SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRUSQUE
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIAS DE ESPECIALIDADES
ANO DE REFERÊNCIA 2018 – ATUALIZADO EM 2023.

Protocolo de Acesso e Regulação para Consulta Especializada em Cardiologia Adulto

Define-se protocolo como um conjunto de regras ou deliberações que determina a maneira que um processo deverá ser executado. No caso dos **protocolos de acesso** a finalidade é de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre os estabelecimentos.

O encaminhamento à especialidade de cardiologia é de responsabilidade exclusiva dos médicos das Unidades Básicas de Sáude.

Considerando número de encaminhamentos, fez-se necessário a descrição de normas para classificação de risco, estabelecendo critérios para os encaminhamentos à referida especialidade, conforme descrição a seguir:

1. INFORMAÇÕES OBRIGATÓRIAS

São informações clínicas que devem ser obrigatoriamente descritas durante a solicitação de consulta e informadas no SISREG, para que o médico regulador possa classificar o risco e consequentemente determinar a prioridade do atendimento. Caso não seja cumprido, o médico especialista reencaminhará o paciente sem ter a obrigatoriedade de atendê-lo. Salvo prioridade 1 (amarela).

1.1. História Clínica

1.1.1. Queixa principal

1.1.2. Descrição dos sintomas (frequência, relação com esforços ou alívio

com repouso, fatores desencadeantes de dor torácica)

1.1.3. Tempo de evolução, tempo de diagnóstico prévio, história familiar prematura de doença cardiovascular.

1.2. Exame Físico

1.2.1. Descrever o exame (peso em quilograma, altura em metros, pressão arterial, frequência cardíaca, circunferência abdominal, sopro cardíaco, sinais de congestão ou hipoperfusão)

1.3. Exames Complementares

1.3.1. Descrever resultados laboratoriais e data de execução de exames, caso tenha sido solicitado e pertinente ao caso relatado

1.3.2. Descrever laudo de ecocardiograma transtorácico, cintilografia miocárdica, cateterismo cardíaco prévio (se tiver)

1.3.3. O eletrocardiograma será aceito se realizado nos últimos 6 meses. Não necessita estar laudado, apenas levar exame em mãos no dia da consulta.

1.3.4. RX de tórax está dispensado a partir desta atualização.

1.4. Hipótese Diagnóstica

1.4.1. Descrever a principal hipótese diagnóstica

1.5. Terapêutica Utilizada

1.5.1. Descrever tratamentos cirúrgicos realizados anteriormente, se for o caso

1.5.2. Descrever tratamentos medicamentosos utilizados (independente se "cardiológicos" ou não), posologia e tempo de tratamento (importante e indispensável)

1.6. Profissionais Solicitantes

1.6.1. Médico clínico geral e/ou saúde da família (UBS);

1.6.2. Médico especialista - utilizar o mesmo protocolo que os médicos da UBS

2. PROTOCOLO DE ACESSO

2.1. Prioridade Zero (vermelho) - Emergência, Necessidade de Atendimento Hospitalar Imediato

Observação: encaminhar imediatamente ao pronto-socorro, (NÃO SOLICITAR NO SISREG), visto que não caracteriza-se como atendimentos ambulatoriais eletivos.

2.1.1. Dor torácica aguda - Angina instável

2.1.2. Síndrome Coronariana aguda

2.1.3. Bradicardia sintomática/ BAVT

2.1.4. Taquiarritmia aguda com instabilidade hemodinamica

2.1.5. Choque cardiogenico – hipotensão arterial

2.1.6. Edema agudo de pulmão/ Insuficiência cardíaca classe IV

2.1.7. Suspeita de dissecção aguda de aorta

2.1.8. Emergências Hipertensivas

2.1.9. Suspeita de Tromboembolismo Pulmonar

2.1.10. Suspeita de Pericardite ou Miocardite

2.2. Prioridade 1 (amarelo) - Urgência, Atendimento o Mais Rápido Possível

2.2.1. Todos os pacientes com diagnóstico e tratamento recente de síndrome coronariana aguda devem ser encaminhadom ao cardiologista.
2.2.2 Todos pacientes em pós op imediato de cirurgia cardíaca desde que estáveis e sem indicação de reinternação

