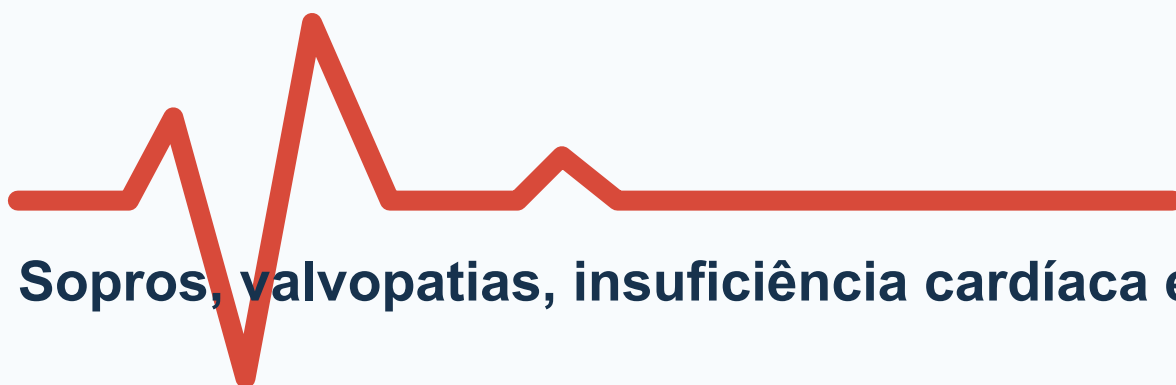


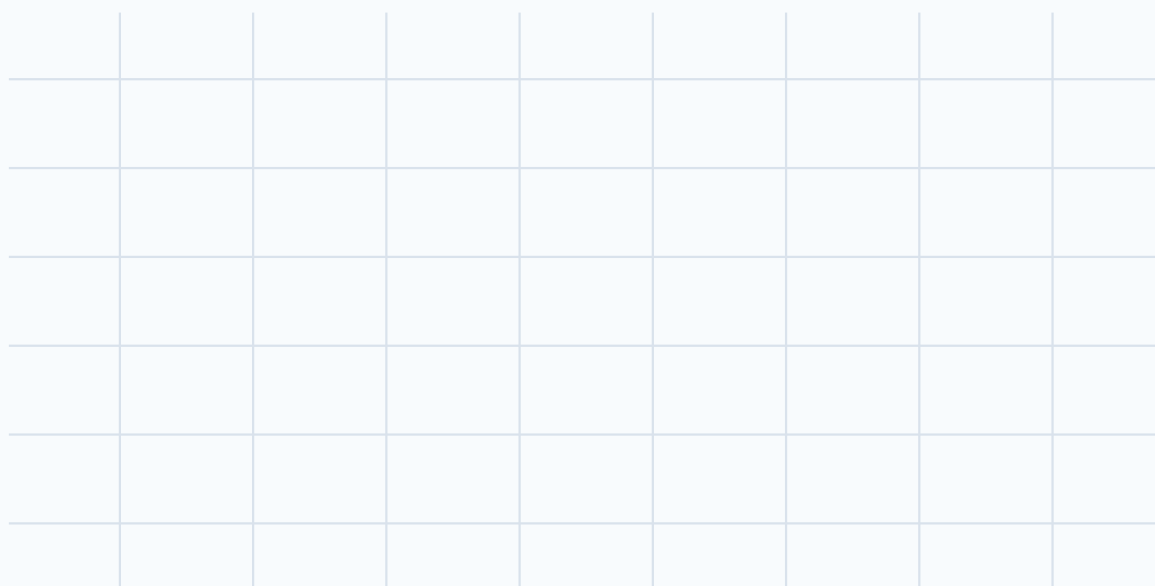
AprovaPRO

Cardiologia

ENAMED Direto ao Ponto



Sopros, valvopatias, insuficiência cardíaca e ar



Raciocínio por estabilidade, bomba, valva e ritmo

Manual técnico de alta densidade para revisão orientada por decisão

Como Usar Este Manual

Leia cada bloco como uma sequência de decisão. Em cardiologia, a pergunta raramente cobra uma lista solta. Ela cobra prioridade: reconhecer gravidade, organizar sinais e escolher a próxima conduta.

Mapa de Alto Rendimento

Situação	Primeiro raciocínio	Erro que derruba ponto
Taquicardia	O paciente está instável?	Tentar nomear o ritmo antes de agir
Bradicardia	Há hipoperfusão?	Tratar número sem olhar sintomas
Sopro	É sistólico ou diastólico?	Decorar nomes sem timing
Dispneia cardíaca	Está congesto, hipoperfundido ou ambos?	Pular direto para fármaco
Dor torácica com sopro	Existe obstrução ou dissecção possível?	Tratar como dor inespecífica

Sopros Sem Ruído Mental

Comece pelo tempo do sopro.

