

Bradiarritimias

Autores e Afiliação:

José Belúcio Neto. Médico residente em Clínica Médica – HCFMRP-USP; Maria Lícia Ribeiro Cury Pavão. Médica assistente da UE- HCFMRP- USP; Carlos Henrique Miranda. Médico assistente da UE- HCFMRP- USP.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica.

Objetivos:

- 1 - Identificar se existem critérios de instabilidade hemodinâmica - diminuição do nível de consciência; congestão pulmonar; choque ou precordialgia.
- 2 - Identificar sinais eletrocardiográficos que indiquem marcapasso transvenoso provisório mesmo na ausência de sinais de instabilidade hemodinâmica - BAV 2o Grau II ou BAVT.

Data da última alteração: Segunda-feira, 24 de julho de 2017

Data de validade da versão: Domingo, 07 de janeiro de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Definição:

FC < 60 bpm, evidenciada ao exame físico ou eletrocardiograma.

Quadro clínico[1]:

Pode ser assintomática; sintomas possíveis: precordialgia, dispneia, queda do nível de consciência, fraqueza, fadiga, tontura, síncope, pré-síncope; sinais possíveis: hipotensão (postural ou não), diaforese, congestão pulmonar e sistêmica. Geralmente achados clínicos atribuíveis à bradiarritmia ocorrem com FC ≤ 50 bpm.

Diagnóstico:

Disfunção do nó sinusal: IAM, drogas (beta-bloqueadores, amiodarona, digoxina, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, lítio, fenitoína), hipotermia, hipotireoidismo, hipertensão intracraniana, colestase, envelhecimento, miocardite, fibrose idiopática, tônus vagal aumentado, doença do nó sinusal.

Distúrbios de condução atrioventricular: isquemia, degeneração do sistema His-Purkinje, infecções (Chagas, endocardite, difterias), doenças de depósito, colagenoses, trauma cirúrgico (troca valvar, transplante cardíaco).

Exames Complementares:

Eletrocardiograma[2]:

Achados associados a disfunção do nó sinusal: bradicardia sinusal; pausa sinusal (pelo menos 1 intervalo PP > 3s); bloqueio de saída sinoatrial (encurtamento progressivo do intervalo PP, até que ocorre P não conduzida ou pausa sinusal); síndrome bradicardia-taquicardia (taquiarritmia seguida de pausa sinusal).

Achados associados a distúrbios de condução AV: BAV de 1º grau (intervalo PR > 200 ms), BAV de 2º grau (Mobitz I: intervalos PR inconstantes precedendo e seguindo P não conduzida; ou Mobitz II: intervalos PR constantes precedendo e seguindo P não conduzida), BAV de 2º grau avançado (taxa de condução AV de 2:1 ou maior), BAV de 3º grau (BAV total).

Sangue:

TSH, potássio, ELISA para Chagas; a critério clínico: hemoculturas, FAN.

Ecocardiograma e Holter a critério clínico.

Tratamento:

Atropina: dose em bolus - 0,5 mg EV a cada 3-5 min; dose máxima: 3mg.

Caso atropina seja ineficaz, iniciar infusão de dopamina ou de epinefrina, ou estimulação transcutânea.

Ver Tabela 1 - Anexos.

OBS: A meia-vida da atropina é de 5 a 10 minutos. Isto significa que se o paciente responder à atropina, o efeito deve desaparecer após a meia-vida. Desta forma, é importante considerar a atropina apenas como uma medida intermediária para que se coloque o marcapasso transcutâneo e se prepare a instalação do marcapasso transvenoso provisório.

Instalação de marcapasso transcutâneo[3]:

- 1 - Providenciar analgesia e sedação, se necessário (benzodiazepínico + opioide).
 - 2 - Aplicar derivações de estimulação conforme orientações na embalagem.
 - 3 - Ligar desfibrilador no modo marcapasso, FC inicial de 60 bpm.
 - 4 - Intensidade de corrente 2mA acima da dose que foi necessária para captura consistente.
- Sempre considerar avaliação por especialista e necessidade de marcapasso transvenoso.

Tratamento definitivo[4]:

Tratamento de disfunção do nó sinusal:

Só tratar se houver quadro clínico francamente atribuível à bradicardia; excluir causas reversíveis e bradicardia sinusal; caso haja documentação e flutter ou fibrilação atrial, iniciar anti-coagulação.

Indicações de marcapasso definitivo para pacientes com disfunção do nó sinusal: Classe I - Bradicardia sintomática, com relação ritmo-sintoma documentada; síncope em vigência de disfunção do nó sinusal; incompetência cronotrópica;

Classe IIa – Bradicardia sintomática, sem relação ritmo-sintoma documentada, FC < 40 bpm; síncope não explicada por outras causas, em vigência de alterações eletrocardiográficas;

Classe IIb – Bradicardia minimamente sintomática, FC de repouso em vigília <40bpm, sem incompetência cronotrópica

Classe III – Bradicardia assintomática, ou com sintomas não atribuíveis à baixa FC; pacientes sintomáticos em uso de medicação bradicardizante que pode ser suspensa.

Tratamento de distúrbios de condução atrioventricular:

Excluir causas reversíveis (inclusive isquemia, infecções e drogas); tratamento definitivo é feito com marcapasso.

Indicações de marcapasso definitivo para pacientes com distúrbios de condução atrioventricular:

Classe I – BAV de 2º (Mobitz II) ou 3º grau crônico e sintomático; pacientes portadores de doenças neuromusculares com BAV de 2º ou 3º grau; BAV de 2º ou 3º grau após ablação da junção AV ou cirurgia valvar.

Classe IIa - BAV de 2º (Mobitz II) ou 3º grau crônico e assintomático; BAV de 1º grau prolongado (>300 ms) e sintomático;

Classe IIb – Pacientes portadores de doenças neuromusculares com BAV de 1º grau Classe III – BAV de 1º e 2º grau (Mobitz I) assintomático; BAV com expectativa de autorresolução.

Metas e Indicadores:

1 – Marcapasso transcutâneo - anotar no prontuário se o limiar de captura foi atingido e qual foi este valor para referência futura.

2 – Marcapasso transvenoso - deve ser buscado um limiar de comando de 0,5 mV. Após o implante, é importante obter radiografia controle para avaliar complicações como pneumotórax.

Referências Bibliográficas:

- 1 - Mangrum JM, DiMarco JP. The evaluation and management of bradycardia. N Engl J Med. 2000 Mar 9;342(10):703-9.
- 2 - Da Costa D, Brady WJ, Edhouse J. Bradycardias and atrioventricular conduction block. BMJ 2002;324(7336).
- 3 - American Heart Association. ACLS: Suporte avançado de vida cardiovascular – Manual do Profissional - 2012.
- 4 - Vogler J, Breithardt G, Eckardt L. Bradyarrhythmias and conduction blocks. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2012 Jul;65(7):656-67.

Considerações Administrativas:

- 1 – Quando indicar marcapasso transcutâneo ou transvenoso provisório, anotar no prontuário e na observação da prescrição médica. Isto é importante para localização do procedimento para faturamento hospitalar na revisão pelo GECON.
- 2 – Os procedimentos médicos como a instalação de marcapasso podem estar associados a complicações que devem ser documentadas exaustivamente no prontuário médico.

Anexos:

Tabela 1: Algoritmo para manejo inicial de bradiarritmias