2.3. Prioridade 2 (verde) - Não Urgente

2.3.1. Hipertensão arterial sistêmica

A avaliação inicial de um paciente com hipertensão arterial sistêmica (HAS) inclui a confirmação do diagnóstico, a suspeição e a identificação de causa secundária, além da avaliação do risco CV. Diagnostico da HAS baseado em, pelo menos, duas aferições de pressão arterial por visita, em, pelo menos, duas visitas

Tabela 1. Classificaçao da PA de acordo com a mediçao casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm hg)	PAS (mm hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81- 89
Hipertensão estágio 1	140 -159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 -179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

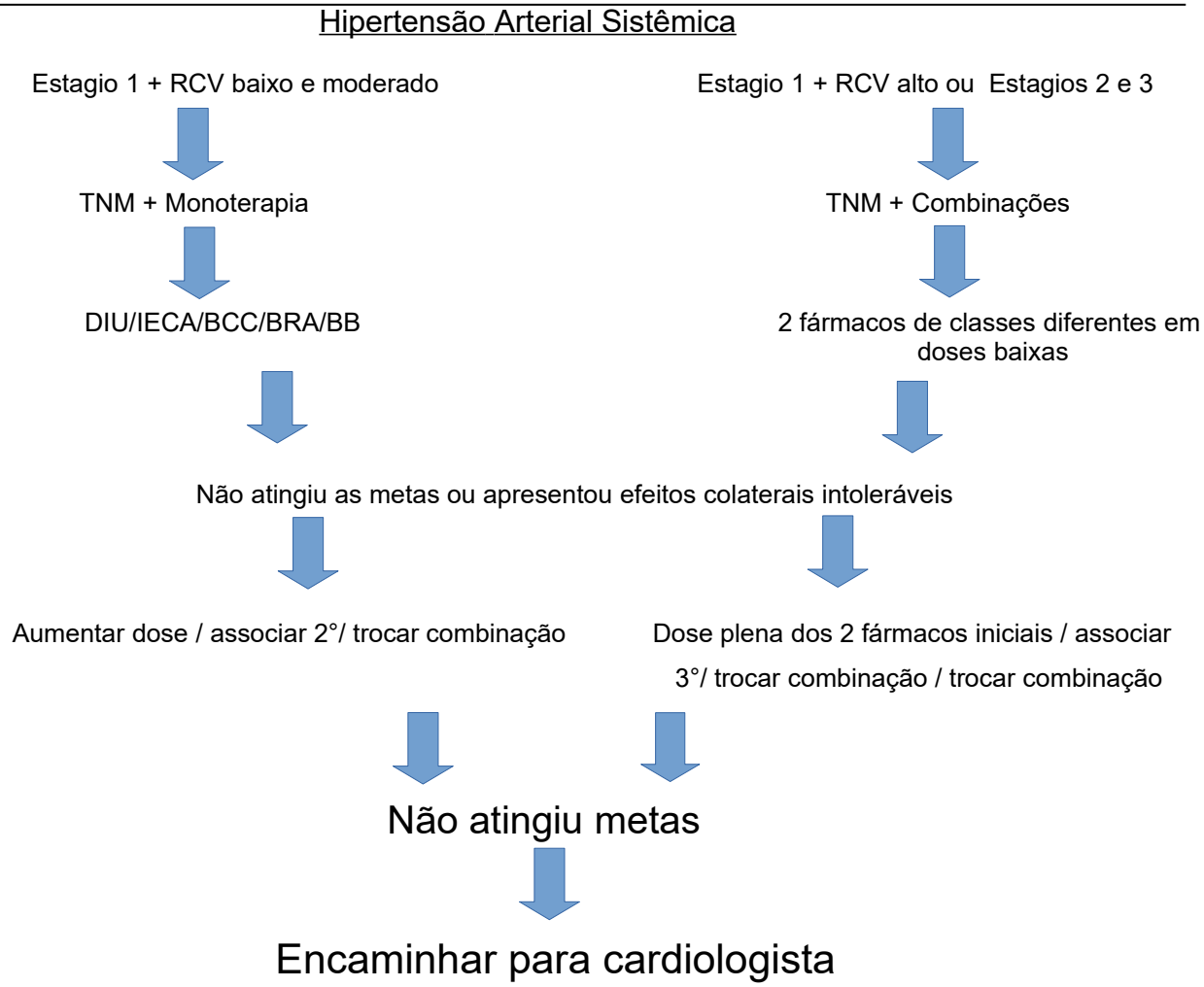
OBS: Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificaçao da PA. Considera-se hipertensao sistólica isolada se PAS ≥ 140 mm Hg e PAD < 90 mm Hg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

Tabela 2. Recomendações para início de terapia anti-hipertensiva: Intervenções no estilo de vida e terapia farmacológica.

