clínico é essencial a todos os pacientes sejam os sintomáticos ou assintomáticos, o diagnóstico é definido eletrocardiograficamente. Em pacientes com histórico de síncope ou pré-síncope é importante sempre descartar hipotensão postural.



Todos pacientes que apresentarem queixas de palpitação ou pacientes assintomáticos com exame clínico cardiológico alterado (bradicardia ou taquicardia e/ou ritmo irregular) devem ser investigados com eletrocardiograma e exames laboratoriais (hemograma, sódio, potássio, magnésio, TSH, T4L, ureia e creatinina). Alterações laboratoriais como anemia, alterações eletrolíticas e alterações tireoidianas podem ser causas de arritmias.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

Bradicardias:

- 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
- Bloqueio trifascicular: BAV primeiro grau + bloqueio divisional ântero superior - BDAS (hemibloqueio anterior esquerdo) + Bloqueio completo de ramo direito: ou
- Bloqueio atrioventricular (BAV) segundo ou terceiro grau: ou
- Portadores de Marcapasso; ou

Taquiarritmias Supraventriculares:

- Fibrilação atrial ou flutter atrial persistentes ou paroxísticos; ou
- Taquicardia paroxística supraventricular auto-limitada ou revertida; ou
- Extrassístoles supraventriculares frequentes ou pareadas; ou

Taquiarritmias Ventriculares:

- Extrassístoles ventriculares multifocais (polifocais); ou
- Extrassístoles ventriculares pareadas ou em salva; ou
- Taquicardia ventricular auto-limitada ou revertida; ou

Outras:

- Síndrome bradi-taquicardia; ou
- Bloqueio Divisional Ântero-Superior (BDAS).



- Síndrome de Brugada

Observação: pacientes com história de palpitações recorrentes associadas com quadro de tontura, vertigens, síncope ou dor precordial devem ser encaminhadas como prioridade (P1), mesmo com ECG normal.

Condições clínicas que NÃO indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- Arritmia sinusal;
- Bloqueio Atrioventricular (BAV) primeiro grau com FC normal (até 55 bpm) sem arritmia no ECG ;
- Bloqueio Completo ou Incompleto de Ramo Direito (BRD);
- Alterações difusas de repolarização ventricular sem evidência clínica de cardiopatia.

Informações importantes para encaminhamento: sinais e sintomas, tipo de arritmia quando estabelecida; resultado do eletrocardiograma com data; medicações em uso (todas), com posologia; outras doenças ou condições clínicas associadas; história familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco.

Exames Complementares: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, ureia, sódio, potássio, urina 1, ECG, radiografia de tórax.

Prioridade (P0) Urgência/Emergência:

- Arritmias ou bloqueios em paciente com sinais de hipoperfusão;
- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm merece avaliação em serviço de emergência;
- Síncope;
- Dispneia;



- Fibrilação atrial/flutter atrial agudo sintomático (dispnéia e/ou palpitação e/ou tontura e/ou dor precordial e/ou síncope e/ou pré síncope)
- Suspeita de síndrome coronariana aguda;
- Alterações de risco em eletrocardiograma (taquicardia atrial sustentada, taquicardia ventricular);
- BAV de 3º grau sintomático.

Prioridade (P1):

- Pacientes com arritmia associada a insuficiência cardíaca ou insuficiência coronária;
- Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2ª grau sintomático;
- BAV de 3º grau assintomático;
- Bloqueio bi ou trifascicular com história de síncope;
- Fibrilação atrial/flutter atrial que ainda não iniciou o tratamento mas que não tem critérios para encaminhar a emergência
- Síndrome de Brugada
- Independente do tipo de arritmia as palpitações associadas com história de tontura, vertigens, síncope ou dor precordial mesmo que não tenha arritmia no Eletrocardiograma; ou

Prioridade (P2):

- Fibrilação atrial/flutter atrial crônico que já faz tratamento
- Em vigência de terapia antiarrítmica sem acompanhamento por cardiologista.
- Portadores de Marcapasso

Prioridade (P3):

- Bloqueio Divisional Ântero-Superior (BDAS).



