

1. ARRITMIAS CARDÍACAS

QUEIXAS CLÍNICAS:

- TONTURA
- SÍNCOPE
- CONFUSÃO MENTAL
- REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
- ATIVIDADES MOTORES ESPONTÂNEAS (PODE SIMULAR CONVULSÃO)
- DOR TORÁCICA
- DISPNEIA
- PALPITAÇÕES

EXAME FÍSICO:

PA AFERIDA NOS DOIS MMSS/
GLICEMIA CAPILAR/
FREQUÊNCIA CARDÍACA/
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA/
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO/
ESCALA DE COMA DE
GLASGOW/ PULSO DISTAL/
AUSCULTA PULMONAR/
AUSCULTA CARDÍACA

ELETROCARDIOGRAMA

- PRESENÇA OU NÃO DA ONDA P, SUA FREQUÊNCIA E MORFOLOGIA
- INTERVALO P-R
- CORRELAÇÃO ENTRE AS ONDAS P E COMPLEXOS QRS
- PRESENÇA DE BLOQUEIOS DE RAMO OU DE DIVISÕES DE RAMOS

CAUIDADOS PARA TODO PACIENTE COM ARRITMIA CARDÍACA

- MONITORIZAÇÃO: FC, PA, MONITOR CARDÍACO E OXÍMETRO
- O2 EM CATATER NASAL: SE HIPÓXIA
- ACESSO VENOSO CALIBROSO

REGISTRAR ALTERAÇÃO DE TRAÇADO ELETROCARDIOGRÁFICO ANTES DAS MEDIDAS NECESSÁRIAS (GUARDAR ECG/ FOTO DO MONITOR-CARDÍACO)

1.1 BRADIARRITMIAS

DEFINIÇÃO DE BRADIARRITMIA INSTÁVEL:

SOMENTE SE OS CRITÉRIOS A SEGUIR DEVER-SE À ARRITMIA.

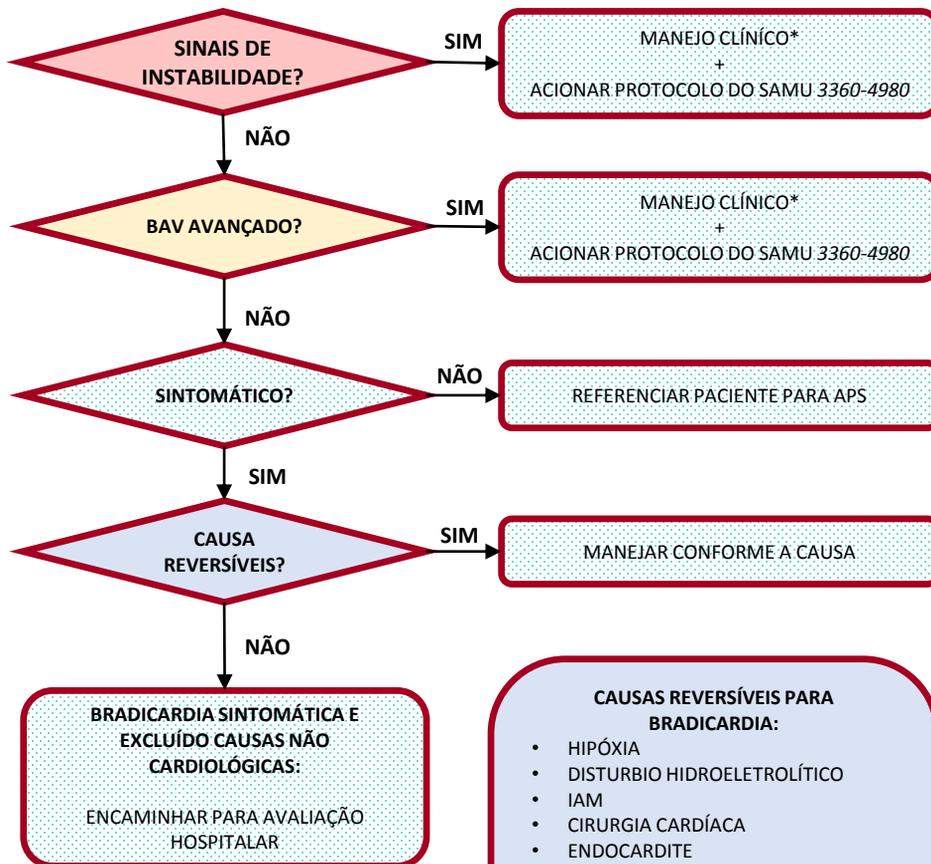
- HIPOTENSÃO, CHOQUE, MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA;
- DOR TORÁCICA;
- DISPNEIA;
- ESTADO MENTAL AGUDAMENTE ALTERADO ;
- SÍNCOPE;

