

### Realização

Sociedade Brasileira de Cardiologia e Departamento de Cardiogeriatría

### Coordenador de Normatizações e Diretrizes da SBC

Jadelson Pinheiro de Andrade

### Editores

Cláudia F. Gravina, Ronaldo F. Rosa  
Roberto A. Franken

### Grupos de Trabalho

**Grupo I - Prevenção de fatores de risco/ Doença na mulher/ Doença aterosclerótica não coronariana:** Coordenadores: Cláudia F. Gravina, Roberto Franken, Nanette Wenger; Participantes: Alexandre Pieri, Alvaro Avezum, Ângela H. Sichinel, Aristoteles C. Alencar Filho, Carlos C. Magalhães, Elizabeth R. Duarte, Jairo Borges, J. Bonifácio Barbosa, Jorge Amorim, Gustavo Oliveira, Otávio Gebara, Marcelo Bertolani, Marcia P. Makdisse, Mário Issa, Neire N. F. Araújo, Rafael Luna, Ricardo Vivacqua, Stela Grespan, Nilo Izukawa. **Grupo II - Insuficiência cardíaca:** Coordenadores: Elizabete Viana de Freitas, Michel Batlouni, Michel Rich; Participantes: Abílio Fragata, Antonio Carlos Carvalho, Argemiro Scatolini Neto, Augusta L. Campos, Felício

Savioli Neto, Fernando Bacal, Giselle Rodrigues, Luis Antonio Almeida Campos, Teresa Cristina Rogério da Silva. **Grupo III - Insuficiência coronariana aguda e crônica:** Coordenadores: Alberto Liberman, Amit Nussbacher, Daniel Forman; Participantes: Abraão Afiune Neto, Amanda M. R. Sousa, A. C. Sobral Sousa, Ari Timerman, Carlos Vicente Serrano, Cláudio Tinoco Mesquita, Dikran Armaganijan, Fausto Feres, Ibraim Pinto, José Carlos Nicolau, José Carlos R. Iglézias, José Ribamar Costa, Josmar C. Alves, João Rossi, Leopoldo Piegas, Luis Antonio Machado Cesar, Luis Alberto Mattos, Luis Fernando Tanajura, Noedir Stolf, Otávio Coelho, Rodrigo Barretto, Roberto R. C. Giraldez, Rui Ramos, Khalil Mohalen. **Grupo IV - Arritmia cardíaca/ Marca-passo/ Desfibriladores:** Coordenadores: Martino Martinelli, Silvio Carlos Santos; Participantes: Angela Cristina Santos, Ângelo Paola, Adalberto Lorga, Antonio Cláudio Nobrega, Cláudio Cirenza, Dalmo Moreira, Denise Hachul, Eduardo Saad, J. Carlos Pachon, Leandro Zimerman, Paulo Medeiros, Renata Castro, Silas Galvão Filho. **Grupo V - Valvulopatias:** Coordenadores: Gilson Soares Feitosa, Zilda Machado Meneghelo; Participantes: Alvaro Cattani, Antonio Felipe Simão, César Esteves, Fernando Medeiros, Iinei Pereira Filho, Pablo Pomerantzeff, Roberto Gamarky, Roney Sampaio, Max Grinberg, Cecília M. Quaglio Barroso, Zilda Machado Meneghelo. **Grupo VI - Hipertensão arterial:**

Coordenadores: Ronaldo Rosa, Maurício Wajngarten, Jeanne Wei;  
Participantes: Airton P. Brandão, Almir Adena, Andréia A. Brandão, Antonio A. Cavalieri, Antonio Travessa, Brivaldo Markman, Celso Amodeo, Flávio Borelli, Jéssica Garcia, João Batista Serro-Azul, Kerginaldo Torres, Márcia Holanda, Márcia Cristina Silva, Marcos Motta, Mauro Gonçalves, Oswaldo Passarelli, Paulo Toscano, Ricardo Maia, Rui Povia, Roberto D. Miranda. Comissão de redação: Alberto Liberman, Amit Nussbacher, Cláudia F. Gravina, Daniel Forman, Elizabeth Viana de Freitas, Gilson Feitosa, Jeanne Wei, Martino Martinelli, Mauricio Wajngarten, Michel Batlouni,

Michel Rich, Nanette Wenger, Roberto A. Franken, Roberto D. Miranda, Ronaldo F. Rosa, Roney Sampaio, Silvio Carlos Santos, Zilda Meneghello.

### Referência

Esta diretriz deve ser citada como: Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatrics. Arq Bras Cardiol 2010; 95(3 supl.2):1-110

## Grupo I

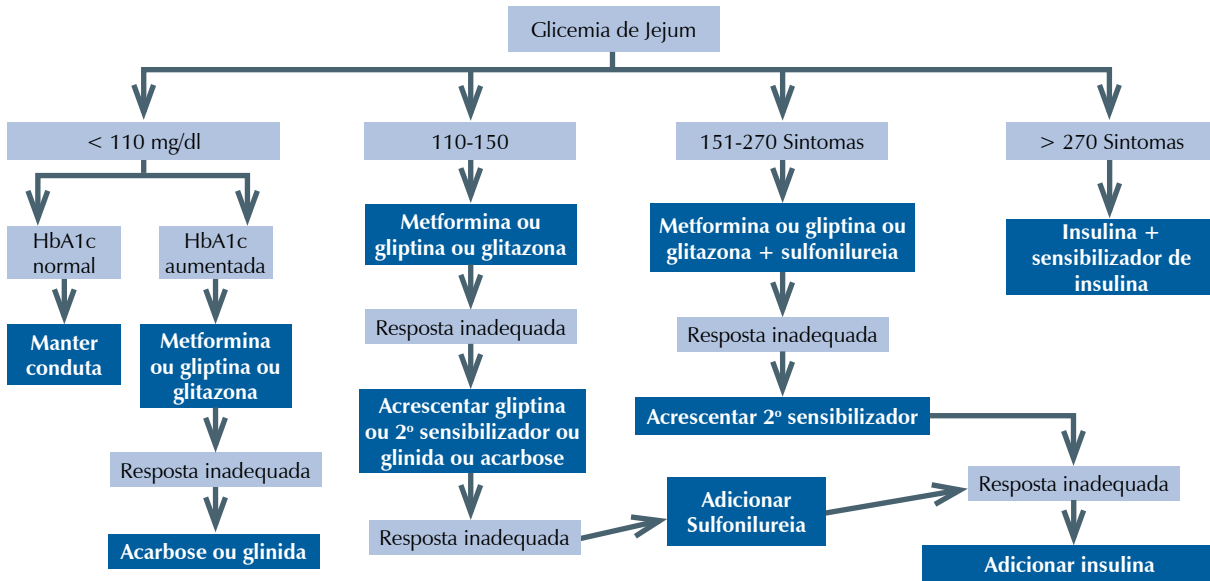
### I - Prevenção dos principais fatores de risco:

#### 1 - Diabetes

Recomendação	Classe	NE
Mudança de estilo de vida e controle de fatores de risco	I	C
Controle glicêmico para prevenir complicações	I	C
Meta de HbA1c: < 7% para idosos saudáveis e 8% para idosos frágeis ou expectativa de vida < 5 anos	I	C

NE: nível de evidência

Gráfico 1 - Sequência terapêutica para manejo do DM tipo 2 segundo glicemia de jejum



## 2 - Tabagismo

Recomendação	Classe	NE
O abandono do tabagismo é indicado	I	C
Utilização de abordagem multidisciplinar	I	C
Adesivos transdérmicos ou goma de mascar de nicotina e/ou bupropiona podem ser utilizados	Ila	C

## 3 - Obesidade

Recomendação	Classe	NE
Critérios diagnósticos em idosos: Peso normal: IMC 18,5-27; Sobrepeso: IMC > 27-29,9; Obesidade: IMC >30; Circunferência abdominal: 102 em homens e 88 em mulheres; Relação cintura-quadril: em homens > 0,99 cm; mulheres >0,97 cm.		
Dieta hipocalórica e exercício físico precedido por avaliação médica	I	B

## 4 - Sedentarismo/Atividade física

Recomendação	Classe	NE
Recomenda-se exercício físico	I	A
Avaliação pré-exercício: Exame clínico e ECG. (I, C); ecocardiograma, teste de esforço ou cintilografia miocárdica em paciente de médio risco ou em exercício moderado a intenso	Ila	C

## 5 - Dislipidemia

### **Meta de LDL-c em idosos com um fator de risco: $\leq 130$ mg/dL**

- Nível de LDL-c para modificação do estilo de vida, com tratamento farmacológico opcional: 130-159 mg/dL
- Nível de LDL-c para modificação do estilo de vida e tratamento farmacológico:  $\geq 160$  mg/dL

### **Meta de LDL-c em idosos de alto risco: $\leq 100$ mg/dL**

Idoso de alto risco é identificado pela presença de múltiplos FR:

- Nível de LDL-c para modificação do estilo de vida e tratamento farmacológico:  $\geq 100$  mg/dL

### **Meta de LDL-c em idosos de risco muito alto: $\leq 70$ mg/dL**

Idoso de risco muito alto é identificado pela presença de DAC associada a um ou mais fatores de risco de difícil correção, como diabetes ou tabagismo; ou com síndrome coronária aguda:

- Nível de LDL-c para modificação do estilo de vida, com tratamento farmacológico opcional: 70-99 mg/dL
- Nível de LDL-c para modificação do estilo de vida e tratamento:  $\geq 100$  mg/dL

### **Meta de HDL-c: $> 40$ mg/dL**

### **Meta de triglicéridios: $\leq 150$ mg/dL**

Recomendação	Classe	NE
Dieta e atividade física para dislipidemia	I	A
Estatina se LDL elevado para prevenção primária e secundária	I	A
Atividade física e niacina se HDL-c reduzido isolado	Ila	C
Estatinas se LDL-c elevado e triglicerídios < que 400 mg/dL	Ila	C
Fibratos se triglicerídios em jejum > 400 mg/dL	Ila	C

## 6 - Pesquisa de aterosclerose subclínica

Recomendação	Classe	NE	
Ultrassonografia das artérias carótidas	Obstrução da carótida > 50% determina aterosclerose significativa e, portanto, alto risco de eventos coronários	I	C
	Considera-se como fator agravante quando houver aumento da espessura íntima-média da carótida, sem obstruções acima de 50% com elevação da categoria de risco superior	Ila	C
Escore de cálcio	Escore zero associa-se à possibilidade nula da ocorrência de evento. Se o escore de cálcio for acima > 400, o paciente deve ser considerado alto risco e tratado agressivamente	Ila	C
Índice tornozelo-braquial	Índice tornozelo-braquial < 0,9 associa-se a maior risco de complicações cardiovasculares, como morte e IAM. Recomenda-se pesquisa desse índice em idosos	Ila	C