4. DOENÇA OROVALVAR

A **doença valvar** ocorre quando as valvas do coração se deterioram a ponto de perderem sua mobilidade original, oferecendo resistência à passagem do sangue, ou se tornarem insuficientes, permitindo o refluxo do sangue ejetado, com conseqüente sobrecarga das câmaras cardíacas. Seu diagnóstico, em grande parte das vezes, é feito ainda no nível primário através da ausculta cardíaca de um sopro.

Paciente com sopro possivelmente patológico:

- Tem dispneia e/ou
- Tem dispneia paroxística noturna e/ou
- Já apresentou síncope ou tontura e/ou
- Tem angina e/ou
- Apresenta edema de membros inferiores e/ou
- Tem cianose e/ou
- Queixa de palpitação e/ou
- Tem arritmia

É importante diferenciar se um sopro é inocente ou possivelmente patológico. Sugestivos de inocentes: ausência de outras queixas relacionadas (acima citadas), exame físico normal, sopros sistólicos (os diastólicos são quase sempre patológicos), intensidade igual ou menor a 2.

Todo paciente com sopro cardíaco deve ser encaminhamento para cardiologia.

Quando o paciente tiver seu diagnóstico estabelecido por exame ecocardiográfico já realizado previamente ,será priorizado de acordo com a classificação da valvopatia apresentada.

Informações importantes para encaminhamento: Sinais e sintomas, Descrever o sopro e sintomas associados, Outras doenças ou condições



clínicas associadas, Descrição do eletrocardiograma e/ou radiografia de tórax, Descrição da ecocardiografia (quando houver).

Exames Complementares: Hemograma, glicose, colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, sódio, potássio, radiografia de tórax, ECG.

Prioridade (P0) Urgência/Emergência:

- Paciente com sopro possivelmente patológico e quadro agudo de dispneia, síncope, dor torácica ou cianose.

Prioridades (P1):

- Paciente com sopro possivelmente patológico e história de angina, dispneia ou síncope.
- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas/graves sintomáticos.
- Pacientes com valvopatia grave, mesmo que assintomáticos.
- Pacientes com diagnóstico de valvopatia leve com piora dos sintomas;

Prioridades (P2):

- Pacientes já conhecidos que não tinham sopro anteriormente;
- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas assintomáticos.

Prioridades (P3):

- Sopros inocentes

5. DOENÇA ATEROESCLERÓTICA CORONARIANA

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo. Dentre suas diversas formas, a doença arterial coronariana (DAC) é a forma mais prevalente e a maior causa de morte nos países desenvolvidos.



No Brasil, a doença arterial coronariana é uma das principais causas de morte e internação segundo o Datasus. Além da alta prevalência, a DAC cursa com alta morbidade e alto custo para os sistemas de saúde.

Etiologia e fisiopatologia:

As manifestações clínicas da doença arterial coronariana têm como principal causa a isquemia miocárdica. Essa isquemia ocorre sempre que houver desproporção entre o fluxo sanguíneo disponível e o consumo miocárdico em dado momento.

- **Isquemia por Aumento da Demanda de O₂**

Nestes casos, há algum fator desencadeante que leva a um aumento desproporcional do consumo de O₂. Este aumento pode ocorrer por aumento da massa miocárdica total, como ocorre na hipertrofia ventricular esquerda (HVE) ou pode ocorrer por aumento do trabalho cardíaco, como ocorre nas taquiarritmias e hipertensão arterial sistêmica grave; ou por aumento de demanda, como ocorre na tireotoxicose ou na sepse.

- **Isquemia por Diminuição da Oferta de O₂**

A diminuição da oferta de oxigênio para o miocárdio pode ocorrer por diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio ou diminuição na capacidade de transporte de oxigênio pelo sangue.

Em situações de hipoxemia e/ou anemia importantes, essa diminuição pode levar à isquemia miocárdica.