Intervenção	Medida Casual	Recomendação
Início de intervenções de estilo de vida		
	Todos os estágios de hipertenção e PA 135-139/85-89 mmHg	Ao diagnóstico
	Hipertensos estágio 1 e 2	Ao diagnóstico
	Hipertenso estágio 1 e alto risco CV	Ao diagnóstico
	Hipertensos idosos com idade até 79 anos	PAS > ou igual 140 mmHg
	Hipertensos idosos com idade > ou igual a 80 anos	PAS > ou igual 160 mmHg
Início da terapia farmacológica		
	Hipertensos estágio 1 e risco CV	Aguardar 3 a 6 meses pelo moderado ou baixo efeito de intervenções no estilo de vida
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg e DCV preexistente ou alto risco CV	Ao diagnóstico
	Indivíduos com PA 130-139/85-89 mmHg	Não sem DCV preexistente e risco CV baixo ou moderado recomendado

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; CV: cardiovascular; DCV: doença cardiovascular

Tabela 3. Proposta para início de tratamento anti-hipertensiva: Intervenções no estilo de vida e terapia farmacológica



RCV: risco cardiovascular; TNM: tratamento não medicamentoso; DIU: diuréticos; IECA: inibidores da enzima de conversão da angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BRA: bloqueador do receptor de angiotensina; BB: betabloqueadores.

Tabela 4. Metas a serem atingidas em conformidade com as características individuais

Categoria	Meta recomendada
Hipertensos estágios 1 e 2, com risco CV baixo e moderado e HA estágio 3	< 140/90 mmHg
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco CV alto	< 130/80 mmHg*

CV: cardiovascular; HA: hipertensão arterial.

OBS: *Para pacientes com doenças coronarianas, a PA não deve ficar < 120/70 mmHg, particularmente com a diastólica abaixo de 60 mmHg pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares

Exames obrigatórios: (dos últimos 3 meses)

Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada se DM, Parcial de urina, Potássio, Creatinina , Colesterol total, HDL-C e Triglicérides plasmáticos, Ácido úrico, TSH Eletrocardiograma

Referencias: 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016.

2.3.2. Dor torácica – angina pectoris estável

Classificação de angina estável

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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

2.3.2.1. Dor torácica suspeita de cardiopatia isquêmica com probabilidade pré-teste intermediária ou alta (>10%) conforme cálculo do quadro abaixo:

	Dor não anginosa		Angina atípica		Angina típica	
Idade (anos)	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

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

2.3.2.2. Suspeita de cardiopatia isquêmica por equivalente anginoso

2.3.2.3. Cardiopatia isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado, ou impossibilidade de uso de medicamento por efeito adverso ou contra indicação

Exames obrigatórios: Exames obrigatórios: (dos últimos 3 meses)

Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Parcial de urina, Potássio, Creatinina, Colesterol total, HDL-C e Triglicérides plasmáticos, Ácido úrico, hemograma, TSH Eletrocardiograma.

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde 2016.
(Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

2.3.3. Insuficiência cardíaca

Classificação de insuficiência cardíaca

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.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

2.3.3.1 Suspeita de insuficiência cardíaca com rx de tórax ou eletrocardiograma com alterações compatíveis

2.3.3.2 Paciente com diagnostico prévio de insuficiência cardíaca e mudança no quadro clínico, piora da classe funcional, ou nova cardiopatia (Ex: infarto, arritmia)