Aneurisma de aorta abdominal	Determina alta probabilidade de doença aterosclerótica em outros territórios. Recomenda-se ultrassom de abdome para aqueles que têm exame clínico sugestivo e a cada 5 anos para: (1) todos os homens entre 60-85 anos; (2) mulheres de 60-85 anos com FR cardiovascular; (3) homens ou mulheres > 50 anos com história familiar de aneurisma de aorta abdominal	IIa	C
PCR de alta sensibilidade	Útil em pacientes de risco intermediário (entre 10%-20%) para melhorar a estratificação de risco	I	C
	Monitorização de efeitos da terapêutica ao longo do tempo em prevenção primária ou secundária com base na PCR são insuficientes	III	C

## II - Doença cardiovascular na mulher

### Prevenção cardiovascular em mulheres

Recomendação	Classe	NE
Abandono do tabagismo, prática de atividade física regular, reabilitação para idosas que apresentaram evento cardiovascular	I	C
Dieta rica em frutas, fibras e vegetais; o consumo de peixe deve ser feito > 2 vezes por semana. Gorduras saturadas em, no máximo, 10% da energia total diária e gorduras trans-saturadas devem ser evitadas. O consumo de álcool deve ser limitado a, no máximo, 1 dose por dia	I	C

Ingestão de proteína da soja (25 gramas /dia) pode reduzir o colesterol e, portanto, pode ser considerada como auxiliar no tratamento da hipercolesterolemia.	IIa	C
Ácidos graxos ômega-3: Podem ser utilizados como terapia adjuvante na hipertrigliceridemia ou em substituição a fibratos, niacina ou estatinas em pacientes intolerantes.	IIb	C
Ácido acetilsalicílico (AAS) 75-325 mg/dia em todas as mulheres de alto risco	I	A
Clopidogrel 75 mg/dia em todas as mulheres de alto risco com intolerância ao AAS	I	C
AAS em todas as mulheres > 65 anos, se os riscos de sangramento digestivo forem menores que o risco de acidente vascular cerebral	IIa	C
Suplementos antioxidantes - vitaminas C, E e betacaroteno	III	A
AAS em mulheres < 65 anos	III	B

Terapêutica de reposição hormonal (TRH) em mulheres idosas: > 60 anos não se indica TRH. Para aquelas que estejam em uso prévio de TRH, recomenda-se, a partir dos 60 anos, que seja realizada tentativa de suspensão a cada 6 meses até a retirada com sucesso



### III - Doença aterosclerótica não coronariana

#### A - Doença carotídea assintomática

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com estenose de 70%-99% podem ser indicados para endarterectomia (EAC)	I	C
Pacientes com estenose de carótida interna $\geq 80\%$ , de alto risco para AVE, com contraindicações para endarterectomia, podem ser considerados para angioplastia	II	C
Não se recomenda intervenção em carótida externa, exceto em casos selecionados	III	C
Não se recomenda intervenção em indivíduos com estenose de carótida interna $< 70\%$ (comprovado por 2 métodos) e baixo risco de evento cerebrovascular por aterosclerose	III	C
Não se recomenda ATC em pacientes com estenose assintomática da carótida interna e lesão $< 80\%$	III	C

## B - Doença carotídea sintomática (evento isquêmico cerebral há < 6 meses.)

Recomendação	Classe	NE
Recomenda-se endarterectomia em sintomáticos com estenose de 70%-99% realizada apenas em centros com taxa de complicações perioperatórias (AVE ou morte) < 6%	I	C
Recomenda-se EAC em estenose de 50%-69%, principalmente para homens com sintomas hemisféricos recentes e placas complexas	I	C
Recomenda-se que a EAC seja executada preferencialmente em até 2 semanas após o evento isquêmico cerebral agudo	IIa	C
Recomenda-se angioplastia com estenose > 70%. Deve ser indicada preferencialmente em estenose carotídea sintomática grave e de alto risco para EAC, estenose cirurgicamente inacessível, reestenose após EAC, estenose pós-radiação e pacientes com traqueostomia ou esofagostomia	IIb	C
Não se recomenda EAC para estenose < 50%	III	C

## C - Aneurisma de aorta torácica (AAT)

Recomendação	Classe	NE
Recomenda-se controle agressivo da PA e da dislipidemia	I	C
Betabloqueadores podem ser usados para reduzir a velocidade de expansão do AAT	IIa	C
Tomografia computadorizada, em todos os indivíduos com suspeita de AAT e que não apresentem contraindicações para uso de contraste, para diagnóstico e controle evolutivo; diagnóstico em quadros de ruptura e dissecação	I	C
Ressonância magnética para diagnóstico e controle dos AAT, nos casos em que a tomografia está contraindicada por alergia ao contraste iodado	I	C
Ecocardiografia transtorácica em todos os portadores de AAT, para avaliação da anatomia das valvas e da função ventricular esquerda; diagnóstico da AAT e seguimento evolutivo	I	C
Ecocardiografia transesofágica para diagnóstico das dores torácicas, visualização de úlceras penetrantes de aorta, hematomas e dissecações agudas de aorta torácica	I	C
Aortografia em pacientes direcionados a endopróteses vasculares	I	C
<b>Tratamento cirúrgico em idosos assintomáticos</b>		
Idosos portadores de AAT ascendente com diâmetro > 5,5 cm	I	C
Idosos portadores de AAT ascendente com diâmetro > 5,0 cm, se houver crescimento anual > 1,0 cm ou semestral > 0,5 cm	I	C

Idosos portadores de AAT ânulo/ascendente associado à valva aórtica bicúspide com diâmetro > 5,0 cm ou progressão das dimensões > 0,5 cm/ano	I	C
Idosos com AAT ânulo/ascendente associado à valva aórtica bicúspide com diâmetro > 4,5 cm e insuficiência aórtica associada	I	C
Não se deve realizar cirurgia em indivíduos com curta expectativa de vida ou com graves comorbidades que possam elevar o risco cirúrgico a níveis proibitivos, sem a anuência do paciente	III	C
Não se deve realizar ressonância magnética na fase de dissecção aguda e em pacientes claustrofóbicos, portadores de marca-passos definitivo ou temporário e de implantes metálicos cerebrais	III	C
<b>Tratamento cirúrgico em idosos sintomáticos</b>		
Aos portadores de AAT com sintomas de dor ou compressão de estruturas adjacentes	I	C
Aos portadores de AAT associado à insuficiência aórtica sintomática	I	C
Aos pacientes com AAT e história de embolia por trombo mural	I	C
Pacientes com rotura ou dissecção de aneurisma de aorta do tipo A de Stanford (dissecção da aorta ascendente) devem ser submetidos à cirurgia de imediato	I	C
Pacientes com dissecção crônica de AAT descendente, com complicações e com anatomia favorável, podem obter benefício com procedimentos abertos convencionais ou endovasculares	IIb	C

## D - Aneurisma de aorta abdominal (AAA)

Recomendação	Classe	NE
<b>Idosos assintomáticos</b>		
Correção cirúrgica em homens com AAA infra ou justarrenal >5,5 cm e mulheres com AAA > 5,0 cm	I	C
Submeter homens com AAA infrarrenal entre 4,0-5,4 cm e mulheres com 4,0-4,9 cm à USG ou TC a cada 6-12 meses para detectar expansão do aneurisma	I	C
Correção cirúrgica com AAA > 5,0 cm com > 1,0 cm por ano ou > 0,5 cm por semestre	I	C
A correção cirúrgica pode ser benéfica aos homens portadores de AAA infrarrenal ou justarrenal com diâmetros entre 5,0-5,4cm	Ila	C
Cirurgia em idoso com AAA suprarrenal ou toracoabdominal tipo IV, > 5,5 cm. É recomendável monitorar por USG a cada 2 anos com diâmetro < 4,0 cm	Ila	C
<b>Idosos sintomáticos</b>		
Cirurgia em pacientes com AAA sintomático, independentemente do diâmetro do aneurisma	I	C
Correção cirúrgica aberta dos AAA infrarrenal em pacientes com risco cirúrgico baixo ou médio. Em pacientes submetidos à cirurgia endovascular do AAA infrarrenal, realizar exames de imagem periódicos, para monitorar vazamentos ou a redução e estabilidade do saco aneurismático excluído	I	C
É justificável indicar correção endovascular de AAA infrarrenal em pacientes de alto risco para cirurgia aberta. A correção endovascular de AAA infrarrenal pode ser considerada em indivíduos de baixo ou médio risco cirúrgico. Os betabloqueadores podem ser considerados no tratamento clínico dos pacientes com AAA, a fim de reduzir seu grau de expansão	Ila	C

## E - Doença arterial periférica de membros inferiores

Recomendação		Classe	NE
<b>Rastreamento da DAP</b>			
Anamnese	Pesquisar dificuldade de marcha, claudicação, dor isquêmica em repouso e feridas que não cicatrizam, em indivíduos com $\geq 65-69$ anos com pelo menos 1 fator de risco e em todos os idosos com mais de 70 anos	I	C
ITB (manual ou ausculta com Doppler)	Realizar exame dos membros inferiores e medida do ITB, na população de risco para DAP, listada no item VII, visando a tratamento para redução do risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e morte	Ila	C
<b>Controle de fatores de risco</b>			
Diabetes	Controle agressivo do diabetes (hemoglobina glicada A1c $< 7\%$ .)	I	C
	Orientar nos cuidados com pés: calçados adequados, podiatria, inspeção diária, uso de hidratantes tópicos e tratamento imediato de lesões de pele	I	C
Tabagismo	Orientação sobre interrupção do tabagismo e encaminhamento a programa de apoio, terapia comportamental e farmacológica (nicotina e bupropiona)	I	C
Dislipidemia	Modificação dietética e estatinas para controle de colesterol	I	A
	Estatina, fibratos e/ou niacina para baixar triglicérides e aumentar HDL-c	Ila	C
Hipertensão arterial	Pressão arterial $< 140/90$ mmHg ou $< 130/80$ mmHg, na presença de diabetes, insuficiência renal	I	C

