

### **AVALIAÇÃO DOS DOENTES COM ANGINA DE PEITO CRÓNICA ESTÁVEL NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

---

Snow V, Barry P, Fihn SD, Gibbons RJ, Owens DK, Williams SV et al. Evaluation of primary care patients with chronic stable angina: guidelines from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2004; 141:57-64.

O *American College of Physicians* actualizou as linhas de orientação técnica, publicadas em 1999, sobre a avaliação dos doentes com angina de peito crónica estável no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Estas linhas de orientação referem-se à estratificação do risco nos doentes sintomáticos que não tenham tido um enfarte agudo do miocárdio e não tenham sido submetidos a revascularização cardíaca nos últimos seis meses. Estas recomendações aplicam-se aos seguintes doentes: àqueles que não têm doença coronária (DC) diagnosticada, mas cujos sintomas sugerem doença coronária crónica estável,

aos doentes com doença coronária crónica estável e aos doentes assintomáticos que possuam exames complementares de diagnóstico que sugiram doença coronária.

**Recomendação 1.** Nos doentes que apresentam dor pré-cordial, a probabilidade de DC deve ser calculada com base na idade do doente, no sexo, nos factores de risco cardiovascular e nas características da dor (evidência B). Os doentes com probabilidade elevada ou intermédia para DC deverão ter o seu risco estratificado através da realização de exames complementares de diagnóstico. Nos doentes com baixa probabilidade de DC, a decisão de prosseguir com a realização de mais exames deverá ser decidida entre o médico e o doente.

**Recomendação 2.** Dos doentes abaixo referidos que possuam angina de peito crónica estável ou estejam assintomáticos deverão ter avaliada a função do ventrículo esquerdo através de um ecocardiograma em repouso ou de uma angiografia com radionuclídeos: doentes com história de enfarte agudo do miocárdio, com ondas Q patológicas, com sinais ou sintomas sugestivos de insuficiência cardíaca ou com arritmias ventriculares complexas (evidência B).

**Recomendação 3.** O ECG com prova de esforço segundo o protocolo de Bruce deverá ser a abordagem inicial para a estratificação do risco nos doentes com angina de peito crónica estável que sejam capazes de se exercitarem e que não estejam medicados com digoxina (evidência B). A prova de esforço também está indicada se houver alteração nas características da dor anginosa (evidência C). A prova de esforço não está recomendada se o ECG de repouso apresentar: síndrome de pré-excitação (WPW), ritmo de *pace-maker*, depressão do segmento ST >1mm e

bloqueio de ramo esquerdo completo (evidência B).

**Recomendação 4.** Os doentes com doença coronária crónica que tenham capacidade de se exercitar e que não tenham um bloqueio completo de ramo esquerdo, não tenham *pacemaker* e apresentem um ECG com alterações ou estejam medicados com digoxina, a estratificação de risco destes doentes deverá ser feita com um ecocardiograma de esforço ou com teste de perfusão cardíaca de esforço (evidência B).

**Recomendação 5.** Os doentes que não são capazes de se exercitar e não possuam bloqueio de ramo esquerdo ou *pacemaker*, a estratificação do risco deverá ser efectuada com um ecocardiograma de esforço ou com teste de perfusão cardíaca de esforço (evidência B).

**Recomendação 6.** Os doentes com bloqueio de ramo esquerdo ou com *pacemaker* deverão ser avaliados com teste de perfusão cardíaca de esforço, independentemente da sua capacidade de se exercitar (evidência B).

**Recomendação 7.** Não está recomendada a realização de ecocardiograma de esforço ou de teste de perfusão cardíaca de esforço nos doentes com bloqueio de ramo ou com *pacemaker* (evidência C).

Conceição Balsinha  
CS Oeiras