*MANEJO CLÍNICO

- **ATROPINA:**
 - 0,5MG IV A CADA 3-5MIN (DOSE MÁX: 3MG);
 - ÚTIL EM BAV 1ºGRAU OU 2ºGRAU MOBITZ II;
 - EM MOBITZ II OU BAVT, SOMENTE SE QRS ESTREITO;
 - NÃO USAR EM QRS ALARGADO;
- **DOPAMINA OU EPINEFRINA:**
 - INDICADA QUANDO NÃO RESPONDE À ATROPINA OU EM QRS ALARGADO;
 - 5-20MCG/KG/MIN EM BIC;
- **MARCA-PASSO PROVISÓRIO TRANSCUTÂNEO:**
 - INDICADO QUANDO NÃO RESPONDER AS TENTATIVAS ANTERIORES;
 - SEDAÇÃO COM MIDAZOLAM (3 A 5MG IV). CUIDADO COM DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA;
 - FALHA EM 30 A 40% DOS PACIENTES PROVISÓRIO;

BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) AVANÇADO?

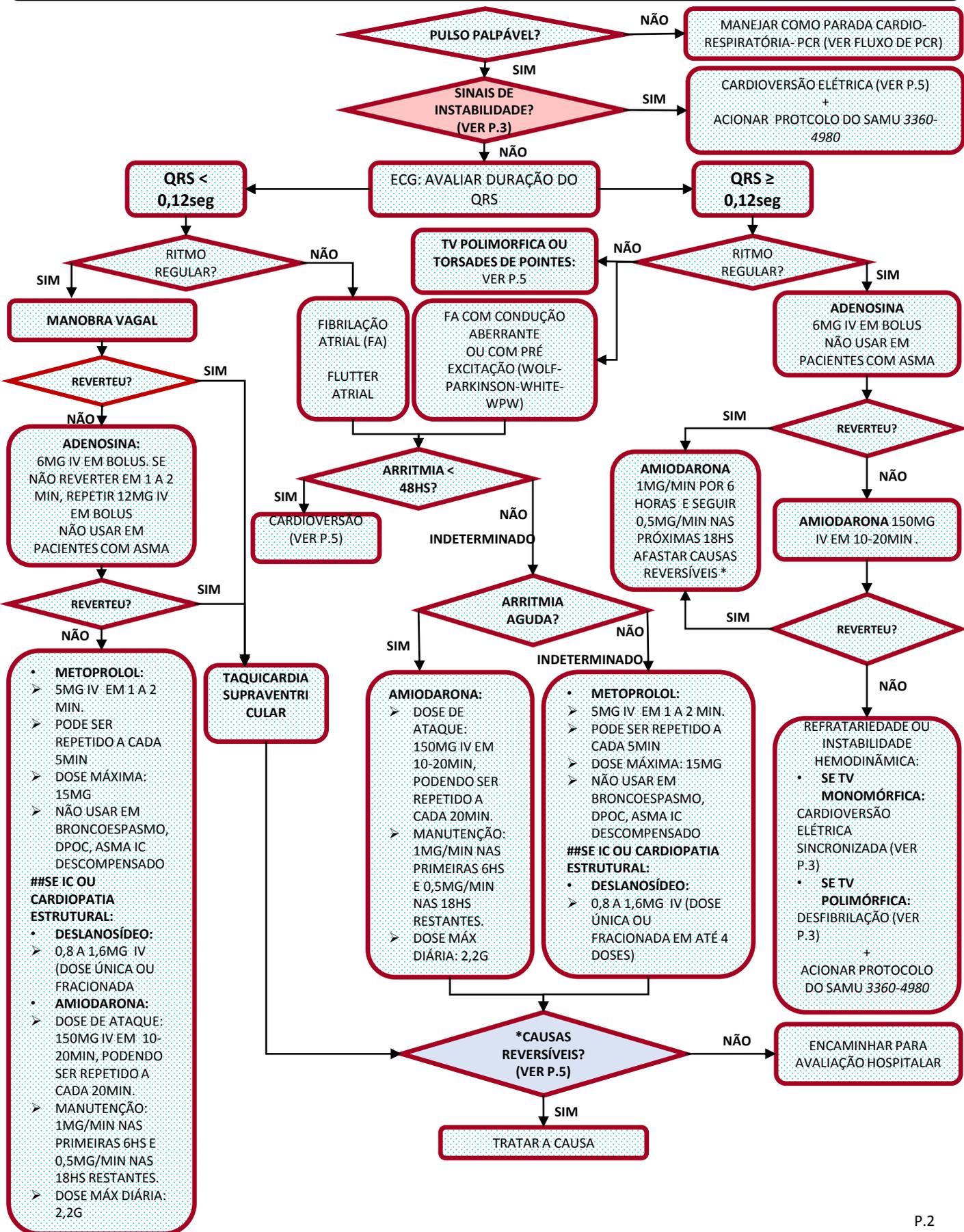
- BAV MOBITZ II;
- BAV 2:1; 3:1 E 4:1;
- BAVT (BLOQUEIO ATRIOVENTRICUAR TOTAL);
- FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA) COM BAVT: BRADICARDIA IMPORTANTE (FC < 40Bpm) E ECG COM RITMO REGULAR, SEM ONDA P;