Hipertensão arterial	Inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) e diuréticos tiazídicos para iniciar o tratamento da hipertensão	I	C
	Betabloqueadores não estão contraindicados em portadores de DAP na ausência de isquemia grave do membro	IIa	C
<b>Redução risco CV</b>			
Anti-plaquetário	AAS 75 a 325 mg para reduzir risco cardiovascular em portadores de DAP	I	A
	Clopidogrel (75 mg/dia) como alternativa ao AAS. Nos casos nos quais o clopidogrel não possa ser utilizado, usar ticlopidina (500 mg/dia)	I	C
Anti-plaquetário	Terapia antiplaquetária no pré-operatório da cirurgia ou procedimento endovascular para tratamento da DAP. Manter indefinidamente	I	C
Estatinas	Estatina em DAP para atingir LDL-c < 100 mg/dL	I	C
	Estatina para pacientes com DAP e doença arterial em outro território (coronário, cérebro-vascular etc.) para atingir LDL-colesterol < 70 mg/dL	I	C
Inibidores da ECA	Pode ser usado para reduzir evento cardiovascular em DAP sintomática	I	B
	Pode ser usado para reduzir evento cardiovascular em DAP assintomática	I	C
<b>Tratamento da claudicação intermitente</b>			
Exercícios supervisionados	Programa de exercícios preferencialmente supervisionado deve fazer parte do tratamento inicial da claudicação intermitente	I	C

Exercícios supervisionados	Programas mais efetivos utilizam treinamento em esteira ou caminhada em pista, de intensidade suficiente para provocar claudicação, seguidos por repouso e recomeço do exercício. Sessões de 30 a 60 minutos, $\geq 3$ vezes por semana, por no mínimo 12 semanas	I	C
Cilostazol	Cilostazol 100 mg duas vezes ao dia para alívio de claudicação, melhora da capacidade funcional. Contraindicação: insuficiência cardíaca	I	C



## Grupo II - Insuficiência cardíaca no idoso

### Disfunção sistólica: tratamento não farmacológico

Recomendação	Classe	NE
Nutrição e monitoração do peso corpóreo	I	C
Em hiponatremia dilucional ( $\text{Na} < 130 \text{ mEq/L}$ ), a restrição hídrica é necessária	Ila	C
Restrição de sódio: dieta com 4,0 g de NaCl é alvo para insuficiência cardíaca leve e moderada. Dieta com 2,0 g de NaCl deve ser restrita aos casos mais graves	Ila	C
Álcool deve ser evitado	Ila	C
Atividade física: É importante atentar para os riscos da imobilidade em idosos pela possibilidade de complicações, como declínio da capacidade funcional, perda dos reflexos vasomotores posturais, atrofia muscular, osteoporose, retenção urinária, obstipação intestinal e infecções pulmonares	I	B
Imunização: Os idosos com IC crônica devem ser imunizados contra influenza e pneumococo		

### Disfunção sistólica tratamento farmacológico

Recomendação	Classe	NE
Digitálicos: primeira linha no tratamento da IC associada à FA	I	B
Digitálicos: Em pacientes com ritmo sinusal, é útil para melhorar os sintomas, bem como reduzir as hospitalizações por IC	Ila	A

Inotrópicos não digitálicos: agonistas beta-adrenérgicos (dobutamina) e inibidores da fosfodiesterase (milrinone), utilizados por curto prazo, podem ser úteis em algumas condições: IC aguda, síndrome de baixo débito, após IAM, após cirurgia de revascularização miocárdica e IC refratária ao tratamento convencional	IIb	C
Diuréticos: são os únicos capazes de controlar a retenção de fluidos e o balanço de sódio na IC	I	C
A espironolactona deve ser considerada em IC III/IV, com potássio < 5,0 mEq/L e creatinina < 2,5 mg/dL para homens e 2,0 para mulheres. É recomendação III C não haver uso concomitante, especificamente em idosos, de 3 drogas: IECA, BRA e inibidores de aldosterona	III	C
Inibidores da ECA - devem ser iniciados em todos os pacientes sem contra-indicações	I	A
Bloqueadores dos receptores de angiotensina II:		
• Indicação em portadores de IC crônica com disfunção sistólica com intolerância aos IECA ou em substituição aos IECA	I	A
• A associação IECA/BRA não deve ser usada rotineiramente	III	A
Betabloqueadores: Devem ser usados em pacientes com IC crônica, CF II/IV, FE < 0,40, estáveis e com doses adequadas de diuréticos, além dos IECA, com ou sem digital	I	A
Vasodilatadores: em pacientes que não podem usar IECA ou BRA	IIa	B
Vasodilatadores: As diretrizes também recomendam o uso da associação para reduzir hospitalizações por IC	IIa	B
Vasodilatadores: Aumentar a função ventricular e a tolerância ao exercício	IIa	A

## Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP)

Recomendação	Classe	NE
<b>Tratamento de pacientes com ICFEP</b>		
Controle adequado da HAS	I	A
Controle da frequência ventricular em pacientes com FA	I	B
Diuréticos para o controle da congestão pulmonar e edema periférico	I	C
Revascularização miocárdica é aconselhável em pacientes com ICFEP e doença arterial coronária, cuja isquemia miocárdica comprovada seja a causa de alterações da função cardíaca	Ila	C
A restauração do ritmo sinusal em pacientes com FA poderá melhorar os sintomas	Ilb	C
O uso de betabloqueadores, IECA, BRA ou antagonistas de canal de cálcio em hipertensos controlados pode ser eficaz para minimizar os sintomas	Ila	C
O uso de digital não está bem estabelecido, exceto em presença de FA com alta resposta	Ilb	C

## Anticoagulantes

Na existência de FA não ocasionada por valvopatias, o risco de tromboembolismo deve ser calculado pelo escore CHADS 2 em que se atribui uma pontuação a cada um dos seguintes fatores: insuficiência cardíaca -1; HAS -1; idade > 75 anos -1; diabetes -1; antecedentes de AVE e/ou AIT -2.

### Os resultados avaliam o risco de eventos/pacientes/ano:

- 0 – 1: risco baixo e não há necessidade de anticoagulação oral;
- 2 – 3: risco moderado e necessidade de anticoagulação oral;
- 4 – 6: risco alto e necessidade de anticoagulação oral (IIa, C).

## Antiarrítmicos

Recomendação	Classe	NE
Na IC com FA, a reversão, quando indicada, deve ser feita com amiodarona, e para prevenir sua recorrência	IIa	C
Quando se opta pelo controle da frequência cardíaca e há disfunção sistólica, deve-se utilizar betabloqueadores (carvedilol, succinato de metoprolol ou bisoprolol) e/ou digoxina	I	C
Na presença de IC/FEP e FA, o controle da frequência pode ser obtido com bloqueadores dos canais de cálcio (não diidropiridínicos) e/ou digoxina	I	C
Na presença de arritmia ventricular complexa, o tratamento farmacológico, quando indicado, deve ser feito com amiodarona	I	C

## Marca-passo/ Ressincronizador/ Desfibrilador

Recomendação	Classe	NE
<b>Indicações para ressincronizador cardíaco</b>		
FE < 35%, QRS > 0,12 segundos e ritmo sinusal, para o tratamento da ICC em classe funcional III ou IV ambulatorial, associado à terapia farmacológica ótima	I	A
FE < 35%, QRS > 0,12 segundos e ritmo de fibrilação atrial para o tratamento da ICC em classe funcional III ou IV ambulatorial, associado à terapia farmacológica ótima	IIa	C
FE < 35% em classe funcional III ou IV ambulatorial em pacientes que estão recebendo terapia farmacológica ótima e têm dependência de estimulação ventricular	IIa	C
FE < 35% em classe funcional III ou IV ambulatorial em pacientes que estão recebendo terapia farmacológica ótima e que serão submetidos a implante de MP definitivo ou desfibrilador implantável, cuja dependência de estimulação ventricular é previsível	IIb	C
O ressincronizador não está indicado em pacientes assintomáticos com redução da fração de ejeção na ausência de outra indicação de estimulação ventricular	III	C
O ressincronizador cardíaco não está indicado em pacientes cujo estado funcional e expectativa de vida estão limitados por doença não cardíaca	III	C

## Grupo III - Doença arterial coronariana aguda e crônica

### I - Angina estável (AE)

#### Solicitação de teste ergométrico (TE)

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com probabilidade intermediária de AE e ECG normal e capazes de realizar o exame	I	C
Pacientes com probabilidade pré-teste intermediária para DAC, incluindo os portadores de bloqueio completo de ramo direito ou depressão do segmento ST < 1,0 mm em repouso	I	C
Avaliação seriada de pacientes com DAC em programas de reabilitação cardiovascular	IIa	C
Avaliação da terapêutica farmacológica	IIa	C
Pacientes com baixa probabilidade pré-teste, para avaliação para atividade física	IIb	C
Pacientes com alta probabilidade pré-teste, para estratificação de risco	IIb	C
Pacientes em uso de digoxina com depressão do ST < 1,0 mm no ECG de repouso	IIb	C
Pacientes com critérios eletrocardiográficos de HVE e depressão do ST < 1,0 mm no ECG de repouso	IIb	C
Investigação de alterações da repolarização ventricular no ECG de repouso	IIb	C
Pacientes com síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW), em uso de MP, depressão do ST > 1,0 mm ou bloqueio completo do ramo esquerdo	III	C
Pacientes incapazes de realizar o exame	III	C

## Solicitação do ES, CM e RM

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com probabilidade intermediária pré-teste para DAC que apresentem WPW ou depressão do ST > 1,0 mm no ECG de repouso	I	C
Pacientes com revascularização miocárdica prévia	I	C
ES, CM e RM com estresse farmacológico em pacientes com probabilidade intermediária de DAC e incapazes de se exercitar	I	C
Pacientes com baixa ou alta probabilidade pré-teste para DAC que apresentem WPW ou depressão do ST > 1,0 mm no ECG de repouso	IIb	C
Pacientes com probabilidade intermediária de DAC, em uso de digoxina e depressão do ST < 1,0 mm	IIb	C
Portadores de HVE, com depressão do ST < 1,0 mm no ECG de repouso	IIb	C

## Angiotomografia computadorizada de artérias coronárias (angioTC)

### Angiotomografia de coronária

Recomendação	Classe	NE
Exames não invasivos com resultados discordantes	IIa	C
Idosos, com dificuldades de realizar esforço físico e comorbidades que limitam a realização de outros exames indutores de isquemia	IIa	C
Pacientes com comprometimento da função renal	III	C
Rastreamento de idosos assintomáticos	III	C
Paciente não candidato à revascularização pela gravidade de suas comorbidades	III	C

