

**PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO  
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - ADULTO - TCGA  
AGOSTO 2022- RETIFICADO EM JULHO 2024**

**DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA:**

- Hipertensão Arterial Sistêmica - resistente associada à comorbidades descompensadas;
- Insuficiência Cardíaca Congestiva e Miocardites;
- Doença Arterial Coronariana (DAC);
- Valvulopatias estabelecidas.

**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:**

- ICC descompensada
- Insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito
- Angina instável ou suspeita de IAM
- Alterações do ritmo com sinais de instabilidade hemodinâmica

Favor atentar: abaixo especificações de critérios de encaminhamento para cada patologia que configura acesso para agenda de CONSULTA EM CARDIOLOGIA – ADULTO – TCGA

## PROTOCOLO DE ACESSO - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

### CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:

- Hipertensão resistente associada a comorbidades descompensadas tais como: ICC, DM, Doença vascular periférica, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC.

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados.

É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, visceromegalias.

Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): ECG, ecocardiograma, MAPA.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médico Cardiologista ou cirurgião cardíaco.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>VERMELHO</b>	Hipertensão resistente associada à comorbidades descompensadas tais como: ICC, DM, doença vascular periférica, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC.
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC) E MIOCARDITES</b>	
<b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ICC de difícil controle;</li> <li>• Doenças associadas que possam promover/manter a descompensação (HAS, coronariopatias, arritmias, valvopatias);</li> <li>• Miocardite.</li> </ul> <p>Pacientes com ICC com função sistólica reduzida (fração de ejeção &lt; 45%) em classes funcionais III e IV, quadros de difícil compensação, arritmias associadas, suspeita de etiologia isquêmica, valvar, periparto ou miocardites.</p> <p>Nos casos de ICC com função sistólica preservada (fração de ejeção &gt; 45%) encaminhar casos de difícil compensação, suspeita de etiologia isquêmica e/ou arritmias associadas.</p> <p>OBS: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda (insuficiência respiratória ou sinais de baixo débito) deverão ser encaminhados à emergência médica.</p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul> <p>É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, visceromegalias, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.</p> <p>Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, ECG, RX de tórax, laboratório.</p>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Cardiologista ou cirurgião cardíaco.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	ICC de difícil controle; Miocardite pós alta.
<b>AMARELO</b>	Doenças associadas que possam promover a descompensação (coronariopatias, arritmias, valvopatias)
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC)</b>	
<b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e insuficiência cardíaca classe III-IV;</li> <li>• Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e angina aos esforços refratária ao tratamento clínico atual;</li> <li>• Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia com sinais de complicações cirúrgicas ou dor torácica;</li> <li>• Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia recente (&lt; 1 ano), para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso.</li> </ul> <p>OBS: Casos de angina instável ou suspeita de IAM requerem avaliação de urgência em serviço de cardiologia.</p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul> <p>É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas, medicações em uso.</p> <p>Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): enzimas cardíacas, Ecocardiograma, ECG, teste ergométrico, cintilografia, cateterismo.</p>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médico Cardiologista ou cirurgião cardíaco</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e insuficiência cardíaca classe III-IV; Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e angina aos esforços refratária ao tratamento clínico atual; Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia com sinais de complicações cirúrgicas ou dor torácica;
<b>AMARELO</b>	Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia recente (< 1 ano) sem seguimento com cardiologista, para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso.
<b>VERDE</b>	Pacientes com indicação de avaliação por cintilografia miocárdica Suspeita DAC
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - VALVULOPATIAS ESTABELECIDAS</b>	
<b>CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com valvulopatias associados a sinais clínicos de descompensação.</li> <li>• Pacientes com valvulopatias, assintomáticos, mas com suspeita de sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração.</li> <li>• Diagnóstico de valvulopatia estabelecida para avaliação de indicação cirúrgica.</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul> <p>É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, histórico de febre reumática, sintomas presentes.</p> <p>Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): RX de tórax, ECG, Ecocardiograma.</p>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas ou Cirurgiões Cardíacos.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Pacientes com valvopatia estabelecida e sinais clínicos de descompensação.
<b>AMARELO</b>	Pacientes com valvopatia estabelecida e sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração. Diagnóstico de valvulopatia estabelecida para avaliação de indicação cirúrgica.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