As alterações do fluxo sanguíneo podem ocorrer tanto por obstruções coronarianas fixas, como as que ocorrem na doença arterial coronariana por aterosclerose, quanto por compressão extrínseca, como em algumas cardiopatias congênitas, ou ainda por espasmo coronariano. Também podem ocorrer alterações microvasculares, como na síndrome metabólica.



Síndromes de hiperviscosidade como as crises de falcização da anemia falciforme, poliglobulia e trombocitose podem desencadear angina por diminuição do fluxo sanguíneo.

A fisiopatologia da isquemia miocárdica ocorre por qualquer um (ou vários, associadamente) dos fatores acima descritos. Na imensa maioria dos casos, a DAC aterosclerótica é a principal causa de isquemia miocárdica. Nestes casos, o quadro de isquemia pode ter evoluções clínicas variadas.

A forma mais comum de evolução é a doença arterial coronariana estável, manifestada como angina aos esforços. Nestes casos, há progressão lenta da placa aterosclerótica e o paciente, após longo período assintomático, inicia com sintomas aos esforços e apresenta evolução lenta e progressiva dos episódios de dor, podendo apresentar eventualmente angina aos pequenos esforços ou até mesmo em repouso..

Os pacientes com doença arterial coronariana aterosclerótica também podem apresentar evolução clínica rápida ou súbita de um quadro previamente pouco sintomático para sintomas desencadeados aos mínimos esforços ou até mesmo em repouso. Esta forma de manifestação é chamada de síndrome coronariana aguda. Pode manifestar-se como angina instável ou infarto agudo do miocárdio. Nestes casos, frequentemente há ruptura da placa aterosclerótica e formação de trombo, levando à rápida obstrução ou oclusão da luz da artéria coronária.

Lembrar ainda que às vezes essa isquemia cursa assintomática como pode ocorrer em diabéticos, sendo chamada de isquemia silenciosa.

Devemos dar atenção devida ao encaminhamento de Urgência, que chega nas Unidades Básicas como um quadro de Dor Torácica.

Cabe ao médico da unidade avaliar o quadro de dor torácica que se apresenta, classificar como urgência ou emergência e diagnosticar quadros atípicos e diagnósticos diferenciais.



Protocolo de DOR TORÁCICA

Sintomas:

A dor torácica é o principal sintoma da síndrome coronariana aguda. Uma dor torácica tipicamente anginosa é precordial ou retroesternal, em aperto ou queimação, com início súbito, com irradiação para dorso, membros superiores, cervical ou epigástrico. Porém, a isquemia pode-se apresentar apenas como equivalente anginoso: dor epigástrica, dispepsia, dispneia, náuseas e vômitos, sudorese, hipotensão e síncope. Pacientes idosos (> 75 anos de idade), mulheres e portadores de diabetes, doença renal crônica ou demência, podem se apresentar mais comumente com equivalentes anginosos.

Não podemos deixar de mencionar sintomas atípicos, que ajudam a descartar SCA e que podem aparecer como dor em agulhada, facada, ou dor aos movimentos respiratórios, dor em região epigástrica que melhora com alimentação ou acompanhada de sensação de refluxo, dores localizadas em ombro direito ou Hemitórax direito (HTD)

Lembrar dos diagnósticos diferenciais da dor torácica: SCA, Dissecção Aórtica, TEP, Pneumotórax, Causas Musculoesqueléticas, Doença do Refluxo Gastroesofágico, Pancreatite Aguda, Causas Cardíacas não isquêmicas, Causas Psiquiátricas

Exame físico:

Os sintomas podem ser comuns à angina instável, infarto agudo do miocárdio sem supra ST (IAMSST) e ao infarto agudo do miocárdio com supra ST (IAMCST). Geralmente, os pacientes que apresentam um exame físico com mais comemorativos possuem um IAMCST.

