# PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA(OCI)

## CARDIOLOGIA

março 2025

| **Situação clínica** | Insuficiência cardíaca |
|---|---|
| Quando encaminhar | • Diagnóstico conhecido / perdeu seguimento<br>• Suspeita devido a sintomas clínicos sugestivos<br><br>Descompensação aguda / dificuldade no manejo = regulação pelo SAMU – Emergência/UPA |
| Anexar | Descrição detalhada dos sintomas<br>- Características da dispnéia<br>- Exame físico: congestão? Dados vitais + peso<br>- Comorbidades<br>- Medicamentos em uso e doses<br>- Exames complementares – ECG, Rx Torax, laboratório, Ecocardiograma (se realizado) |
| Critérios de Boston Probabilidade de IC Escores:<br><4 – IC improvável<br>5-7 IC possível<br>8-12 – IC Definitivo | - Historia: Dispneia em Repouso (4 pontos), Ortopneia ( 4 pontos), Dispnéia paroxística noturna (3 pontos) Dispneia ao caminhar no plano (2 pontos), Dispneia para subidas (1 ponto)<br>- Exame físico: FC 91-110 bpm (1 ponto), FC >110 bpm (2 pontos), Turgência jugular (2 pontos), Turgência jugular + Hepatomegalia ou edema (3 pontos), Crepitações pulmonares basais (1 ponto); Crepitações além das bases (2 pontos); Sibilos (3 pontos), B3 ritmo de galope (3 pontos)<br>- Raiox de tórax: Edema pulmonar alveolar (4 pontos); Edema pulmonar intersticial (3 pontos); Derrame pleural bilateral (3 pontos), Cardiomegalia (3 pontos), Redistribuição de fluxo para ápice ( 2 pontos) |
| Critérios de prioridade | Doença coronária, Insuficiência renal, DPOC, arritmias, doenças oncológicas |
| Critérios para teleconsulta com especialista | Será oportunamente orientado |

| Situação clínica | Arritmia |
|---|---|
| Quando encaminhar | • Paciente com sintomas arrítmicos<br>• ECG de rotina com arritmia<br>• Atendidos previamente por esse motivo e perderam seguimento<br><br>Síncope e arritmia / FAARV / BAV 2o grau / BAVT / Bradicardia sintomática (FC <50 bpm) = regulação pelo SAMU – Emergência/UPA |
| Anexar | Descrição detalhada dos sintomas<br>Mediações em uso / substancias relacionadas<br>Exame físico cardiovascular e dados vitais<br>Comorbidades<br>ECG e outros exames pertinentes |
| Não encaminhar | Achados de ECG : ARV, ESSV, ESV, BAV 1º grau, BRD, BDAS, PCRD, Arritmia sinusal, Ritmo ectópico atrial na ausência de sintomas |
| Critérios de prioridade | Presença de Insuficiência cardíaca ou DAC conhecida, após atendimentos de emergência na UPA, pessoas em risco ocupacional |
| Critérios para teleconsulta com especialista | Será oportunamente orientado |

| **Situação clínica** | Hipertensão arterial sistêmica |
|---|---|
| Quando encaminhar | HAS sem controle apesar de 3 classes de medicamentos em dose terapêutica (comprovada adesão)<br>Suspeita de HAS secundária (jovem, sem histórico familiar, sopro cardíaco ou em topografia de artéria renal)<br>- Antes de encaminhar avaliar fatores tratáveis como obesidade, ansiedade, substancias e medicações que possam induzir hipertensão como fatores causais<br><br>Emergência hipertensiva – PA >180/110mmhg e/ou sintomas de órgãos alvo = regulação pelo SAMU – Emergência/UPA |
| Anexar | Mediações em uso: nome e dose<br>Exame físico cardiovascular e dados vitais + peso<br>Comorbidades / hábitos de vida<br>ECG, Raio X tórax, exames de sangue |
| Critérios de prioridade | Presença de Insuficiência cardíaca, DAC conhecida, Insuficiência renal, DPOC, arritmias<br>Pacientes atendidos previamente em emergência hipertensiva |
| Critérios para teleconsulta com especialista | Será oportunamente orientado |

| **Situação clínica** | Dor torácica |
|---|---|
| Quando encaminhar | DAC conhecida sem seguimento<br>Dor característica de isquemia (descrever)<br>Dor atípica em pacientes de alto risco<br><br>Sintoma recente (menos de 60 dias), piora ou mudança no padrão de dor, dor típica em repouso = regulação pelo SAMU – Emergência/UPA |
| Anexar | Descrição detalhada dos sintomas<br>Exame físico cardiovascular e dados vitais<br>Comorbidades / Fatores de risco<br>Medicamentos em uso com doses<br>ECG, Raio X tórax, exames de sangue<br>Exames anteriores: Teste ergométrico, Ecocardiograma, Cintilografia e Cateterismo prévio |
| Critérios de prioridade | Pacientes atendidos previamente na UPA que necessitam complementar ROTA |
| Critérios para teleconsulta com especialista | Será oportunamente orientado |

| **Situação clínica** | Doença de carótidas |
| --- | --- |
| Quando encaminhar | - Placas em bulbo / carótidas internas entre 50-69% em assintomáticos – para cardiologia<br>- Placas em bulbo / carótidas internas entre 50-69% em sintomáticos – para neurologia<br>- Placas >70% independente de sintomas – para vascular<br><br>Suspeita de AVC/AIT = regulação pelo SAMU – Emergência/UPA |
| Anexar | Descrição dos sintomas (se presentes)<br>Exame físico cardiovascular e dados vitais<br>Comorbidades / Fatores de risco<br>ECG, exames de sangue |
| Critérios de prioridade | Não há critérios |
| Observação | Não há indicação de Ecodoppler de controle para acompanhamento evolutivo conforme diretrizes vigentes |

| Situação clínica | Avaliação Pré operatória |
| --- | --- |
| Quando encaminhar | Cirurgia oftalmológica – SUS, Cirurgia odontológica – SUS e Cirurgias do Hospital Madalena Sofia |
| Anexar | Eletrocardiograma recente - traçado e laudo para levar em consulta |
| Critérios de prioridade | Não há critérios |
| Observação | Os demais serviços de cirurgia pelo SUS são responsáveis pela sua avaliação pré operatória |

| **Situação clínica** | Avaliação para EDA / COLONO |
| --- | --- |
| Quando encaminhar | NÃO ENCAMINHAR<br>Temos um fluxo próprio, o médico da telerregulação (gastro/coloprocto) avalia a necessidade e faz o encaminhamento |
| Critérios de prioridade | Não há critérios |
| Observação | Não fazemos avaliação para serviços da rede privada ou solicitações fora da telerregulação |