## PROTOCOLO DE ACESSO- HIPERTENSÃO PULMONAR

### INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO:

- Hipertensão pulmonar com:
- Dispnéia, redução da tolerância ao exercício, palpitações, dor torácica semelhante à angina de peito
  - Síncope ou pré-síncope
  - Fenômeno de Raynaud, edema de MMII
  - Sinais de Insuficiência Ventricular Direita: edema de MMII, estase jugular, diminuição pulso carotídeo, sopro de insuficiência tricúspide e pulmonar, presença de B4.
  - Formas avançadas da doença: hepatomegalia, ascite, cianose importante, sinais de baixo débito.
  - Distúrbios ventilatórios e metabólicos
  - Distúrbios do ritmo cardíaco

### CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO PULMONAR:

- Idiopática
- Familiar
- Relacionada a DTC, CCg, H portal, HIV, drogas, toxinas e outras
- HAP com significativo envolvimento venoso e/ou capilar
- Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido

#### Hipertensão Pulmonar por doença do coração esquerdo

- Doença cardíaca atrial ou ventricular esquerda
- Valvulopatia

#### Hipertensão Pulmonar por doença pulmonar e/ou hipóxia

- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Doença pulmonar intersticial
- Distúrbios durante o sono, hipoventilação alveolar, exposição crônica a grandes altitudes
- Anormalidades do desenvolvimento

#### Hipertensão Pulmonar por doença trombótica e/ou embólica crônica

- Obstrução tromboembólica das artérias pulmonares proximais
- Obstrução tromboembólica das artérias pulmonares distais
- Embolia pulmonar de origem tumoral, parasitas, corpo estranho

#### Miscelânea

- Sarcoidose, histiocitose, linfangiomatose, compressão de vasos pulmonares

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

- Descrição do quadro clínico do paciente, com achados importantes do exame clínico
- Descrição de comorbidades pré-existentes
- Uso de drogas/ medicamentos pelo paciente
- Histórico de doenças infecto-contagiosas/ infiltrativas/ auto-imunes
- Laudos de exames já realizados (ECG, Rx de tórax, ou outros exames que porventura tenham sido realizados, bem como exames direcionados de laboratório)

Obs: Classificação Etiológica da HP (acima)

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos especialistas (cardiologistas ou cirurgiões cardíacos)

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: \***

<b>VERMELHO</b>	Síncope de provável etiologia cardíaca Sintomas/sinais clássicos de IVD descompensada IC CF III/IV NYHA Arritmias cardíacas complexas ao Holter TEP de repetição
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

\*As patologias com HP acima elencadas que não constam deste Protocolo de TCGA constam do protocolo da média complexidade

## CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO

<b>VERMELHO</b>	<p>Hipertensão resistente associada a comorbidades descompensadas tais como: ICC, DM, Doença vascular periférica, doença cerebrovascular, coronariopatias, IRC. ICC de difícil controle, miocardite-pós alta. Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e insuficiência cardíaca classe III-IV;</p> <p>Paciente com diagnóstico definido de doença coronariana e angina aos esforços refratária ao tratamento clínico atual;</p> <p>Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia com sinais de complicações cirúrgicas ou dor torácica; Pacientes com valvopatia estabelecida e sinais clínicos de descompensação. - Síncope de provável etiologia cardíaca; Sintomas/sinais clássicos de IVD descompensada, IC CF III/IV NYHA, Arritmias cardíacas complexas ao Holter, TEP de repetição</p>
<b>AMARELO</b>	<p>ICC com doenças associadas que possam promover a descompensação (coronariopatias, arritmias, valvopatias). Pós-infarto agudo do miocárdio (IAM), revascularização do miocárdio ou angioplastia recente (&lt; 1 ano) sem seguimento com cardiologista, para reavaliação e ajuste do tratamento medicamentoso. Pacientes com valvopatia estabelecida e sobrecarga pressórica ou volumétrica do coração. Diagnóstico de valvopatia estabelecida para avaliação de indicação cirúrgica.</p>
<b>VERDE</b>	<p>Pacientes com indicação de avaliação por cintilografia miocárdica - Suspeita de DAC</p>
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO - REABILITAÇÃO CARDÍACA (AGENDA ESPECÍFICA)</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coronariopatia estável após evento agudo ou revascularizações ou cirurgias valvares</li> <li>• Pós-infarto</li> <li>• Pós-angina instável</li> <li>• Pós-angioplastia</li> <li>• Miocardiopatia hipertrófica</li> <li>• Displasia arritmogênica do ventrículo direito</li> <li>• Insuficiência cardíaca compensada</li> <li>• Pós-transplante cardíaco</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	Coronariopatia estável após evento agudo ou revascularizações ou cirurgias valvares; insuficiência cardíaca compensada; pós- transplante cardíaco.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO – ARRITMIAS - TCGA (AGENDA ESPECÍFICA)</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana;</li> <li>• Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada.</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Pacientes com arritmias associadas à insuficiência cardíaca ou insuficiência coronariana.
<b>AMARELO</b>	Síncope de provável etiologia cardíaca. Fibrilação atrial ou Flutter atrial com história de tromboembolismo ou necessidade de anticoagulação. Pacientes com pré-excitação ventricular, TVNS ou QT longo ou curto ou síndrome de Brugada.
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA ELETROFISIOLOGIA – TCGA (AGENDA ESPECÍFICA) - DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: Bloqueio Atrioventricular, Fibrilação Atrial com bradicardia, Doença do Nó Sinusal; que tenham indicação para implante de marca-passo conforme avaliação do cardiologista clínico.</li> </ul> <p>Obs.: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco) deverão ser encaminhados à emergência médica.</p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.</li> <li>Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h, RX de tórax, laboratório.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II com síncope; Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I com síncope, fibrilação atrial com bradicardia e sinais de baixo débito
<b>AMARELO</b>	Doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA ELETROFISIOLOGIA – TCGA  
(AGENDA ESPECÍFICA) - DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO - BRADIARRITMIAS**

**INDICAÇÕES:**

- Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: Bloqueio Atrioventricular, Fibrilação Atrial com bradicardia, Doença do Nó Sinusal; que tenham indicação para implante de marca-passo conforme avaliação do cardiologista clínico.

OBS: Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco) deverão ser encaminhados à emergência médica.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h, RX de tórax, laboratório.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos Cardiologistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Bloqueio Atrioventricular de 3º grau (BAVT) e Bloqueio Atrioventricular de 2º grau tipo II.
<b>AMARELO</b>	Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	Bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo I
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE CONSULTA EM CARDIOLOGIA PARA ELETROFISIOLOGIA – TCGA  
(AGENDA ESPECÍFICA) - DISTÚRBIOS DE RITMO CARDÍACO - TAQUIARRITMIAS**

**INDICAÇÕES:**

- Encaminhar pacientes com distúrbios de ritmo cardíaco: TPSV (taquicardia supraventricular); TV (taquicardia ventricular), Fibrilação/Flutter Atrial; que tenham indicação para EEF ou ablação conforme avaliação do cardiologista clínico.

**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:**

Pacientes com sinais de alarme que sugiram uma descompensação aguda do paciente (insuficiência cardíaca descompensada: congestão pulmonar, edema agudo de pulmão ou sinais de baixo débito cardíaco).

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade e a presença ou não de complicações ou doenças associadas que possam sugerir etiologia, medidas da pressão arterial, dados de ausculta cardíaca e respiratória, edema, classe funcional, medicações em uso e aderência ao tratamento.
- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): **Ecocardiograma, Cateterismo Cardíaco, ECG, Holter 24h**, RX de tórax, laboratório.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos Cardiologistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

**VERMELHO**

**AMARELO**

TSVP não responsivas a tratamento clínico-medicamentoso; ablação prévia e apresentando ao Holter episódio de TSV/TV e QTC prolongado; Indução de taquiarritmia pelo estudo eletrofisiológico na suspeita de síncope de origem arritmica, após descartada as causas mais comuns como a vasovagal