Podem apresentar diaforese, pele pegajosa, presença de bulha acessória. A ausculta cardíaca pode revelar um sopro sistólico devido à insuficiência mitral isquêmica, que está associada a mau prognóstico. Sinais de insuficiência cardíaca ou instabilidade hemodinâmica ou elétrica exigem um diagnóstico e tratamento imediatos.



Eletrocardiograma:

O eletrocardiograma fornece pistas para alterações isquêmicas que sugerem infarto oclusivo ou não oclusivo. A principal alteração que sugere infarto oclusivo é o supradesnivelamento de segmento ST.

O eletrocardiograma pode mostrar sinais isquêmicos como alteração do segmento ST e onda T, bloqueio atrioventricular, alterações dinâmicas entre ECGs. Pacientes com ECG completamente normal ou com alterações inespecíficas ainda têm possibilidade de apresentarem uma SCA.

Isquemia subepicárdica - Alterações (primárias) da repolarização ventricular sugestivas de isquemia subepicárdica (onda T negativa, pontiaguda e simétrica) na área (localizada pela correlação com as derivações correspondentes aos eletrodos que exploram a isquemia, subdividida em parede anterior, inferior e dorsal): a) Anterior: a1) ântero-septal (V1, V2, V3, V4); a2) ântero-lateral (V4, V5, V6, D1 e aVL); a3) lateral alta (D1 e aVL); a4) anterior extensa (V1 a V6 e em D1 e aVL); b) Inferior: (D2, D3 e aVF); c) Dorsal: (V7 e V8 com imagem recíproca em V1, V2 e V3)..

Isquemia subendocárdica - Alterações (primárias) da repolarização ventricular sugestivas de isquemia subendocárdica (onda T positiva, pontiaguda e simétrica), na área ântero-septal (V1, V2, V3 e V4) ou ântero-lateral (V4, V5, V6, D1 e aVL) ou em outras regiões anteriormente citadas.

IAM com Supra de ST

Os critérios utilizados pela terceira definição universal de infarto, que também são usados nas III Diretrizes de ECG da SBC são:

- Nova elevação do segmento ST, medida no ponto J (ponto entre o fim do QRS e o início do segmento ST) \geq 1mm em pelo menos duas derivações contíguas com exceção de V2 e V3
- Em V2 e V3, o critério depende do gênero e da idade do paciente: se mulher: \geq 1,5 mm, se homem \geq 40 anos: \geq 2 mm, se homem < 40



anos: $\geq 2,5$ mm. Esta observação de V2 e V3 é bastante importante já que não é raro observarmos, nestas derivações, um supra de ST discreto em pacientes ambulatoriais assintomáticos.

Classificação de Risco da dor torácica

1. Avaliar queixa principal:

- Aperto/Pressão/ Queimação **(Risco Laranja)**
- Irradiação para MSE **(Risco Laranja)**
- Acompanhada de dispneia **(Risco Laranja)**
- Dor precordial
- Pontada
- Piora ao mover o Membro superior
- Palpitação

2. Avaliar fatores de Risco:

Pontuação para Avaliação de Risco

Fator de Risco	Peso
Idade > 60 anos	2
Diabetes Mellitus	2
HAS	1
Dislipidemia	1
Tabagismo	1
Parente 1º grau com história IAM < 60 anos	1
Obesidade	1



Somatório dos pesos de acordo com os fatores de risco: se a somatória dos fatores de risco for igual ou maior que 3 (três) será considerado como **RISCO LARANJA** (muito urgente).

Encaminhar ao Pronto Atendimento:

Se a dor contemplar uma característica marcada como **LARANJA** e **tiver duração maior que 5 minutos**, será considerada dor anginosa. Quando indicação de encaminhamento para o médico, o **EKG deverá ser realizado e apresentado idealmente em até 10 minutos**.

- **Avaliar sinais clínicos**

Os sinais clínicos abaixo caracterizam sinais de **RISCO VERMELHO**:

- Hipotensão arterial (PA sistólica <80 mmHG)
- Bradicardia (FC <50 bpm)
- Taquicardia (FC >120 bpm)
- Rebaixamento do nível de consciência
- Taquipnéia (FR .25 IRPM) SAT <92%

A presença de **apenas um (01) sinal clínico**, classifica o paciente com **RISCO VERMELHO**, emergência ,devendo encaminhá-lo imediatamente ao Pronto Atendimento.