CAUSAS REVERSÍVEIS PARA BRADICARDIA:

- HIPÓXIA
- DISTURBIO HIDROELETROLÍTICO
- IAM
- CIRURGIA CARDÍACA
- ENDOCARDITE
- REFLEXO VAGAL
- INTOXICAÇÃO EXÓGENA
- HIPERTENSÃO INTRACRANIANA
- AVE
- MEDICAMENTOS (B-BLOQUEADORES, BLOQUADORES DO CANAL DE CÁLCIO, DIGITÁLICOS, ANTIARRITMICOS, ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS)

1.2 TAQUIARRITMIAS



1.2 TAQUIARRITMIAS

DEFINIÇÃO DE TAQUIARRITMIA INSTÁVEL:

SOMENTE SE OS CRITÉRIOS A SEGUIR DEVER-SE À ARRITMIA.

- HIPOTENSÃO, CHOQUE, MÁ PERFUSÃO PERIFÉRICA
- DOR TORÁCICA
- DISPNEIA
- ESTADO MENTAL AGUDAMENTE ALTERADO
- SÍNCOPE

CAUSAS REVERSÍVEIS PARA TAQUICARDIA:

- HIPÓXIA
- DISTURBIO HIDROELETROLÍTICO
- IAM
- TEP
- HEMORRAGIA DIGESTIVA
- HIPOVolemIA
- FEOCROMOCITOMA
- HIPERTIREOIDISMO
- SÍNDROME DO PÂNICO
- DROGAS ILÍCITAS (COCAÍNA)
- SEPSE
- INSUFICIÊNCIA CARDÍACA
- VALVOPATIAS
- USO DE ANTIARRITMICOS

SINAIS DE INSTABILIDADE

- **MONITORIZAÇÃO:** FC, PA, MONITOR CARDÍACO E OXÍMETRO
- **O2 EM CATATER NASAL:** SE HIPÓXIA
- **ACESSO VENOSO CALIBROSO**
- **EQUIPAMENTO PARA ASPIRAÇÃO**
- **EQUIPAMENTO DE INTUBAÇÃO**

PRÉ MEDICAÇÃO SEMPRE QUE POSSÍVEL:

- **ANALGESIA:**
 - MORFINA: 1 A 2MG IV
 - FENTANIL: 1 A 2 MCG/KG IV
- **SEDAÇÃO:**
 - MIDAZOLAM: 3 A 5MG EM BOLUS. REPETIR ATÉ SEDAÇÃO ADEQUADA

ENERGIA DE CHOQUE PARA CARディオVERSÃO ELÉTRICA:

- **QRS ESTREITO REGULAR:** 50 A 100J MONO OU BIFÁSICO
- **QRS ESTREITO IREGULAR:** 120-200J BIFÁSICO OU 200J MONOFÁSICO
- **QRS LARGO REGULAR:** 100J MONO OU BIFÁSICO
- **QRS LARGO IRRÉGULAR:** CARGA DE DESFIBRILAÇÃO (SEM SINCRONIZAÇÃO)