### Cinecoronariografia

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com AE possível ou estabelecida que sobreviveram à morte súbita ou apresentam taquicardia ventricular sustentada	I	C
Pacientes com testes não invasivos de alto risco para lesão de tronco de coronária esquerda ou de doença multiarterial	I	C
Pacientes com AE classe III ou IV (CCS) com resposta inadequada à terapêutica medicamentosa	I	C
Pacientes com ICC e AE ou isquemia	I	C



Idosos que requerem cirurgia de valva cardíaca	I	C
Pacientes com AE ou equivalentes anginosos recorrentes dentro de 9-12 meses da intervenção coronária percutânea	I	C
Pacientes com diagnóstico impreciso de DAC após teste não invasivo, no qual o benefício da confirmação diagnóstica suplanta os riscos e custos do exame	IIa	C
Pacientes com alta probabilidade de DAC, que não conseguem realizar teste não invasivo	IIa	C
Pacientes com hospitalizações recorrentes por dor precordial, nos quais se julga necessário um diagnóstico definitivo	IIb	C
Pacientes portadores de comorbidades significativas, nos quais o risco do exame suplanta seu benefício e ou baixa expectativa de vida	III	C
Paciente recusa revascularização	III	C

### Tratamento farmacológico da angina estável

Recomendação	Classe	NE
Controle rigoroso de fatores de risco (ver Grupo I – Prevenção)	I	C
Aspirina para todos os pacientes, sem contraindicações: 75-162 mg por dia	I	C
Clopidogrel ou ticlopidina em pacientes intolerantes ou alérgicos à aspirina	I	C

Betabloqueadores como terapia inicial na ausência de contraindicações em portadores de IAM prévio ou sem antecedentes de IAM	I	C
IECA devem ser prescritos para pacientes com FE < 40%, hipertensão arterial ou diabetes melito	I	C
BRA para pacientes intolerantes a IECA, FE < 40%, hipertensão arterial ou diabetes melito	I	C
Estatina em pacientes com DAC para atingir meta de LCL-c $\leq$ 100 mg/dL em idoso de alto risco (identificado pela presença de múltiplos fatores de risco) ou $\leq$ 70 mg/dL em idoso de risco muito alto (identificado pela presença de DAC associada a um ou mais fatores de risco de difícil correção, como diabetes ou tabagismo, ou com síndrome coronariana aguda)	I	C
Nitrato sublingual para alívio ou prevenção de sintoma anginoso	I	C
IECA para pacientes com DAC sem disfunção ventricular, hipertensão arterial ou diabetes melito	Ila	C
Nitrato oral de longa duração para pacientes cuja angina não é controlada com betabloqueador	Ila	C
Diltiazem ou verapamil para pacientes com AE que não podem utilizar betabloqueador	Ila	C
Bloqueador de cálcio diidropiridínico de ação prolongada quando a monoterapia com betabloqueador não é suficiente para controlar AE	Ila	C
Agentes metabólicos (trimetazidina) em AE não controlada com agentes antianginosos convencionais	Ila	C

## II - Síndrome isquêmica miocárdica instável sem supradesnível segmento ST (SIMI-SEST)

### Solicitação de ECG

Recomendação	Classe	NE
Deve ser realizado preferencialmente nos primeiros 10 minutos após a entrada na emergência com desconforto precordial, equivalentes anginosos ou outros sintomas sugestivos de SIMI	I	C
Se o exame inicial não for diagnóstico, repetir após 4 e 8 horas da admissão, ou a qualquer momento em instabilidade hemodinâmica ou precordialgia recorrente	I	C
São recomendáveis derivações suplementares (V7-V9) naqueles com ECG inicial não diagnóstico	Ila	C
Monitorização ECG contínua por 12 horas nos pacientes com ECG inicial não diagnóstico	Ila	C

### Solicitação de exames laboratoriais

Recomendação	Classe	NE
Marcadores de lesão miocárdica devem ser solicitados em todos na admissão e repetidos pelo menos 1 vez, após 6-9 horas (preferencialmente após 9-12 horas do início dos sintomas), caso a 1ª dosagem seja normal ou discretamente elevada	I	C
CPK-MB massa e troponinas são os marcadores de escolha	I	C

## Solicitação de TE

Recomendação	Classe	NE
Idosos com SIMI-SEST de baixo risco (clínica e ECG) e com marcadores normais, em condições de realizar o exercício, devem ser encaminhados para TE após 9 horas (idealmente até 12 horas) em regime ambulatorial	I	C
Idosos com SIMI-SEST antes da alta hospitalar não submetidos a procedimentos invasivos para estratificar o risco e prescrever atividade física	I	C
Em idosos com SIMI-SEST não estabilizados clínica ou hemodinamicamente ou com persistentes alterações eletrocardiográficas ou marcadores de necrose não normalizados	III	B

## Solicitação de cinecoronariografia

Recomendação	Classe	NE
Realização da cinecoronariografia em pacientes com risco intermediário e alto	I	B
Pacientes encaminhados para estratégia conservadora com testes indutores de isquemia alterados na alta hospitalar	I	C
Pacientes com comorbidades importantes ou reduzida expectativa de vida (insuficiência respiratória, renal, hepática, câncer de prognóstico fechado); e pacientes que, a priori, recusam perspectivas de tratamento por revascularização miocárdica	III	C

## Tratamento farmacológico da SIMI SEM supradesnível do segmento ST

Recomendação	Classe	NE
Aspirina em todos os pacientes sem contraindicações	I	C
Clopidogrel para pacientes intolerantes ou alérgicos à aspirina	I	C
Adição de clopidogrel à aspirina em pacientes de risco intermediário ou alto	I	C
Bloqueador de glicoproteína IIb/IIIa (abciximab ou tirofiban) em adição à aspirina em pacientes de alto risco em que se adote estratégia invasiva precoce quando se optar por não ministrar tienopirídínicos	I	C
Heparina não fracionada ou de baixo peso molecular em todos os pacientes	I	C
Betabloqueador oral a todos os pacientes com risco intermediário ou alto	I	C
IECA para pacientes com risco intermediário ou alto com DM, hipertensão arterial ou disfunção ventricular esquerda	I	C
Bloqueador de receptor de angiotensina II para pacientes com risco intermediário ou alto com diabetes melito, hipertensão arterial ou disfunção ventricular esquerda e contraindicação à IECA	I	C
Diltiazem ou verapamil para pacientes com risco intermediário ou alto em casos de contraindicação aos betabloqueadores	I	C
Nitrato via sublingual e intravenosa em pacientes com dor recorrente, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca	I	C
Estatina a todos os pacientes	I	C
Oxigenioterapia na presença de desconforto respiratório e SpO <sub>2</sub> < 90%	I	C

Morfina na persistência de dor	I	C
Tirofiban em pacientes de alto risco em que se adote estratégia conservadora quando se optar por não administrar tienopiridínicos	IIa	C
Não mudar de uma heparina para outra e não realizar uso alternado ou concomitante de heparina não fracionada e de baixo peso molecular	IIa	C
IECA para pacientes com risco intermediário ou alto sem diabetes melito, hipertensão arterial ou disfunção ventricular esquerda	IIa	C
Bloqueador de receptor de angiotensina II para pacientes com risco intermediário ou alto, sem diabetes melito, hipertensão arterial ou disfunção ventricular esquerda e com contraindicação ao IECA	IIa	C
Diidropiridínicos de ação prolongada em idosos com isquemia refratária, em uso adequado de nitratos e betabloqueadores e sem disfunção ventricular esquerda	IIa	C
Bloqueador de glicoproteína IIb/IIIa em pacientes de alto risco em associação à aspirina e clopidogrel (terapêutica antiplaquetária tripla), independente de estratégia invasiva precoce (tirofiban ou abciximab) ou conservadora (somente tirofiban)	IIb	C
Enoxaparina preferencialmente à heparina não fracionada, a não ser que cirurgia de revascularização miocárdica esteja planejada para as próximas 24 horas	IIb	C
Bloqueador de glicoproteína IIb/IIIa (tirofiban ou abciximab) em pacientes de risco baixo ou intermediário	III	C
Abciximab em pacientes em que se adote estratégia conservadora	III	C
Derivados diidropiridínicos de início de ação rápida em pacientes sem uso adequado de betabloqueadores	III	C
Fibrinolíticos	III	C

Ajustes de doses recomendadas no tratamento de idosos com síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis sem supradesnível do segmento ST

Aspirina: 87-325 mg ao dia (sem ajuste)

Clopidogrel: 75 ao dia (sem ajuste). Se utilizar dose de ataque, dose máxima de 300 mg

Heparina não fracionada:

- Dose máxima de bolus de 4.000 U
- Dose máxima de manutenção de 900 U/hora

HBPM (Enoxaparina):

- Reduzir a dose 25% (0,75 mg/kg 12/12 horas) no idoso com idade de 75 anos ou mais. Não utilizar dose de ataque
- Reduzir a dose pela metade em pacientes com índice estimado de depuração de creatinina < 30 mL/min - 1 mg 24/24 h. Não utilizar dose de ataque

Bloqueadores de glicoproteína IIa/IIIa:

- Tirofiban: reduzir a dose de bolus e da infusão pela metade em pacientes com índice estimado de depuração de creatinina < 30 mL/min

### III - Síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis com supradesnível do segmento ST

#### Solicitação de cinecoronariografia

Recomendação	Classe	NE
Pacientes candidatos à ICP, em choque cardiogênico ou insuficiência mitral grave ou ruptura de septo interventricular e naqueles com instabilidade elétrica ou hemodinâmica persistente	I	C
Cinecoronariografia de rotina antes da alta hospitalar deve ser avaliada de maneira individualizada	IIa	C
Pacientes com comorbidades importantes ou reduzida expectativa de vida (por exemplo, insuficiência respiratória, renal, hepática e câncer de prognóstico fechado)	III	C

#### Reperusão do miocárdio na SIMI com supradesnível de ST

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com até 80 anos de idade com SIMI-CEST com até 12 horas de evolução e critérios de elegibilidade para fibrinólise e que se apresentam para tratamento em local em que angioplastia primária não pode ser realizada em até 90 minutos devem receber terapia fibrinolítica	I	C
ICP primária é o procedimento de excelência para reperusão coronariana em hospitais que disponham dessa facilidade, desde que realizada por pessoal habilitado dentro de 90 minutos da apresentação	I	C
Pacientes com até 12 horas de evolução de IAM devem ser submetidos à ICP primária, sempre que disponível	I	C
Pacientes com idade de 80 anos ou mais, com SIMI-CEST com até 12 horas de evolução e critérios de elegibilidade para fibrinólise e que se apresentam para tratamento em local em que a angioplastia primária não pode ser realizada em até 90 minutos devem receber terapia fibrinolítica	IIa	C