**VERDE**

**AZUL**

<b>PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM CARDIOLOGIA - MARCAPASSO – TCGA (AGENDA ESPECÍFICA)</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II.</li> <li>• Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui.</li> </ul>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	Fibrilação atrial com bradicardia e sintomas de baixo débito, Bloqueio atrioventricular de 3º grau (BAVT) e bloqueio atrioventricular de 2º grau tipo II
<b>AMARELO</b>	Doença do nó sinusal, síndrome bradi-taqui
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO - CONSULTA DE AVALIAÇÃO PARA IMPLANTE DE CDI /  
RESSINCRONIZADOR – TCGA (AGENDA ESPECÍFICA)**

**INDICAÇÕES:**

- Pacientes com FE  $\leq$  35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e QRS  $\geq$  150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.
- Pacientes com FE  $\leq$  35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.
- Paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal (ICFER) que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT.
- Pacientes com FE  $\leq$  35% em FA e morfologia de BRE e QRS  $\geq$  150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.
- Pacientes com FE  $\leq$  35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada.
- Paciente que ao invés de BRE tem bloqueio de ramo direito (BRD) e o QRS é  $>160$  ms
- Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada. (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressinchronizador) para CDI
- Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível
- Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural;
- Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular
- Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1- FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2- FE menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3- FE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico.
- Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III;
- Prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

- Descrição do quadro clínico do paciente;
- Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);
- Achados do exame físico;
- Descrição de comorbidades;
- Fornecer laudos dos exames já realizados (Ecocardiograma, teste ergométrico, Holter).

<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	<p>Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada, Sobreviventes de parada cardíaca documentada devido à taquicardia ventricular espontânea hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular, de causa não reversível, Taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável, espontânea, de causa não reversível, com cardiopatia estrutural</p>
<b>AMARELO</b>	<p>Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% e ritmo sinusal e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada, Paciente com ICFER que está com indicação de receber marca-passo definitivo devido a BAVT; Síncope de origem indeterminada com indução ao estudo eletrofisiológico de taquicardia ventricular sustentada, hemodinamicamente instável ou fibrilação ventricular; Prevenção primária na cardiopatia isquêmica, em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio há pelo menos 40 dias, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de revascularização cirúrgica ou percutânea quando preenchido pelo menos um dos seguintes critérios: 1- FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; 2- FE menor ou igual a 30% e classe funcional I; 3- FE menor ou igual a 40%, TV não sustentada espontânea e TV / FV sustentada indutível ao estudo eletrofisiológico; Prevenção primária na cardiopatia não isquêmica, em pacientes com cardiomiopatia dilatada não isquêmica, com FEVE menor ou igual a 35% e classe funcional II-III; prevenção primária em pacientes portadores de canalopatias (ou cardiopatia geneticamente determinada com 1 ou mais fatores de risco de morte arritmica)</p>
<b>VERDE</b>	<p>Paciente que ao invés de BRE tem BRD e o QRS é <math>&gt;</math>160 ms Paciente que já tem marca-passo comandando o ritmo e que está com piora dos sintomas apesar de terapêutica otimizada. (pode-se considerar então em fazer um upgrade do dispositivo de um marca-passo comum para um ressincronizador) Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de bloqueio de ramo esquerdo e QRS <math>\geq</math> 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada Pacientes com FE <math>\leq</math> 35% em FA e morfologia de BRE e QRS entre 130 e 150 ms e sintomático apesar da terapia otimizada</p>
<b>AZUL</b>	

<b>PROTOCOLO DE ACESSO – CONSULTA EM CARDIOLOGIA - HEMODINAMICA – TCGA (AGENDA ESPECÍFICA)</b>	
<b>INDICAÇÕES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica)</li> <li>• Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica)</li> <li>• Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica)</li> <li>• Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica)</li> <li>• Plastia mitral (após avaliação cardiológica)</li> <li>• Indicação alcoolização septal percutânea</li> <li>• Oclusão percutânea de comunicação interventricular (CIV)</li> <li>• Oclusão percutânea de persistência do canal arterial (PCA)</li> <li>• Correção de coarctação de aorta</li> </ul> <p><b>Obs: pacientes com instabilidade elétrica, isquêmica ou mecânica devem procurar a emergência hospitalar.</b></p>	
<b>CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do quadro clínico do paciente;</li> <li>• Tratamentos utilizados (medicamentos e posologia) e adesão ao tratamento (sim ou não);</li> <li>• Achados do exame físico;</li> <li>• Descrição de comorbidades;</li> <li>• Fornecer laudos dos exames já realizados.</li> </ul>	
<b>PROFISSIONAIS SOLICITANTES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Cardiologistas.</li> </ul>	
<b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</b>	
<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	Angioplastia coronariana (após avaliação cardiológica) Oclusão percutânea de comunicação interatrial (após avaliação cardiológica) Oclusão percutânea de forame oval patente (após avaliação cardiológica) Implante percutâneo de valva aórtica (após avaliação cardiológica) Plastia mitral (após avaliação cardiológica)
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

## REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 22 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2)

Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020; 114(5):943-987.

Diretriz de Doença Coronária Estável da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Cesar LA, Ferreira JF, Armaganijan D, Gowdak LH, Mansur AP, Bodanese LC, et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.2): 1-59.

Diretrizes Brasileiras de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis (DCEI) SBC-AMB SOCIEDADE BRASILEIRA DE ARRITMIAS CARDÍACAS - SOBRAC/SBC DEPARTAMENTO DE ESTIMULAÇÃO CARDÍACA ARTIFICIAL – DECA/SBCCV:

Martinelli Filho M, Zimmerman LI, Lorga AM, Vasconcelos JTM, Rassi A Jr. Guidelines for Implantable Electronic Cardiac Devices of the Brazilian Society of Cardiology. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (6): e210-e238.

DIRETRIZ BRASILEIRA DE VALVOPATIAS – SBC 2011 | DIRETRIZ INTERAMERICANA DE VALVOPATIAS – SIAC 2011.

Tarasoutchi F, Montera MW, Grinberg M, Barbosa MR, Piñeiro DJ, Sánchez CRM, Barbosa MM, Barbosa GV et al. Diretriz Brasileira de Valvopatias - SBC 2011 / | Diretriz Interamericana de Valvopatias - SIAC 2011. Arq Bras Cardiol 2011; 97(5 supl. 1): 1-67

Protocolo de regulação médica. Prefeitura de Guarulhos, 2015. [http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo de regulacao medica-versao 5.pdf](http://regulacao.guarulhos.sp.gov.br/protocolo%20de%20regulacao%20medica-versao%205.pdf)

Protocolos de acesso ambulatorial: consultas especializadas. Hospitais Federais no Rio de Janeiro, 2015.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos acesso ambulatorial consulta especializada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos%20acesso%20ambulatorial%20consulta%20especializada.pdf)

Protocolos da Secretaria de Saúde do Município de São José, 2015. <http://saude.pmsj.sc.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/PROTOCOLOS-DE-ACESSO-AOS-SERVI%C3%87OS-DE-SA%C3%9ADE.pdf>

Terceira Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, disponível no link <https://www.scielo.br/j/abc/a/MqFZwqWW8jy9bQWKJsHSHNn/?lang=pt>

Protocolo Transplante Cardíaco Hospital de Clínicas da UNICAMP, disponível no link [https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx cardiaco.pdf](https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/tx_cardiaco.pdf)

Revisão Transplante Cardíaco <https://journal.einstein.br/pt-br/article/transplante-cardiacorevisao/>

**COLABORADORES:**

Dra. Josiane de Souza, médica cardiologista, chefia do ambulatório do ICSC - CRM/SC 12810

Dr. Edilson Alvaro Roma, médico cardiologista, chefia do serviço do HRHDS - CRM/SC 8085

Dr. Guilherme Loureiro Fialho - Médico Regulador- GERAM - CRM/SC 9014

Dra. Ivana Daros Coelho - Médica Reguladora - GERAM - CRM/SC 16139

Dra. Susana Yara Bortolon - Médica Reguladora - GERAM - CRM/SC 5816

Dra. Telma Erotides da Silva - Médica GERAM - CRM/SC 8.316

Dra. Fabiana Palleari Impalea - Médica Reguladora - GERAM - CRM/SC 5.648

Dra. Ivy Zortea da Silva Parise - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 15.016

Grace Ella Berenhauser- Gerente de Regulação Ambulatorial - GERAM

Claudia Ribeiro de Araújo Gonsalves - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação-  
SUR.