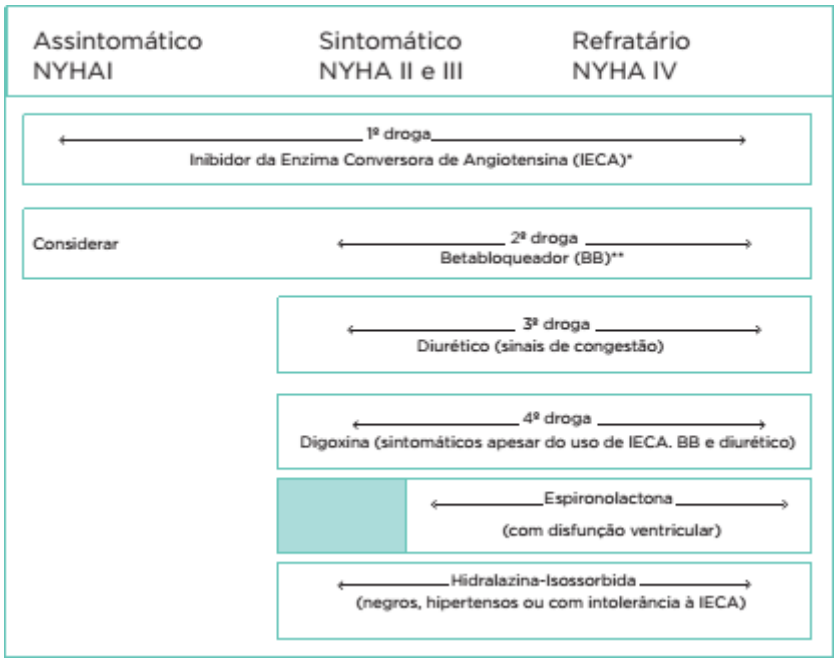
2.3.3.3 Episódio de internação hospitalar recente devido à insuficiência cardíaca descompensada

2.3.3.4 Paciente classe funcional II - III com tratamento clínico otimizado

Exames obrigatórios: (dos últimos 3 meses)

Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Parcial de urina, Potássio, Creatinina, Colesterol total, HDL-C e Triglicérides plasmáticos, Ácido úrico, hemograma, TSH Eletrocardiograma

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde 2016.
(Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).


Assintomático
NYHAI
Sintomático
NYHA II e III
Refratário
NYHA IV
1º droga
Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)*
Considerar
2ª droga
Betabloqueador (BB)**
3ª droga
Diurético (sinais de congestão)
4º droga
Digoxina (sintomáticos apesar do uso de IECA. BB e diurético)
Espironolactona
(com disfunção ventricular)
Hidralazina-Isossorbida
(negros, hipertensos ou com intolerância à IECA)

2.3.4. Arritmias cardíacas sem instabilidade hemodinâmica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

2.3.4.1. Bradicardia sinusal assintomática com frequência cardíaca maior do que 45 bpm documentada no ECG sem uso de medicamentos bradicardizantes

2.3.4.2 Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou a hemibloqueio posterior esquerdo ou bloqueios atrioventriculares de 1º e 2º grau)

2.3.4.3 Fibrilação atrial crônica sem instabilidade hemodinâmica

2.3.4.4 Taquicardia supraventricular assintomática recorrente sem resposta ao tratamento medicamentoso

2.3.4.5 Palpitação recorrente de origem indeterminada após avaliação clínica inicial na UBS

Exames obrigatórios:

hemograma, TSH Eletrocardiograma

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde 2016.
(Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

2.3.5. Valvulopatias

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

2.3.5.1 Sopro associado a pelo menos um das condições abaixo: dispnéia, síncope, dor torácica, sopro igual a +3/6 ou frêmito, alterações sugestivas de rx tórax e/ou ECG, sopro de início recente

2.3.5.2. Todos os pacientes com valvulopatia moderada ou grave ou sintomáticos com qualquer grau

2.3.5.3. Prolapso de válvula mitral com degeneração valvar ou valvulopatia leve sem reavaliação nos últimos 2 anos

Exames obrigatórios: Eletrocardiograma

Referência: Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde 2016.
(Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

2.3.6 Avaliações pré operatórias

2.3.6.1 pacientes com > 40 anos, assintomáticos, com cirurgia de médio porte

2.3.6.2 pacientes com cirurgia de médio ou grande porte com cardiopatia isquêmica ou valvar conhecida

Exames: eletrocardiograma, raio x tórax, hemograma, creatinina, glicose