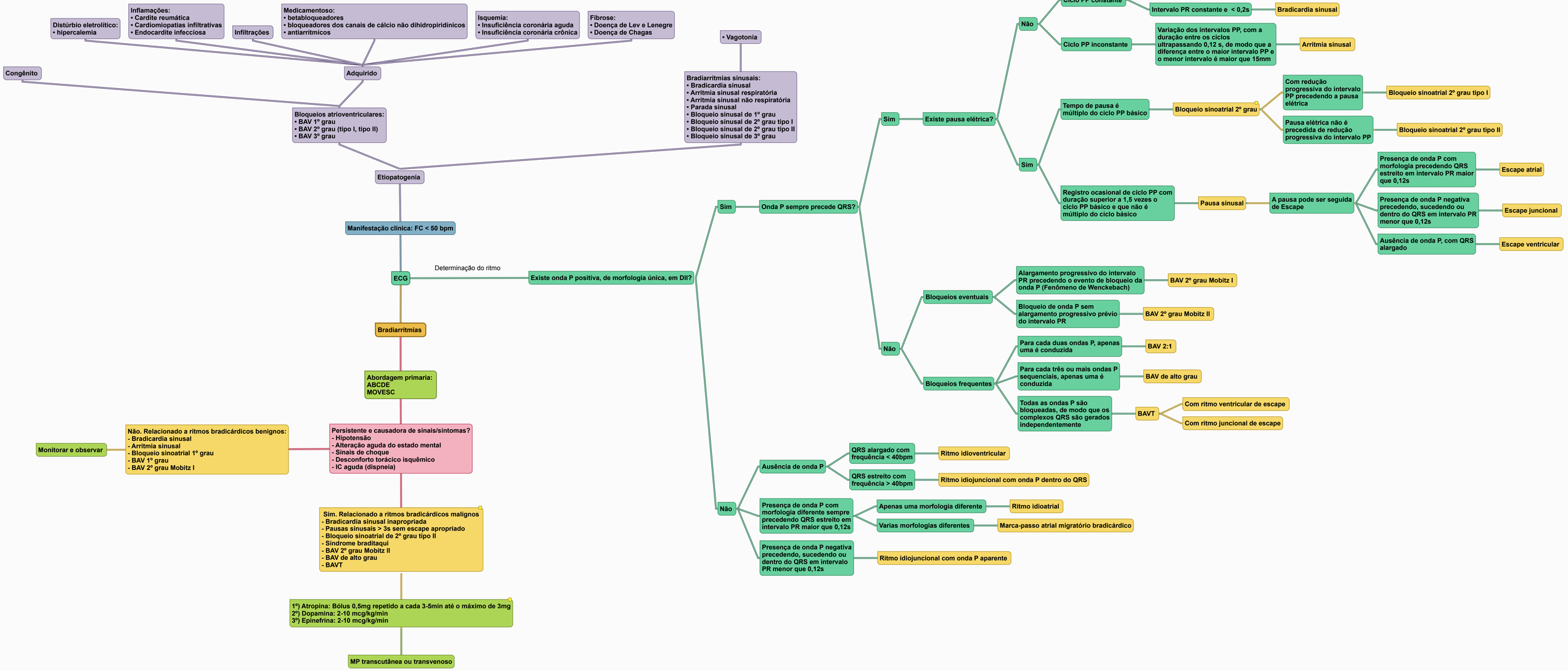
Distúrbio eletrolítico:
• hipercalemia
Inflamações:
• Cardite reumática
• Cardiomiopatias infiltrativas
• Endocardite infecciosa
Infiltrações
Medicamentoso:
• betabloqueadores
• bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos
• antiarrítmicos
Isquemia:
• Insuficiência coronária aguda
• Insuficiência coronária crônica
Fibrose:
• Doença de Lev e Lenegre
• Doença de Chagas
Congênito
Adquirido
• Vagotonia
Bloqueios atrioventriculares:
• BAV 1º grau
• BAV 2º grau (tipo I, tipo II)
• BAV 3º grau
Bradiarritmias sinusais:
• Bradicardia sinusal
• Arritmia sinusal respiratória
• Arritmia sinusal não respiratória
• Parada sinusal
• Bloqueio sinusal de 1º grau
• Bloqueio sinusal de 2º grau tipo I
• Bloqueio sinusal de 2º grau tipo II
• Bloqueio sinusal de 3º grau
Etiopatogenia
Manifestação clínica: FC < 50 bpm
ECG
Determinação do ritmo
Existe onda P positiva, de morfologia única, em DII?
