

Cardiologia

1 – Pacientes com Hipertensão Arterial de difícil controle:

Pacientes com persistência de uma pressão arterial acima de 140/90 mmHg (ou > 130/80 em diabéticos) apesar do emprego de doses ótimas de 3 anti-hipertensivos, sendo um deles um diurético.

OBS: Afastar a falta de adesão do paciente ao tratamento já prescrito, a hipertensão do jaleco branco, o consumo excessivo de álcool ou sal, a utilização de substâncias exógenas e de complicadores como a apnéia do sono e a síndrome metabólica

2 – Pacientes com suspeita de Hipertensão secundária:

Devemos suspeitar de HAS secundária:

- Piora do controle em pacientes previamente estáveis;
- Início antes dos 20 ou após os 50 anos;
- Presença de lesões significativas em órgãos-alvo;
- Ausência de história familiar de HAS;
- Achados clínicos ou laboratoriais sugestivos.

3 – Pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC):

Uma vez feito o diagnóstico de IC, deve-se avaliar a classe funcional do paciente, conforme a classificação, que tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida.

Classificação da New York Heart Association- NYHA

Classe I - Ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais.

Classe II - Sintomas desencadeados por atividades cotidianas.

Classe III - Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços

Classe IV - Sintomas em repouso.

Fluxo de acompanhamento da IC após a classificação

- **Classe funcional (CF) I e II** – acompanhamento na APS. Suspeita de valvulopatia ou doença coronariana podem ser referenciados para avaliação do especialista.
- **Classe funcional (CF) III e IV** -a critério da Equipe de Saúde, em acompanhamento conjunto com especialista.

4 – Bradi ou taquiarritmia de difícil controle:

- Doença do nó sino atrial
- Doença do nó átrio ventricular (bloqueios atrioventriculares de primeiro, segundo e terceiro grau)
- Fibrilação Atrial (FA)

Obs: Pacientes com bradi-arritmias de difícil manuseio e /ou que necessitem do implante de marcapasso, assim como as taqui-arritmias de difícil controle e /ou que necessitem de um implante de cardio-desfibrilador e/ou procedimento como estudo eletrofisiológico e ablação, devem ser encaminhadas para um centro de referência. Atualmente os polos disponíveis para esta avaliação são: Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Estadual de Cardiologia e Hospital Municipal Rocha Maia.

5 – Doença Coronária:

Classificação clínica da dor torácica:

- Angina típica (definitiva):

- 1) Desconforto ou dor retroesternal;
- 2) desencadeada pelo exercício ou estresse emocional;
- 3) e aliviada com o repouso ou uso de nitrato.

- Angina atípica (provável):

Presença de somente dois dos fatores acima.

- Dor torácica não cardíaca:

Presença de somente um ou nenhum dos fatores acima.

O paciente com **alta probabilidade de Doença Arterial Coronária** possui dor torácica definitivamente anginosa e uma de qualquer das características abaixo:

- IAM prévio, morte súbita abortada ou DAC conhecida;
- quadro típico em homem maior que 60 anos e mulher maior que 70 anos;
- alterações hemodinâmicas ou eletrocardiográficas durante a dor;
- angina variante;
- supra ou infradesnível de ST ≥ 1 mm;
- inversão de T simétrica em múltiplas derivações.

OBS: O rastreamento de doença coronariana em diabéticos assintomáticos não está associado a um melhor prognóstico, não devendo ser realizado rotineiramente.

Sinais de alta probabilidade de evento agudo, necessitando encaminhamento para **unidade de emergência**:

- angina que vem em crescendo nas últimas 48 horas;
- dor em repouso com duração superior a 20 minutos;
- exame físico sugestivo de edema pulmonar;
- presença de B3;
- hipotensão;
- bradi ou taquicardia.