Na sala de atendimento:

Essas medidas devem ser realizadas na própria UBS enquanto aguarda a chegada do SAMU:

Contactar SAMU	Jejum
Repouso no leito	AAS 300mg exceto se for alérgico
Monitorização cardíaca	Oxigenioterapia se saturação O ₂ <90%
Acesso venoso periférico	Avaliar dinitrato isossorbida 5mg SL a cada 5 minutos
Monitorar Pressão arterial	Morfina 10mg/ml -1 ampola IV se persistência da dor após nitrato



Observação:

Administrar Dinitrato de Isossorbida 5 mg SL. Não existe uma indicação rotineira do seu uso, podendo optar-se caso suspeita de vasoespasmos e/ou dor refratária. Se houver persistência da dor pode ser repetido até 2 vezes (15 mg no máximo), com intervalos de 3 a 5 minutos entre as doses (raramente existe esta necessidade). Limitar a redução da PA em 10% se paciente normotenso ou até 30% se hipertenso. Em pacientes com suspeita de infarto de ventrículo direito (VD) ou infarto de parede inferior com possibilidade de envolvimento do VD, e/ou se o paciente fez uso de inibidores da fosfodiesterase-5, Sildenafil (Viagra) e correlatos, não administrar NITRATOS.

CONTATO COM SAMU:

Ao chegar paciente com dor torácica aguda deve-se realizar ECG, encaminhar para sala onde serão realizadas as primeiras medidas e deve-se CONTACTAR o SAMU.

O contato com SAMU deverá ser realizado através do 192 com o protocolo devidamente preenchido com o ECG. Atentar para o correto preenchimento do horário dos inícios dos sintomas.

Prioridade (P0) Urgência/Emergência: dor torácica aguda

Prioridade (P1):

- Doença coronária estabelecida (pós-infarto agudo do miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia) com indicação de tratamento clínico.
- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica e probabilidade pré-teste intermediária ou alta para Doença Arterial Coronariana ;
- Suspeita de cardiopatia isquêmica por alterações eletrocardiográfica ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia



com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário;
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
- Suspeita ou diagnóstico de cardiopatia isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco

Prioridade (P2):

- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica em pacientes sem fatores de risco para Doença Arterial Coronariana (quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS).

O encaminhamento deve ter: Sinais e sintomas, Medicamentos em uso, com posologia; Resultado do eletrocardiograma, com data; Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data; Presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros presentes; História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e os exames realizados.

Exames Complementares: Hemograma, glicose, hemoglobina glicada colesterol total e frações, triglicerídeos, creatinina, uréia, sódio, potássio, radiografia de tórax, ECG.

Prioridade (P3): não se aplica.

(Na suspeita de DAC, todos serão classificados em P0,P1,P2)



6. SÍNCOPE OU PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIÊNCIA

Síncope é definida pela perda transitória da consciência, ocasionada pela hipoperfusão cerebral global e caracterizada por rápido início, curta duração e recuperação completa e espontânea. Em algumas formas de síncope, podem existir determinados sintomas prodrômicos (algumas vezes denominados “pré-síncope” ou “quase síncope”) que incluem náusea, sudorese, fraqueza, escurecimento visual. Entretanto, frequentemente a síncope ocorre sem qualquer pródromo.

De maneira geral, todas as formas de síncope cursam com diminuição ou rápida interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Ela corresponde a mais de 3% de todas as consultas ao pronto-socorro, podendo ser uma condição benigna ou um marcador de grande risco de morte súbita.

Dentre as causas de síncope temos que mencionar a síncope vasovagal, uma das mais comuns.