Sim
Onda P sempre precede QRS?
Sim
Existe pausa elétrica?
Não
Ciclo PP constante
Intervalo PR constante e > 0,2s
BAV 1º grau
Intervalo PR constante e < 0,2s
Bradicardia sinusal
Ciclo PP inconstante
Variação dos intervalos PP, com a duração entre os ciclos ultrapassando 0,12 s, de modo que a diferença entre o maior intervalo PP e o menor intervalo é maior que 15mm
Arritmia sinusal
Sim
Tempo de pausa é múltiplo do ciclo PP básico
Bloqueio sinoatrial 2º grau
Com redução progressiva do intervalo PP precedendo a pausa elétrica
Bloqueio sinoatrial 2º grau tipo I
Pausa elétrica não é precedida de redução progressiva do intervalo PP
Bloqueio sinoatrial 2º grau tipo II
Registro ocasional de ciclo PP com duração superior a 1,5 vezes o ciclo PP básico e que não é múltiplo do ciclo básico
Pausa sinusal
A pausa pode ser seguida de Escape
Presença de onda P com morfologia precedendo QRS estreito em intervalo PR maior que 0,12s
Escape atrial
Presença de onda P negativa precedendo, sucedendo ou dentro do QRS em intervalo PR menor que 0,12s
Escape juncional
Ausência de onda P, com QRS alargado
Escape ventricular
Não
Bloqueios eventuais
Alargamento progressivo do intervalo PR precedendo o evento de bloqueio da onda P (Fenômeno de Wenckebach)
BAV 2º grau Mobitz I
Bloqueio de onda P sem alargamento progressivo prévio do intervalo PR
BAV 2º grau Mobitz II
Bloqueios frequentes
Para cada duas ondas P, apenas uma é conduzida
BAV 2:1
Para cada três ou mais ondas P sequenciais, apenas uma é conduzida
BAV de alto grau
Todas as ondas P são bloqueadas, de modo que os complexos QRS são gerados independentemente
BAVT
Com ritmo ventricular de escape
Com ritmo juncional de escape
Não
Ausência de onda P
QRS alargado com frequência < 40bpm
Ritmo idioventricular
QRS estreito com frequência > 40bpm
Ritmo idiojuncional com onda P dentro do QRS
Presença de onda P com morfologia diferente sempre precedendo QRS estreito em intervalo PR maior que 0,12s
Apenas uma morfologia diferente
Ritmo idioatrial
Varias morfologias diferentes
Marca-passo atrial migratório bradicárdico
Presença de onda P negativa precedendo, sucedendo ou dentro do QRS em intervalo PR menor que 0,12s
Ritmo idiojuncional com onda P aparente
Bradiarritmias
Abordagem primaria:
ABCDE
MOVESC
Persistente e causadora de sinais/sintomas?
- Hipotensão
- Alteração aguda do estado mental
- Sinais de choque
- Desconforto torácico isquêmico
- IC aguda (dispneia)
Não. Relacionado a ritmos bradicárdicos benignos:
- Bradicardia sinusal
- Arritmia sinusal
- Bloqueio sinoatrial 1º grau
- BAV 1º grau
- BAV 2º grau Mobitz I
Monitorar e observar
Sim. Relacionado a ritmos bradicárdicos malignos
- Bradicardia sinusal inapropriada
- Pausas sinusais > 3s sem escape apropriado
- Bloqueio sinoatrial de 2º grau tipo II
- Sindrome braditaqui
- BAV 2º grau Mobitz II
- BAV de alto grau
- BAVT
1º) Atropina: Bólus 0,5mg repetido a cada 3-5min até o máximo de 3mg
2º) Dopamina: 2-10 mcg/kg/min
3º) Epinefrina: 2-10 mcg/kg/min
MP transcutânea ou transvenoso