- **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR FLUTTER**

FIBRILAÇÃO ATRIAL

TV MONOMÓRFICA

TV POLIMÓRFICA

TORSADES DE POINTES

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 50J, 100J, 200J, 300J, 360J

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 200J, 300J, 360J

DOSE DE ENERGIA MONOFÁSICA ESCALONADA (OU EQUIVALENTE DE ENERGIA BIFÁSICA): 100J, 200J, 300J, 360J

DOSE SEMELHANTE A DESFIBRILAÇÃO (NÃO SINCRONIZADA)

- **SE INSTABILIDADE** DESFIBRILAÇÃO
- **SE ESTÁVEL:** SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 1 A 2g EM 5 A 20MIN, SEGUIDO DE MAIS 2g EM 15MIN SE NECESSÁRIO. PODE-SE AINDA FAZER 3-20MG/MIN EM BIC

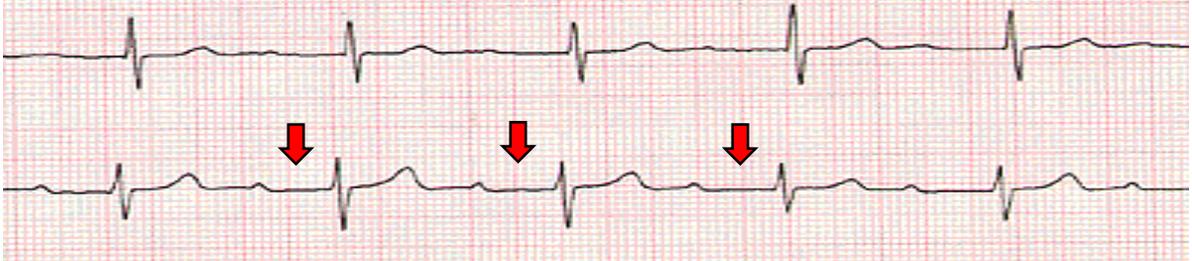
ATENÇÃO:

- FIQUE ATENTO PARA A POSSÍVEL NECESSIDADE DE RESSINCRONIZAR O EQUIPAMENTO APÓS CADA CARディオVERSÃO
- SE HOUVER DEMORA NA SINCRONIZAÇÃO E O QUADRO CLÍNICO FOR CRÍTICO, APLIQUE CHOQUE NÃO SINCRONIZADO IMEDIATAMENTE.

1.3 ARRITMIAS CARDÍACAS TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

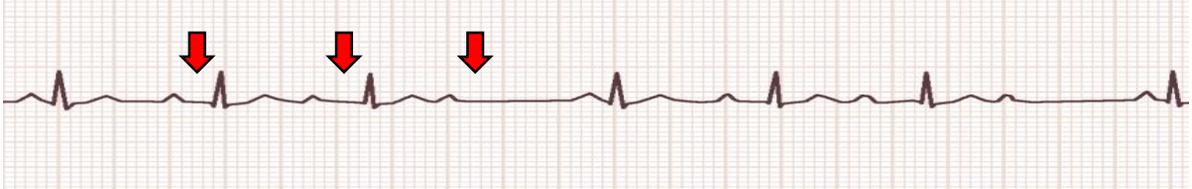
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 1º GRAU

CADA ONDA P SEGUE-SE UM COMPLEXO QRS, MAS O INTERVALO P-R ESTÁ AUMENTANDO (> 0,2 SEGUNDOS)



BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 2º GRAU – MOBITZ I

O INTERVALO P-R AUMENTA PROGRESSIVAMENTE, ATÉ QUE UMA ONDA P É BLOQUEADA E NÃO É CONDUZIDA (NÃO É ACOMPANHADA DE COMPLEXO QRS)



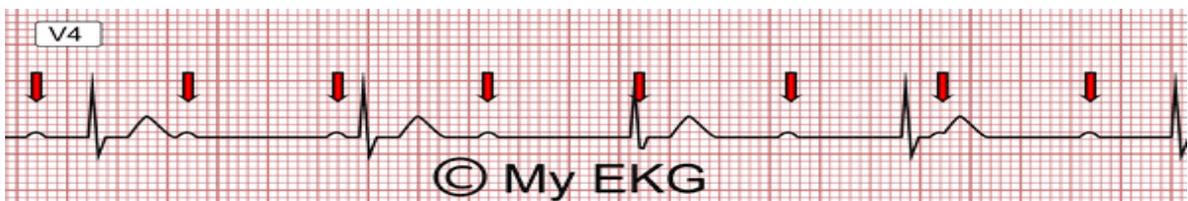
BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 2º GRAU – MOBITZ II

O INTERVALO P-R PERMANECE CONSTANTE. OS BATIMENTOS SÃO INTERMITENTEMENTE NÃO CONDUZIDOS E HÁ FALHA DE COMPLEXOS QRS, GERALMENTE EM UM CICLO REPTIDO A CADA 3 (BLOQUEIO 3:1) OU 4 (BLOQUEIO 4:1) ONDAS P.



BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR (BAV) 3º GRAU OU TOTAL – BAVT

DISSOCIAÇÃO COMPLETA ENTRE A DESPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR ATRIAL E A DESPOLARIZAÇÃO VENTRICULAR. EXISTEM ONDAS P E COMPLEXOS QRS, PORÉM SEM ASSOCIAÇÃO



ARRITMIAS CARDÍACAS TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

FC PRÓXIMA A 180bpm, INTERVALO R-R REGULAR, SEM ONDA P OU COM PR>RP E RP< 0,8SEG



FIBRILAÇÃO ATRIAL

Múltiplos focos de reentrada atrial com altíssima frequência atrial. BAV variável, intervalo R-R irregular e FC ~ 180 bpm.



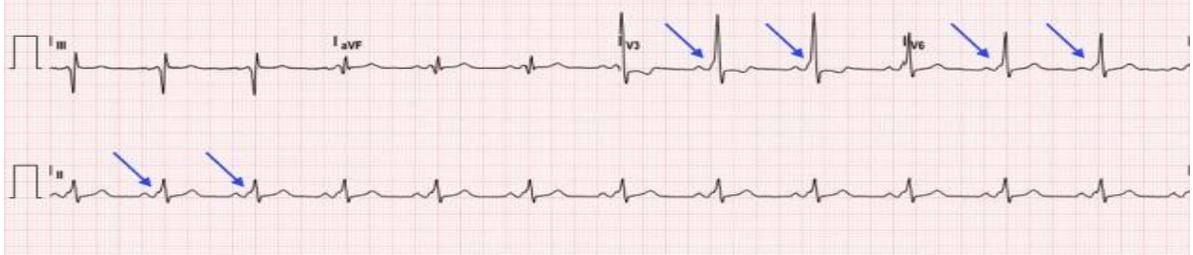
FLUTTER ATRIAL

condução para o ventrículo com bloqueio 2:1 no NAV (FC ~ 150 bpm) e, em geral, R-R regular.



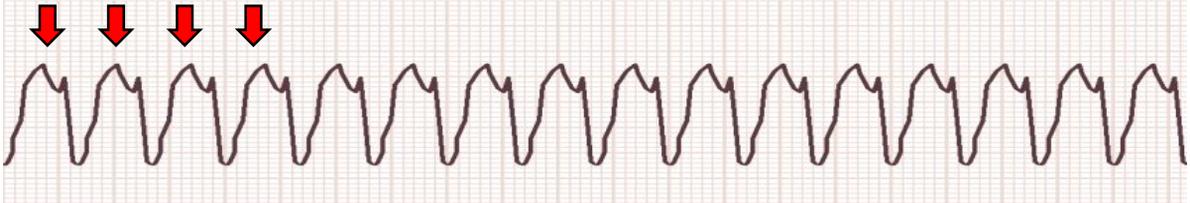
TAQUICARDIA COM CONDUÇÃO ABERRANTE (SD. WOLF-PARKINSON-WHITE)

No ECG sem arritmia, podemos identificar um P-R curto (< 0,12 seg.) e a onda delta, causada pela despolarização inicial dos ventrículos pelo feixe anômalo que não tem o retardo do NAV, mas com período refratário maior que o NAV.



ARRITMIAS CARDÍACAS TRAÇADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS

TAQUICARDIA VENTRICULAR MONOMÓRFICA
QRS largo, R-R regular



TAQUICARDIA VENTRICULAR POLIMÓRFICA
Morfologia de QRS e R-R variáveis



TORSADES DE POINTES

É uma forma específica de TV polimórfica em pacientes com um intervalo QT longo. Se caracteriza por complexos QRS irregulares rápidos, que parecem estar se contorcendo em torno da linha de base do eletrocardiograma