## Tratamento associado da SIMI com supradesnível do segmento ST em idosos

Recomendação	Classe	NE
O AAS deve ser utilizado em todos os pacientes com SIMI-CEST	I	C
Pacientes submetidos à ICPP devem receber dose de ataque de clopidogrel de 300 mg, seguido de 75 mg/dia por pelo menos 1 mês após implante de <i>stent</i> não farmacológico e 1 ano pós <i>stent</i> farmacológico	I	C
Em pacientes > 75 anos que não receberam <i>stent</i> , o clopidogrel deve ser associado ao AAS, na dose de 75 mg/dia, sem dose de ataque, independentemente do uso de terapia fibrinolítica	I	C
Heparina, com ajuste da dose, associada à AAS e outros antiplaquetários para pacientes que receberam fibrinolíticos fibrino-específicos e os submetidos à ICPP	I	C
IECA deve ser administrado e mantido por tempo indeterminado em pacientes com SIMI-CEST e FEVE < 40%, infarto extenso, hipertensão arterial ou DM	I	C
Estatina deve ser utilizada em todos pacientes com SIMI-CEST	I	C
Em pacientes < 75 anos que não receberam <i>stent</i> coronário, o clopidogrel deve ser associado à aspirina na dose de ataque de 300 mg, seguido de 75 mg/dia, independentemente do uso de terapia fibrinolítica	IIa	C
Bloqueadores de glicoproteína IIb/IIIa podem ser utilizados em pacientes submetidos a intervenção coronária percutânea primária	IIa	C

Heparina associada a aspirina e outros antiplaquetários para idosos não reperfundidos	IIa	C
O betabloqueador oral pode ser utilizado no idoso, titulando-se a dose gradualmente.	IIa	C
Nitrato está indicado em pacientes com dor, hipertensão arterial ou insuficiência cardíaca	IIa	C
IECA para paciente não diabético, não hipertenso, com IAM não extenso e sem disfunção de VE	IIa	C
Uso de betabloqueador endovenoso no paciente com idade > 75 anos	III	C
Uso de nitratos em pacientes que usaram inibidores de fosofodiesterase-5 nas 48 horas anteriores	III	C
Uso de bloqueadores de glicoproteína IIb/IIIa em associação à terapia fibrinolítica	III	C

## Cirurgia de revascularização do miocárdio em idosos

### Indicação da cirurgia de revascularização do miocárdio na angina estável

Recomendação	Classe	NE
Lesão crítica do tronco de coronária esquerda	I	C
Doença crítica equivalente de tronco: >70% de estenose das ADA e ACX	I	C
Doença crítica triarterial com fração de ejeção do VE < 50%	I	C
Doença crítica biarterial com fração de ejeção do VE < 50% ou extensa isquemia	I	C
Angina incapacitante, apesar do tratamento clínico otimizado e risco aceitável da CRM	I	C
Lesões valvares ou sequelas no ventrículo que precisam ser corrigidos	I	C
Lesão crítica proximal da ADA, com isquemia extensa ou FEVE < 50%	Ila	C
Lesão crítica biarterial sem acometimento da ADA, mas com miocárdio viável e isquemia	Ila	C
Lesão uni ou biarterial, sem doença da ADA, sintomas discretos ou incharacterísticos ou que não receberam tratamento clínico adequado, além de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• pequena área de músculo viável;</li> <li>• sem isquemia nos exames funcionais.</li> </ul>	III	C
Lesão de artéria coronária limítrofe (50%-60%), exceto no tronco da coronária esquerda	III	C
Lesão de artéria coronária < 50%	III	C

## Grupo IV - Arritmia cardíaca

### A - Síncope

#### 1. Hipersensibilidade do seio carotídeo

A prevalência de hipersensibilidade do seio carotídeo nos idosos é de aproximadamente 10%, dos quais entre 5%-20% apresentam síncope. A síncope geralmente é abrupta, sem pródromos e associada a traumatismo físico. Apresenta-se sob três formas:

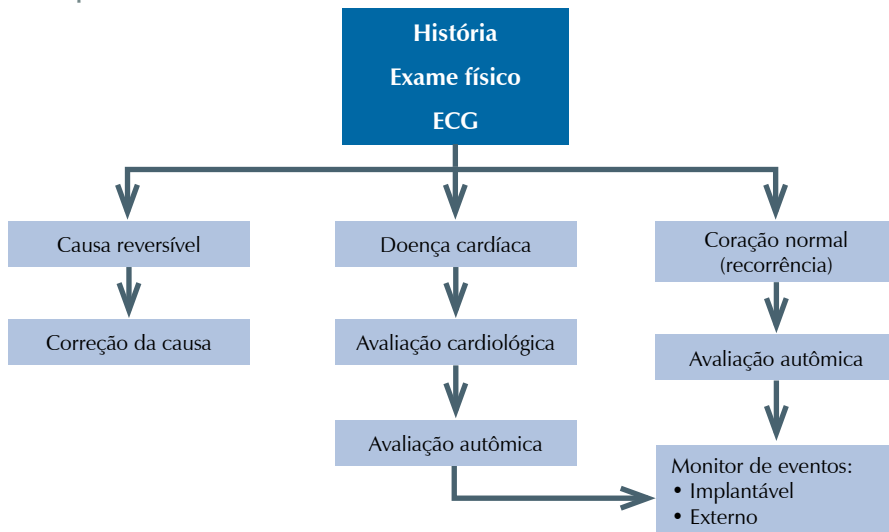
- A. Cardioinibitória (29%): Pausa sinusal > 3 segundos ou bloqueio atrioventricular transitório durante estimulação do seio carotídeo;
- B. Vasodepressora (37%): Queda da PAS > 50 mmHg durante massagem do seio carotídeo;
- C. Mista (34%): Associação dos dois componentes.

#### 2. Síncope neurocardiogênica ou vasovagal clássica

É menos frequente em idosos do que em jovens.

## Fluxo de investigação da síncope

Avaliação diagnóstica da síncope



## Recomendações para tratamento da síncope no idoso

### Síndromes neuromediadas

Classe I Educação sobre benignidade, evitar eventos precipitantes, reconhecimento dos sintomas premonitórios, manobras para abortar o episódio (ex.: assumir posição supina; manobras de contração muscular)

### Síncope vasovagal

Classe I - NE C Evitar depleção volêmica, longos períodos em ortostase, ambientes fechados e quentes, punções venosas

Classe IIa - NE B Aumentar ingestão hidrossalina (na ausência de HAS)

Classe IIa - NE B Exercício moderado, Tilt training

Drogas (midodrine, fludrocortisona)

Marca-passo AV (> 5 episódios; refratária)

### Síndrome do seio carotídeo

Classe I - NE B Marcapasso cardíaco nas formas cardioinibitórias ou mistas

Obs.: Para as formas vasodepressoras → Tratamento semelhante ao da síncope vasovagal

**Síncope situacional**

Classe I - NE C	Evitar ou aliviar o evento deflagrador: tosse, defecação, micção, estresse emocional, dor interna
	Quando não é possível evitar evento deflagrador: manter volemia adequada, evitar ortostase longa

**Hipotensão ortostática**

Classe I - NE C	Evitar diuréticos, vasodilatadores e álcool
Classe II - NE B	Evitar mudança brusca de postura, período prolongado em posição supina, ambientes quentes, exercício extenuante, refeições copiosas, aumento da ingesta hidrossalina; elevar cabeceira de cama durante o sono
	Tratamento farmacológico (fludrocortisona, midodrine, em casos refratários a medidas gerais)

## B - Fibrilação atrial (FA) e Flutter (FLA) - Tratamento não invasivo

### Cardioversão farmacológica

Recomendação	Classe	NE
Propafenona VO ou EV para reversão da FA, na ausência de cardiopatia estrutural. Esse fármaco deve ser evitado em > 80 anos ou em idosos com disfunção grave de VE	I	C
Amiodarona EV para reversão da FA, na presença de disfunção ventricular moderada ou grave	I	C
Amiodarona EV para a reversão da FA, na ausência de disfunção ventricular moderada ou grave	IIa	C
Dose única oral de 600 mg de propafenona para reversão da FA paroxística ou persistente fora do hospital, desde que o tratamento já tenha sido demonstrado como eficaz e seguro durante internação hospitalar, sem disfunção do nó sinusal ou atrioventricular, bloqueio de ramo, prolongamento do intervalo QT, síndrome de Brugada ou doença cardíaca estrutural. Antes do início da medicação antiarrítmica, deve-se administrar betabloqueador ou antagonista dos canais de cálcio não diidropiridínico a fim de prevenir a condução atrioventricular rápida, na eventual ocorrência de FLA	IIa	C
Amiodarona VO em pacientes ambulatoriais com FA paroxística ou persistente, quando a reversão ao ritmo sinusal não é imediatamente necessária	IIb	C
Quinidina para reversão farmacológica da FA. Contraindicada quando houver cardiopatia	IIb	C
Digoxina e sotalol para reversão farmacológica da FA	III	C
Quinidina iniciada fora do hospital, para reversão farmacológica da FA	III	C



## Cardioversão elétrica

Recomendação	Classe	NE
FA com frequência ventricular rápida sem resposta imediata a medidas farmacológicas ou acompanhada de isquemia miocárdica, hipotensão, angina ou insuficiência cardíaca	I	C
FA associada à pré-excitação ventricular com taquicardia muito rápida e instabilidade hemodinâmica	I	C
FA muito sintomática, mesmo não havendo instabilidade hemodinâmica. No caso de recorrência precoce, esta deverá ser repetida após a administração de antiarrítmicos	I	C
Como parte de estratégia de longo prazo na conduta de pacientes com FA recorrente	IIa	C
Cardioversões repetidas para o controle de FA recorrente ou sintomática, caso seja a preferência do paciente	IIa	C
Repetição frequente de CV elétrica em pacientes com períodos relativamente curtos de ritmo sinusal, devido a recorrências de FA, apesar da terapia profilática com drogas antiarrítmicas	III	C
CV elétrica em pacientes com intoxicação digitalica ou hipopotassemia	III	C