Síncope vasovagal:

É uma perda transitória de consciência provocada pela diminuição dos batimentos cardíacos e da pressão arterial. Isso ocorre devido a uma ação do nervo vago, que faz com que a chegada do sangue no coração e no cérebro demore mais do que o normal.

Ambientes fechados ou aglomerados, como igreja, salão de beleza e elevador, são torturantes para as pessoas com síndrome vasovagal. Ficar em jejum, horas em pé ou ansioso também é determinante para desencadear o problema, que se caracteriza pela diminuição da pressão arterial e do batimento cardíaco por ação do nervo vago, localizado na região da nuca.

A principal manifestação da síncope vasovagal é o desmaio. Porém, é comum que surjam outros sinais antes que isso ocorra, como:

- Fraqueza;
- Palidez;



- Transpiração;
- Calor;
- Tontura;
- Náusea;
- Visão embaçada;
- Dor de cabeça;
- Palpitação

Quando esses sinais surgem, a recomendação é que o paciente fique calmo e **procure imediatamente um local para se deitar**, pois, nessa posição, o sangue passa a circular mais rapidamente pelo corpo, minimizando o mal-estar.

Existem alguns fatores de risco para a síncope vasovagal. Os principais são:

- Ficar em jejum;
- Grandes emoções;
- Sustos;
- Ingestão de bebida alcoólica;
- Ambientes fechados e/ou com grandes aglomerações;
- Ficar horas em pé;
- Ansiedade.

No geral, as pessoas com síndrome vasovagal vivem bem. No entanto, se não forem tomados os devidos cuidados, aumentam-se os riscos de fraturas decorrentes das quedas por desmaio e a sensação de insegurança, podendo acarretar depressão e tristeza.

Os cuidados em relação à síndrome vasovagal, no entanto, devem ser preventivos. Em primeiro lugar, é preciso que seja feito o diagnóstico diferencial dos sintomas observados, pois os desmaios também estão associados a problemas mais graves, como arritmia cardíaca e crises convulsivas.

Não existe um tratamento específico contra a síndrome de vasovagal. Se for confirmado o diagnóstico da doença, medicamentos podem ser



receitados em alguns casos, (ex. Florinef/Fludrocortisona), para evitar a queda da pressão arterial, mas geralmente os cuidados são comportamentais.

Orientações Preventivas

- Evitar ficar em pé por períodos longos.
- Beber bastante água (2 litros por dia), pois ajuda a aumentar a pressão arterial e prolongar a capacidade de ficar em pé por mais tempo.
- Evitar bebidas desidratantes, como álcool.
- Evitar ambientes quentes e fechados.
- Movimentar as pernas e panturrilhas enquanto estiver em pé.
- Ao sentir algo estranho, deitar-se com as pernas elevadas.
- Se for desmaiar, deitar-se ou aproximar -se do chão para não se machucar na queda.

Prioridade (P0):

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para **emergência**: episódio agudo de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (taquiarritmia/bradiarritmia/bloqueios).

Prioridade (P1):

Encaminhamento para Cardiologia pacientes com história de síncope:

- Associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); ou
- Em paciente com alteração no eletrocardiograma ou



- Em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); ou
- Em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; ou
- De origem indeterminada.

Prioridade (P2)

Encaminhar se necessário pacientes com suspeita de síncope vasovagal para fim de confirmação diagnóstica.

Prioridade (P3)- Não se aplica

Importante!

- 1) Encaminhar para neurologia: episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva e/ou alterações neurológicas e/ou associação com cefaléia.
- 2) Situações associadas à síncope que usualmente não necessitam avaliação em serviço especializado (síncope vasovagal):
 - 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);



7. ANTICOAGULAÇÃO COM VARFARINA

Tabela 1: Alvo do INR

2,0 – 3,0	2,5 – 3,5
Fibrilação/Flutter atrial	Tromboembolismo venoso recorrente (vigência de uso de anticoagulante)
Tromboembolismo venoso/TEP	Válvula mitral metálica
Válvula aórtica metálica	

Antes de iniciar a varfarina o ideal é solicitar um INR

Iniciar varfarina 5 mg ao dia, orientar ingestão em jejum e com água.