Achado	Pense primeiro em	Pista que costuma aparecer
Sistólico ejetivo no foco aórtico	Estenose aórtica	Irradiação para pescoço, esforço, síncope, angina ou dispneia
Sistólico holossistólico no ápice	Insuficiência mitral	Irradiação para axila e sinais de congestão
Diastólico em ruflar no ápice	Estenose mitral	Dispneia, palpitação, fibrilação atrial e congestão pulmonar
Diastólico aspirativo em borda esternal	Insuficiência aórtica	Pulso amplo, pressão diferencial aumentada e dispneia

Regra prática: sopro diastólico quase nunca é achado inocente. Em prova, ele exige respeito clínico.

Valvopatias Que Mais Mudam Conduta

Estenose Aórtica

O núcleo é obstrução fixa de saída. Quando aparece esforço com síncope, angina ou dispneia, o caso deixou de ser apenas ausculta. A prova quer que você veja risco, não apenas o som.

Dado	Interpretação
Idoso, sopro rude, foco aórtico	Estenose aórtica provável
Irradiação para carótidas	Reforça obstrução de saída
Síncope ao esforço	Gravidade funcional
Congestão ou queda de pressão	Não banalizar como sopro crônico

Estenose Mitral

O núcleo é pressão no átrio esquerdo. O paciente pode aparecer com dispneia, ortopneia, hemoptise, palpitações ou fibrilação atrial. O erro clássico é tratar apenas a arritmia e esquecer a valva.

Insuficiência Mitral

O núcleo é refluxo para o átrio esquerdo. Pode ser crônica, com sopro e congestão progressiva, ou aguda, com edema pulmonar e instabilidade. Quando a história é súbita, pense em emergência.

Insuficiência Aórtica

O núcleo é retorno de sangue para o ventrículo esquerdo durante a diástole. Pulso amplo e pressão diferencial aumentada ajudam. Se for aguda, pode haver choque mesmo com poucos achados clássicos.

Insuficiência Cardíaca em Quatro Perguntas

Não comece pela lista de remédios. Comece pelo perfil.

Pergunta	Resposta útil
Está congesto?	Edema, estertores, turgência jugular, ortopneia
Está hipoperfundido?	Hipotensão, extremidades frias, confusão, oligúria
Qual foi o gatilho?	Infecção, isquemia, arritmia, má adesão, embolia, crise hipertensiva
Precisa de suporte imediato?	Oxigenação, ventilação, vasodilatação, diurese ou cuidado intensivo conforme perfil

Perfil	Linguagem mental
Quente e úmido	Congesto com perfusão preservada
Frio e úmido	Congesto e hipoperfundido
Quente e seco	Compensado ou pouco congesto
Frio e seco	Baixo débito sem congestão evidente

Arritmias Instáveis

Antes de nomear o traçado, pergunte se há instabilidade.

Instabilidade significa hipotensão, choque, dor torácica isquêmica, alteração do estado mental, síncope ou edema pulmonar. Se isso está presente em uma taquiarritmia, a conduta é urgente. Se não está, você ganha tempo para classificar melhor o ritmo.

Cenário	Primeira decisão
Taquicardia com hipotensão	Tratar como instável
Taquicardia regular de QRS estreito estável	Manobras e tratamento dirigido podem entrar
Taquicardia de QRS largo	Respeitar como potencialmente grave
Fibrilação atrial com instabilidade	Instabilidade manda mais que controle fino de frequência

Bradicardia Que Importa

Bradicardia cobra sintoma. Frequência baixa isolada não é a pergunta inteira.

Procure: hipotensão, síncope, confusão, dor torácica, choque, insuficiência cardíaca aguda ou sinais de baixa perfusão. Se houver isso, é bradicardia sintomática. Se não houver, investigue causa, medicações, distúrbios metabólicos e bloqueios.

Revisão de Véspera

Se aparecer	Faça este corte mental
Sopro sistólico rude e pescoço	Estenose aórtica
Sopro holossistólico no ápice e axila	Insuficiência mitral
Rufar diastólico e fibrilação atrial	Estenose mitral
Diastólico aspirativo e pulso amplo	Insuficiência aórtica
Taquicardia com choque	Instabilidade antes do nome do ritmo
Bradicardia com síncope	Sintomática até prova em contrário
Dispneia com estertores e hipertensão	Congestão e necessidade de descarregar
Extremidades frias e oligúria	Hipoperfusão

Treino Ativo

Para cada caso de cardiologia, responda em voz baixa:

1. O paciente está estável?
2. O problema é ritmo, bomba, valva ou isquemia?
3. Há congestão?
4. Há hipoperfusão?
5. Qual dado muda a próxima conduta?

Se você responde essas cinco perguntas, a cardiologia deixa de parecer um bloco de nomes e vira uma sequência de decisão.