## Manutenção do ritmo sinusal

Recomendação	Classe	NE
Não utilização de fármaco antiarrítmico para a manutenção de ritmo sinusal em pacientes com FA sem fatores de risco para recorrências e cujo fator desencadeante tenha sido corrigido	I	C
Antes de iniciar o tratamento antiarrítmico, deve-se identificar e tratar as causas potencialmente removíveis da FA	I	C
Terapêutica farmacológica para a manutenção do ritmo sinusal e prevenção da taquicardiomiopatia	IIa	C
Terapêutica antiarrítmica para o tratamento de recorrências infrequentes e bem toleradas de FA	IIa	C
Início ambulatorial da terapêutica antiarrítmica em pacientes com FA sem cardiopatia e que apresentam boa tolerância ao agente farmacológico empregado	IIa	C
Propafenona iniciada ambulatorialmente na FA paroxística idiopática em pacientes sem cardiopatia e que estão em ritmo sinusal quando do início do tratamento	IIa	C
O sotalol administrado ambulatorialmente em pacientes com discreta ou nenhuma cardiopatia	IIa	C
Ablação por cateter como alternativa à terapêutica farmacológica na prevenção de recorrências de FA, em pacientes sintomáticos com pouca ou nenhuma sobrecarga atrial esquerda	IIa	C
Terapêutica antiarrítmica para manutenção do ritmo sinusal com um fármaco antiarrítmico em pacientes com fatores de risco bem definidos para pró-arritmia	III	C
Terapêutica farmacológica para manutenção do ritmo sinusal em pacientes com doença do nódulo sinusal avançada ou disfunção da condução atrioventricular significativa, a menos que os pacientes tenham suporte de um marca-passo artificial	III	C

**Terapia antitrombótica da fibrilação atrial (FA) e flutter atrial (FLA)****Estratificação de risco e uso de antibiótico**

<b>Alto risco de AVEI</b>	<b>Tratamento - IA</b>
Tromboembolismo prévio (AVEI, AIT, embolismo sistêmico); Estenose mitral reumática; Mais de um FR: idade $\geq$ 75 anos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, disfunção ventricular esquerda ou diabetes melito	Anticoagulante oral RNI 2,5 (2,0-3,0)
<b>Moderado risco de AVEI</b>	
Apenas um FR: idade $\geq$ 75 anos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, disfunção articular esquerda ou diabetes melito	Anticoagulante oral RNI 2,5 (2,0-3,0) ou Aspirina 31-325 mg/dia
<b>Baixo risco de AVEI</b>	
FA sem doença valvular ou cardiopatia (lone AF) e sem outros fatores de risco	Aspirina 31-325 mg/dia

Modificado de Turpie AG. Eur Heart J 2008(2); 29:155-65

## Tratamento invasivo da fibrilação atrial (FA) e flutter atrial (FLA)

### Ablação do FLA e FA em pacientes idosos

Recomendação	Classe	NE
Ablação do circuito do flutter típico, sintomático	I	C
Ablação da FA (isolamento das veias pulmonares) sintomática refratária a uma droga antiarrítmica, sem comorbidades significativas (controle do ritmo)	IIa	C
FA sintomática, refratária a tratamento clínico, evoluindo com taquicardiomiopatia: ablação do nó AV + implante de marca-passo (controle de frequência)	IIa	*
Ablação da FA com controle adequado e bem tolerado da frequência cardíaca	III	C

\* Informação não contemplada no documento original

## C - Tratamento das arritmias ventriculares

### Tratamento farmacológico das arritmias ventriculares

Tipo de arritmia	Classes de antiarrítmicos*	Classe	NE
<b>Extrassístole ventricular e taquicardia ventricular não sustentada (TVNS)</b>			
Assintomática em pacientes sem cardiopatia	N/A**	III	C
Assintomática em pacientes com cardiopatia: tratamento individualizado	II, III	IIb	C
Sintomática em pacientes sem cardiopatia	II	IIa	C
Sintomática em pacientes com cardiopatia	I, III, IV	IIb	C
Sintomática em pacientes com cardiopatia	II, III	IIa	C
Sintomática ou assintomática em pacientes com cardiopatia	I	III	C
<b>Taquicardia ventricular menomórfica sustentada: reversão da crise</b>			
Com instabilidade hemodinâmica: CVE	N/A**	I	C
Sem instabilidade hemodinâmica; em caso de refratariedade ou instabilização hemodinâmica, proceder à CVE	I-III	I	C

\*Classes de antiarrítmicos: I - bloqueador de canal de sódio; II - betabloqueador; III - bloqueador de canal de potássio; IV - bloqueador canal de sódio.

\*\*N/A: não se aplica.

## D - Tratamento das bradicardias- marca-passo cardíaco definitivo

### Doença do nó sinusal (DNS)

Recomendação	Classe	NE
Espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações documentadas de síncope, pré-síncope ou tonturas, ou com IC relacionadas à bradicardia	I	C
Intolerância aos esforços, claramente relacionada à incompetência cronotrópica	I	C
Espontânea, irreversível ou induzida por fármacos necessários e insubstituíveis, com manifestações de síncope, pré-síncope ou tonturas relacionadas com a bradicardia, mas não documentadas	IIa	C
Síncope de etiologia indefinida, na presença de DNS documentada ao EEF	IIa	C
Bradiarritmia sinusal que desencadeia ou agrava IC, angina ou taquiarritmias	IIb	C
Pacientes oligossintomáticos com FC < 40 minutos na vigília	IIb	C
DNS assintomática ou com sintomas comprovadamente não relacionados à bradicardia	III	C
DNS na presença de bradicardia sintomática por uso de fármacos não essenciais ou substituíveis	III	C

## Síndrome do seio carotídeo

Recomendação	Classe	NE
Síncope recorrente em situações cotidianas com estimulação mecânica do seio carotídeo provocando assistolia > 3 segundos documentada, na ausência de medicamentos depressores da função sinusal ou da condução AV	I	B
Síncope recorrente, não documentada, em situações cotidianas que envolvem a estimulação mecânica do seio carotídeo e com resposta cardioinibitória à massagem do seio carotídeo (MSC)	IIa	C
Síncope recorrente de etiologia indefinida reprodutível por MSC	IIa	C
Síncope recorrente de etiologia indefinida na presença de resposta cardioinibitória à MSC	IIb	C
Resposta cardioinibitória à MSC na ausência de manifestações clínicas de baixo fluxo cerebral	III	C
Resposta vasodepressora exclusiva à MSC, independentemente das manifestações clínicas	III	C

## BAV 2º Grau

Recomendação	Classe	NE
Permanente ou intermitente, irreversível ou causado por drogas necessárias e insubstituíveis, independentemente do tipo e localização, com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou IC	I	C
Tipo II, com QRS largo ou infra-His, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível	I	C
Com flutter atrial ou FA, com períodos de resposta ventricular baixa, com sintomas definidos de baixo fluxo cerebral ou IC	I	C
Tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível ou persistente após 15 dias de cirurgia cardíaca ou IAM	IIa	C
Tipo II, QRS estreito, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível	IIa	C
Com flutter atrial ou FA, assintomático, com frequência ventricular média < 40 bpm em vigília, irreversível ou por uso de fármaco necessário e insubstituível	IIa	C
Tipo avançado, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível, não relacionado à cirurgia cardíaca ou IAM	IIb	C
Tipo 2:1, assintomático, permanente ou intermitente e irreversível, associado a arritmias ventriculares que necessitam de fármacos insubstituíveis depressores da condução AV	IIb	C
Tipo I, persistente, em vigília, com pausas significativas, que não pode ser controlado farmacologicamente com claudicação de equilíbrio	IIb	C
Tipo I, assintomático, com normalização da condução AV com exercício ou atropina	III	C



## BAV do 3º grau (total)

Recomendação	Classe	NE
Permanente ou intermitente, irreversível, de qualquer etiologia ou local, com sintomas de hipofluxo cerebral ou IC	I	C
Assintomático, consequente a IAM, persistente > 15 dias	I	C
Assintomático, com QRS largo após cirurgia cardíaca, persistente > 15 dias	I	C
Assintomático, irreversível, com QRS largo ou intra/infra- His, ou ritmo de escape infra-His	I	C
Assintomático, irreversível, QRS estreito, com indicação de depressores do ritmo de escape	I	C
Adquirido, irreversível, assintomático, com FC média < 40 bpm na vigília, com pausas > 3 segundos e sem resposta adequada ao exercício	I	C
Irreversível, assintomático, com assistolia > 3 segundos na vigília	I	C
Irreversível, assintomático, com cardiomegalia progressiva	I	C
Adquirido, assintomático, de etiologia chagásica ou degenerativa	I	C
Irreversível, permanente ou intermitente, consequente à ablação do nó AV	I	C
Consequente à cirurgia cardíaca, assintomático, persistente > 15 dias, com QRS estreito ou ritmo de escape nodal e boa resposta cronotrópica	IIa	C
Consequente à cirurgia cardíaca, sem perspectiva de reversão < 15 dias	IIa	C
Transitório por ação medicamentosa, processo inflamatório agudo, cirurgia cardíaca, ablação ou outra causa reversível	III	C

## E - Prevenção de morte súbita cardíaca - Cardiodesfibrilador implantável (CDI)

Recomendação	Classe	NE
Ressuscitados de FV/TV ou de TV monomórfica hemodinamicamente instável de causa não reversível FE > 35%	I	A
TV sustentada com comprometimento hemodinâmico com cardiopatia estrutural e FE < 35%	I	A
Prevenção primária com IAM há > 40 dias, FE < 35% e CF II e III, ou FE < 30% e CF I, II, III	I	A
FE < 40%, TVNS espontânea e TVS indutível ao EEF	I	B
TV sustentada com comprometimento hemodinâmico em portador de cardiopatia e FE > 35%	IIa	A
Prevenção secundária em pacientes recuperados de PCR de causa não reversível, com FE < 35%	IIa	A
Síncope de origem indeterminada com indução de TVS hemodinamicamente instável	IIa	B
Prevenção primária em cardiomiopatia dilatada não isquêmica, CF II-III, com FE < 35% e expectativa de vida > 1 ano	IIa	A
Prevenção primária com cardiopatia isquêmica ou não isquêmica, CF III-IV, FEVE < 35%, QRS > 120 ms, para os quais tenha sido indicado terapia de ressinchronização cardíaca e expectativa de vida > 1 ano	IIa	B
Presença de cardiopatia passível de correção cirúrgica ou percutânea	III	B
Presença de cardiopatia isquêmica e FEVE < 35%	III	B
Presença de taquicardia ventricular incessante	III	C