- Dieta: orientar ingestão de uma porção pequena de vegetal verde, diariamente, para evitar oscilações de INR.
- Orientar não usar anti-inflamatórios não esteroidais (AINES).
- Solicitar uma medida de TP (INR) 7 dias após o início do tratamento para avaliar se atingiu o INR alvo (Tabela 1).

Ajustar a dose total semanal (DST) em 10 a 20% a depender do INR (Tabela 2). Exemplo: Iniciado varfarina 5mg ao dia e coletado TP (INR) 7 dias após, pela manhã, com resultado de 1,6. Calcular a dose total semanal ($7 \times 5 \text{ mg} = 35 \text{ mg}$). Nesse caso, o TP está fora do alvo terapêutico. Adicionar 10% na dose total semanal ($35 \text{ mg} \times 10\% = 3,5 \text{ mg}$). Ajustar a prescrição para uso aproximado dessa dose dividido entre os 7 dias da semana (nesse exemplo, poderia ser prescrito 1cp e meio em 1 dia na semana e nos demais dias manter 1cp ao dia).



Tabela 2: Ajuste de DTS conforme INR

INR Conduta	
<2	Adiciona 10% na dose total semanal (DTS). Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
2,0 - 3,0	Manter a dose
3,0 - 4,0	Reduzir a DTS em 10%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
4,0 - 4,99	Suspender a dose do dia e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
5 – 7	Sem sangramento: suspender por 3 dias e reduzir DTS em 20%. Com sangramento: suspender varfarina, encaminhar ao PS para realizar vitamina K e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.
> 7	Encaminhar ao PS para realizar vitamina K ou PFC e reduzir DTS em 20%. Reavaliar TP (INR) em 1 semana.

- Se o INR mantiver estável (na faixa terapêutica) em 2 exames consecutivos (semanal) reavaliar com TP (INR) em 15 dias. Mantendo-se estável, reavaliação a cada 4 a 6 semanas.
- Se o paciente fizer uso de antibiótico ou iniciar novo medicamento, coletar TP (INR) 2 semanas após o início do tratamento.
- Pacientes com INR estável em exames anteriores e que apresentam na consulta INR com valor entre 1,8 e 3,3 não devem ter seu tratamento modificado.
- **Em todas as consultas reforçar sobre o uso correto da dose de varfarina e o horário de tomada da medicação, além de reforçar a dieta.**



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

P0:

- Crise Hipertensiva (hipertensão com dispnéia, dor torácica, alteração neurológica).
- Pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, entre outros sintomas de gravidade.
- Arritmias ou bloqueios em paciente com sinais de hipoperfusão;
- Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm merece avaliação em serviço de emergência;
- Síncope;
- Dispneia;
- Fibrilação atrial/flutter atrial agudo sintomático (dispnéia e/ou palpitação e/ou tontura e/ou dor precordial e/ou síncope e/ou pré síncope)
- Suspeita de síndrome coronariana aguda;
- Alterações de risco em eletrocardiograma (taquicardia atrial sustentada, taquicardia ventricular);
- BAV de 3º grau assintomático.
- Paciente com sopro possivelmente patológico e quadro agudo de dispneia, síncope, dor torácica ou cianose.
- Dor torácica aguda
- Episódio agudo de síncope em paciente com sinais de hipoperfusão, congestão pulmonar, fibrilação de início recente, suspeita de síndrome coronariana aguda, alterações de risco em eletrocardiograma (taquiarritmia/bradiarritmia/bloqueios).