## GRUPO V - Valvopatias

### A - Insuficiência mitral

#### Tratamento clínico - Recomendações para o uso de vasodilatadores na insuficiência mitral (IM)

Recomendação	Classe	NE
Terapia vasodilatadora é indicada em pacientes com IM grave, sintomáticos, com ou sem disfunção ventricular, enquanto aguardam cirurgia	I	C
Terapia vasodilatadora é indicada em pacientes com IM grave, sintomáticos, com disfunção ventricular, quando cirurgia não é indicada por fatores cardíacos ou não	I	C
Terapia vasodilatadora é indicada em pacientes com IM grave e hipertensão arterial	I	C
Terapia vasodilatadora é indicada em pacientes com IM grave, assintomáticos, com disfunção do ventrículo esquerdo	IIb	C

## Cirurgia na insuficiência mitral (IM)

Recomendação	Classe	NE
Pacientes em classe funcional (CF) III-IV da <i>New York Heart Association</i> (NYHA) com IM aguda grave	I	C
Pacientes em CF III-IV da NYHA com IM crônica grave e função ventricular esquerda normal (fração de ejeção > 0,60 e diâmetro sistólico final < 40 mm)	I	C
Pacientes em CF II da NYHA com IM crônica grave e função ventricular esquerda normal definida como fração de ejeção > 0,60 e diâmetro sistólico final < 40 mm	IIa	C
Pacientes assintomático com IM crônica grave e função ventricular esquerda preservada (FE > 0,60 e diâmetro sistólico final < 40 mm) e fibrilação atrial recente	IIa	C
Pacientes em CF I da NYHA com IM crônica grave e disfunção ventricular esquerda discreta (FE entre 0,45-0,54 e diâmetro sistólico final $\geq$ 40 mm)	IIa	C
Pacientes assintomáticos com IM crônica grave e função ventricular esquerda preservada (FE > 0,60 e diâmetro sistólico final < 40 mm) e hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar $\geq$ 60 mmHg em repouso)	IIa	C
Pacientes assintomáticos com IM crônica grave e função ventricular esquerda preservada, fibrilação atrial recente e idade > 75 anos	IIb	C
Pacientes assintomáticos com IM crônica grave e função ventricular esquerda preservada e hipertensão pulmonar (pressão sistólica da artéria pulmonar $\geq$ 60 mmHg em repouso) e idade > 75 anos	IIb	C
Pacientes assintomáticos com IM grave e função ventricular esquerda preservada (FE > 0,60 e diâmetro sistólico final < 40 mm)	III	C

## B - Estenose mitral

### Tratamento clínico

Recomendação	Classe	NE
Betabloqueador em paciente sintomático em ritmo sinusal	I	C
Digoxina, diltiazem ou verapamil para controle de frequência cardíaca na presença de FA	I	C
Anticoagulante em pacientes com fibrilação atrial	I	C
Anticoagulante na presença de trombo ou de contraste espontâneo intenso (III/IV)	I	C
Betabloqueador em paciente assintomático com estenose mitral moderada/grave em ritmo sinusal	IIb	C
Anticoagulante no paciente com estenose mitral, ritmo sinusal e átrio esquerdo > 55 mm	IIb	C

## Valvotomia percutânea na estenose mitral (EM)

Recomendação	Classe	NE
Pacientes em classe funcional III ou IV da NYHA, com EM grave ( $< 1,2 \text{ cm}^2$ ), morfologia favorável e ausência de refluxo mitral moderado a grave	I	A
Pacientes em classe funcional III ou IV da NYHA, com EM moderada ( $1,2-1,5 \text{ cm}^2$ ), morfologia favorável e ausência de refluxo mitral moderado a grave	I	A
Pacientes assintomáticos, com EM grave ( $< 1,2 \text{ cm}^2$ ), morfologia favorável, ausência de refluxo mitral moderado a grave e hipertensão pulmonar ( $> 60 \text{ mmHg}$ )	I	A
Pacientes assintomáticos, com EM moderada a grave ( $1,0-1,5 \text{ cm}^2$ ), fibrilação atrial recente, morfologia favorável e ausência de refluxo mitral moderado a grave	IIb	C
Pacientes assintomáticos, com EM discreta ( $> 1,5 \text{ cm}^2$ ), morfologia favorável e ausência de refluxo mitral moderado a grave	III	C
Pacientes assintomáticos, com EM ( $< 1,0 \text{ cm}^2$ ), com refluxo mitral moderado a grave	III	C

## Comissurotomia mitral cirúrgica para pacientes com EM

Recomendação	Classe	NE
Pacientes em classe funcional III e IV da NYHA, EM moderada ou grave (área da valva mitral $\leq 1,2$ cm <sup>2</sup> ) e morfologia da valva favorável à correção, se não houver disponibilidade de valvotomia por cateter balão	I	C
Pacientes em classe funcional III e IV da NYHA, EM moderada ou grave (área da valva mitral $\leq 1,2$ cm <sup>2</sup> ), morfologia da valva favorável à correção percutânea, na presença de trombo atrial esquerdo, apesar do uso adequado de anticoagulante oral	I	C

## Substituição da valva mitral para estenose mitral (EM)

Recomendação	Classe	NE
Paciente com EM moderada a grave (área da valva mitral $\leq 1,2$ cm <sup>2</sup> ), CF III e IV da NYHA, que não são considerados candidatos à valvotomia por cateter balão ou comissurotomia mitral cirúrgica	I	C

## C - Insuficiência aórtica

### Uso de vasodilatadores na insuficiência aórtica (IAo)

Recomendação	Classe	NE
Paciente com IAo grave, sintomático, com ou sem disfunção ventricular enquanto aguarda cirurgia	I	C
Paciente com IAo grave, sintomático, com disfunção ventricular sem indicação cirúrgica devido a fatores cardíacos ou não cardíacos	I	C
Paciente com IAo grave associada à HAS	I	C
Paciente com IAo grave, assintomático, com dilatação do ventrículo esquerdo e função ventricular normal	IIb	C
Paciente com IAo grave, sintomático, em substituição à troca valvar aórtica	III	C



## Substituição da valva aórtica na insuficiência aórtica moderada/grave

Recomendação	Classe	NE
Paciente em classe funcional III ou IV da NYHA e função sistólica preservada do ventrículo esquerdo	I	C
Paciente com IAo moderada a grave e indicação de cirurgia de revascularização miocárdica ou cirurgia da aorta ou de outras valvas do coração	I	C
Pacientes em classe funcional II da NYHA e função sistólica preservada do ventrículo esquerdo, mas com dilatação progressiva do ventrículo esquerdo ou menor tolerância a esforço no teste de esforço	IIb	C
Paciente assintomático com IAo grave e disfunção do ventrículo esquerdo (fração de ejeção $\leq 0,50$ em repouso)	IIb	C

**D - Estenose aórtica**

## Intervenção percutânea na estenose aórtica

Recomendação	Classe	NE
Como ponte para cirurgia definitiva em casos de especial gravidade cirúrgica, como em EAP ou choque	IIa	C
Valvotomia por balão em situações especiais de baixa perspectiva de sobrevivência por outras afecções	IIb	C

## Substituição de valva aórtica na estenose aórtica (EA)

Recomendação	Classe	NE
Pacientes sintomáticos com EAo grave	I	C
Pacientes assintomáticos com EAo grave com indicação cirúrgica de revascularização do miocárdio	I	C
Pacientes assintomáticos com EAo grave com indicação de cirurgia para a aorta ou em outras valvas cardíacas	I	C
Pacientes com EAo moderada com indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio ou cirurgia da aorta ou de outras valvas cardíacas	IIa	C
Pacientes assintomáticos com EAo grave: <ul style="list-style-type: none"><li>• disfunção sistólica do ventrículo esquerdo</li><li>• resposta anormal a esforço (por exemplo, hipotensão)</li><li>• taquicardia ventricular</li><li>• importante hipertrofia do ventrículo esquerdo (<math>\geq 15\text{mm}</math>)</li><li>• área valvar <math>&lt; 0,6\text{ cm}^2</math></li></ul>	IIb	C

## Endocardite infecciosa

### Tratamento - grau de recomendação I, nível de evidência C

Esquemas terapêuticos recomendados para endocardite<sup>41, 43</sup>: endocardite em valva nativa causada por estreptococos do grupo *viridans* altamente susceptíveis à penicilina ou por *S. bovis* (CIM  $\leq 1,0 \mu\text{g/mL}$ )<sup>44</sup>

Antibiótico (avaliar perfil de sensibilidade)	Dose (função renal normal) e via	Duração
Penicilina G cristalina	12-18 milhões UI/24 h IV em infusão contínua ou em doses divididas 4/4 h	4 semanas
ou ceftriaxone	2,0 g/24 horas IV ou IM	4 semanas
Penicilina G cristalina	12-18 milhões UI/24 h IV em infusão contínua ou em doses divididas 4/4 h	2 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 horas	2 semanas
Vancomicina (em caso de hipersensibilidade à penicilina)	30 mg/kg/24 horas IV em duas doses, não ultrapassando 2,0 g/24 horas	4 semanas

Esquemas terapêuticos recomendados para endocardite em valva nativa causada por estreptococos do grupo *viridans* relativamente resistentes à penicilina (CIM > 1,0 µg/mL e < 0,5 µg/mL)<sup>44</sup>

Antibiótico (avaliar perfil de sensibilidade)	Dose (função renal normal) e via	Duração
Penicilina G cristalina	18 milhões UI/24 h IV em infusão contínua ou em doses divididas 4/4 h	4 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	2 semanas
Vancomicina (em caso de hipersensibilidade à penicilina)	30 mg/kg/24 horas IV em duas doses, não ultrapassando 2,0 g/24 h	4 semanas

Esquemas terapêuticos recomendados para endocardite por enterococos<sup>43</sup>

Antibiótico (avaliar perfil de sensibilidade)	Dose (função renal normal) e via	Duração
Penicilina G cristalina	18 milhões UI/24 h IV em infusão contínua ou em doses divididas 4/4 h	4-6 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	4-6 semanas
Ampicilina	12 g/24 horas IV em insfusão ou em doses divididas 4/4 h	4-6 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	4-6 semanas
Vancomicina	30 mg/kg/24 horas IV em duas doses, não ultrapassando 2,0 g/24 h	4-6 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	4-6 semanas

Esquemas terapêuticos recomendados para endocardite causada por estafilococos sem material protético<sup>44</sup>

Antibiótico (avaliar perfil de sensibilidade)	Dose (função renal normal) e via	Duração
Oxacilina	2,0 g IV 4/4 h	4-6 semanas
Com gentamicina opcional	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	3-5 dias
Cefazolina (ou outra cefalosporina de primeira geração em dosagem equivalente)	2,0 g IV 8/8 h	4-6 semanas
Com gentamicina opcional	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	3-5 dias
Vancomicina (em caso de hipersensibilidade à penicilina ou em infecções causadas por cepas resistentes à oxacilina)	30 mg/kg/24 horas IV em duas doses, não ultrapassando 2,0 g/24 h	4-6 semanas