P1

- HAS resistente cronicamente sintomático.
- Quadro de início recente, particularmente em jovens, gestantes e pacientes no período periparto;



- ICC de difícil controle e/ou presença de doenças associadas com sinais de descompensação (HAS, DM, IRC);
- BRE com QRS alargado (acima de 150 ms).
- Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia); ou
- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada que se encontra no momento em Classe funcional III ou IV ou
- Paciente que persiste em classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, beta bloqueador e diurético, na ausência de intolerância; ou
- Pacientes com arritmia associada a insuficiência cardíaca ou insuficiência coronária;
- Bloqueio atrioventricular (BAV) de 2ª grau sintomático;
- BAV de 3º grau sintomático;
- Bloqueio bi ou trifascicular com história de síncope;
- Fibrilação atrial/flutter atrial que ainda não iniciou o tratamento mas que não tem critérios para encaminhar a emergência
- Síndrome de Brugada
- Independente do tipo de arritmia as palpitações associadas com história de tontura, vertigens, síncope ou dor precordial mesmo que não tenha arritmia no Eletrocardiograma; ou
- Paciente com sopro possivelmente patológico e história de angina, dispneia ou síncope.
- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas/graves sintomáticos.
- Paciente com valvopatia grave ,mesmo que assintomático.
- Pacientes com diagnóstico de valvopatia leve com piora dos sintomas;
- Doença coronária estabelecida (pós-infarto agudo do miocárdio, pós-revascularização do miocárdio, pós-angioplastia) com indicação de tratamento clínico.



- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica e probabilidade pré-teste intermediária ou alta para Doença Arterial Coronariana ;
- Suspeita de cardiopatia isquêmica por alterações eletrocardiográfica ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário; ou
- Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação
- Suspeita ou diagnóstico de cardiopatia isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco
- Síncope: associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); ou em paciente com alteração no eletrocardiograma ou em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); ou em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; ou de origem indeterminada.

P2

- Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada que se encontra no momento em Classe funcional I ou II ou
- Paciente com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca que se encontra em Classe funcional I e II
- HAS resistente assintomático ou oligossintomático.
- Fibrilação atrial/flutter atrial crônico que já faz tratamento
- Em vigência de terapia antiarrítmica sem acompanhamento por cardiologista.
- Portadores de Marcapasso
- Pacientes já conhecidos que não tinham sopro anteriormente;



- Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas/graves assintomáticos.
- Suspeita de cardiopatia isquêmica em pessoa com dor torácica em pacientes sem fatores de risco para Doença Arterial Coronariana (quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS).

P3

- HAS de risco moderado a alto.
- Bloqueio Divisional Ântero-Superior (BDAS).
- Sopros Inocentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Gillum RF. Heart and stroke facts. Am Heart J. 1993;126:1042-7.
- Vasan RS, Benjamin EJ, Levy D. Congestive heart failure with normal left ventricular systolic function. Arch InternMed. 1996;156:146-57.
- Katz AM, Lorell BH. Regulation of cardiac contraction and relaxation. Circulation. 2000;102:65-9.
- Gottlieb SH, Ziegelstein RC. Heart Failure. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PD, editors. Principles of ambulatory medicine. 6th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003;956-80.
- Albanesi FM. Insuficiência cardíaca no Brasil. Arq Bras Cardiol. 1998;71:561-2
- Levinson PD, Millman RP. Management of sleep apnea. In: Izzo JL, Black HR. Hypertension primer. The essentials of high blood pressure. Council on high blood pressure research. 2 ed. American Heart Association. Dallas: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 456-7
- Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. Hypertension. 2009 Sep;54(3):475-81.



- Passarelli O Jr, Gonzaga CC. Combinação medicamentosa tripla. In: Passarelli O Jr, Póvoa R, Malachias MVB, Bortolotto LA. Combinações de fármacos anti-hipertensivos na prática clínica. São Paulo: SegmentoFarma; 2010. p. 89-100.
- Bickley LS, Szilagyí PG. Bates Propedêutica Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Pellanda LC, Souza WB, Achutti A, Borges FK. Sopros Cardíacos. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 797-805.
- Protocolo de Síndrome Coronariana Aguda-Divisão de Emergências Clínicas - IC H C – FMUSP-09/11/18
- Protocolo do Primeiro Atendimento da Dor Torácica nas Unidades de Saúde-ES