Esquemas terapêuticos recomendados para endocardite causada por estafilococos com material protético<sup>44</sup>

Antibiótico (avaliar perfil de sensibilidade)	Dose (função renal normal) e via	Duração
Vancomicina	30 mg/kg/24 horas IV em 2-4 doses, não ultrapassando 2,0 g/24 h	≥ 6 semanas
Com rifampicina	300 mg VO 8/8 h	≥ 6 semanas
E com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	2 semanas
Oxacilina (em caso de cepas sensíveis)	2,0 g IV 4/4 h	≥ 6 semanas
Com rifampicina	300 mg VO 8/8 h	≥ 6 semanas
E com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 h	2 semanas

Endocardite causada por agentes do grupo HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens* e *Kingella kingae*)<sup>44</sup>

Antibiótico	Dose (função renal normal) e via	Duração
Ceftriaxona	2,0 g/24 horas IV ou IM	4 semanas
Ampicilina (para cepas não produtoras de $\beta$ -lactamase)	12 g/24 horas IV em infusão contínua ou em doses divididas 4/4 horas	4 semanas
Com gentamicina	1,0 mg/kg IM ou IV 8/8 horas	4 semanas

Profilaxia para endocardite<sup>46,48</sup>

Recomendação	Classe	NE
Endocardite prévia	I	C
Prótese valvar	I	C
Cardiopatía congênita não corrigida ou com conduítes artificiais	I	C
Transplantado cardíaco	I	C
Cardiopatía reumática com refluxo valvar	IIa	C
Prolapso com refluxo moderado/importante	IIa	C
Cardiopatía reumática com estenose valvar	IIb	C
Cardiopatía degenerativa com estenose valvar	IIb	C

## GRUPO VI - Hipertensão arterial

Classificação brasileira diagnóstica da hipertensão arterial<sup>12</sup>

PAD em mmHg	PAS em mmHg	Classificação
< 80	< 130	Normal
85-89	130-139	Normal limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão estágio 1
100-109	160-179	Hipertensão estágio 2
> 100	> 180	Hipertensão estágio 3
< 90	> 140	Hipertensão sistólica isolada

Quando PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, o paciente deve ser classificado pela mais alta

## Lesões em órgãos-alvo da hipertensão arterial

### Coração

- Hipertrofia do ventrículo esquerdo
- Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio
- Revascularização miocárdica prévia
- Insuficiência cardíaca

### Rins

- Perda de função renal
- Proteinúria (> 300 mg/24 h)

### Encéfalo

- Acidente vascular cerebral
- Isquemia cerebral transitória
- Alterações cognitivas ou demência vascular

### Vasos

- Doença vascular arterial de extremidades
- Retinopatia hipertensiva

### Marcadores de lesão subclínica de órgãos-alvo

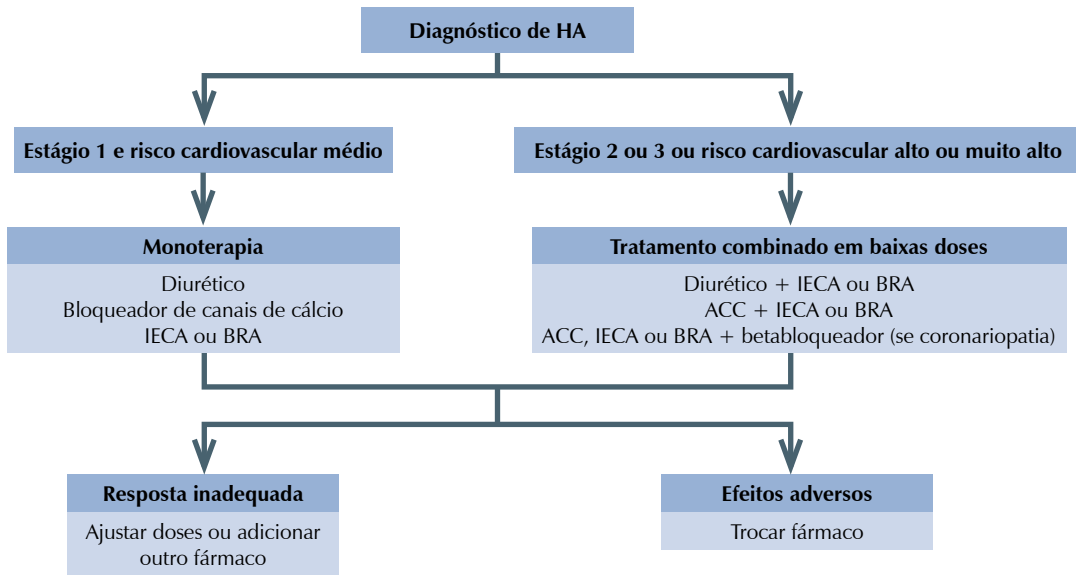
- Microalbuminúria (índice albumina/creatinina em amostra isolada de urina ou urina de 24 horas)
- Parâmetros ecocardiográficos: remodelação ventricular, função sistólica e diastólica
- Aumento da espessura do complexo médio-intimal da carótida ou placa
- Rigidez arterial através da velocidade de onda de pulso
- Índice tornozelo-braquial < 0,9
- Função endotelial



### Tratamento não medicamentoso e mudança no estilo de vida

- Ingestão de sódio de 4-6 g/dia. Evita-se redução drástica para que o idoso não diminua sua alimentação, com consequente desnutrição
- Ingestão de álcool ao limite máximo de 30 ml/dia (homens) e 15 ml (mulheres)
- Reduzir peso corporal
- Praticar atividade física regular
- Ingerir quantidades adequadas de K, Mg, Ca, fibra, e alimentos pobres em gordura saturada
- Suspender o tabagismo
- Identificar o uso de todos os fármacos pois alguns elevam a PA

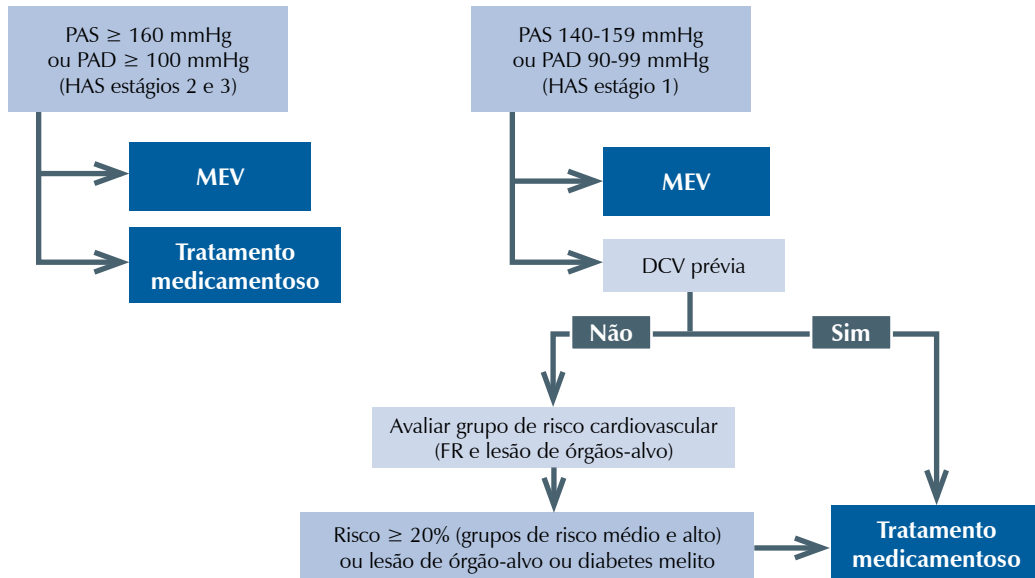
## Fluxograma para o tratamento farmacológico da hipertensão



Metas de valores da pressão arterial a serem obtidas com o tratamento<sup>12</sup>

Categorias de risco	Meta
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular médio	< 140/90 mmHg
Hipertensos limítrofes com risco cardiovascular alto	< 130/85 mmHg
Hipertensos limítrofes com risco cardiovascular muito alto	< 130/80 mmHg
Hipertensos nefropatas com proteinúria > 1,0 g/L	< 125/75 mmHg

## Esquema para início de tratamento no idoso hipertenso



## Escolha da droga anti-hipertensiva inicial no idoso com comorbidade

Comorbidades	Diuréticos	Betabloqueadores	Antagonistas do canal de cálcio	Inibidores da enzima conversora da angiotensina	Bloqueadores do receptor de angiotensina II
DPOC	0	Contraindicado se broncoespasmo	++	+	++
Insuficiência cardíaca sistólica	++	++ (carvedilol, bisoprolol, metoprolol)	Contraindicado (exceto amlodipina e felodipina)	++	++
Insuficiência cardíaca diastólica	+	++	++	Possivelmente benéfico	Possivelmente benéfico
Diabetes melito	+	+	Possivelmente benéfico	++	++
Com insuficiência renal	+	0	0	++	++
Com proteinúria	0	0	0	++	++
Arritmia	0	+	+	0	0
Angina	0	+	+	0	0
Pós-infarto	0	++	0	++	++
Isquemia silenciosa	0	++	++	0	0

Doença osteoarticular	0	0	+	0	0
Osteoporose	++	0	0	0	0
Disfunção renal	+	(evitar tiazídicos se Clearance de creatinina < 30 mL/min e diuréticos poupadores de potássio)	+	++	++
HPB sintomática*	0	0	++	+	+
Tremor essencial	0	++ (não cardioseletivos)	0	0	0
Dislipidemia	0	0	+	+	+
Gota e hiperuricemia	0	0	+	+	+
Doença hepática	+	evitar labetalol	+	+	+
Doença arterial periférica	+	+ (não usar apenas se isquemia em repouso ou isquemia crítica)	+	+	+

Fonte: Adaptado de Revista Brasileira de Hipertensão. 2006;4:150 e JAMA. 2003;289:2560. 0 - Ação neutra ou pouco favorável; + - ação adequada; ++ - uso preferencial. Nota: \*Em pacientes com protatismo deve-se ter cuidado com hipotensão postural acentuada com o início do tratamento com alfabloqueadores, se concomitante uso de betabloqueadores.

Referências bibliográficas: consultar o texto original da diretriz - <http://publicacoes.cardiol.br>