

BRADIARRITMIAS

— BLOQUEIOS ATRIOVENTRICULARES —



CLÍNICA MÉDICA

CARDIOLOGIA

BRADICARDIA

FC < 50 bpm — O nó AV está dormindo no trabalho

**Todo batimento nasce no NÓ SINUSAL → passa pelo NÓ AV → chega aos ventrículos via Sistema His-Purkinje. Quando qualquer elo falha, temos bradicardia.*



Intervalo PR normal: 3 a 5 quadradinhos · 120 a 200 ms



PRINCIPAIS CAUSAS		
	CAUSA	EXEMPLOS
	Medicamentos	Betabloqueadores · Amiodarona · Diltiazem · Verapamil · Clonidina · Lítio · Digoxina
	Doenças cardíacas	Doença do nó sinusal · IAM de coronária direita
	Outras causas	Hipotireoidismo · Hiperpotassemia · Hipertensão intracraniana · Apneia do sono · Hipotermia · Manobra de Valsalva · Atletas (benigno)



NA PROVA — FIQUE ATENTO



Bradicardia sinusal em ATLETA = fisiológica, benigna — não tratar!



Betabloqueadores + Bloqueador Ca++ (diltiazem/verapamil) = combo perigoso para o nó AV → bradicardia grave.

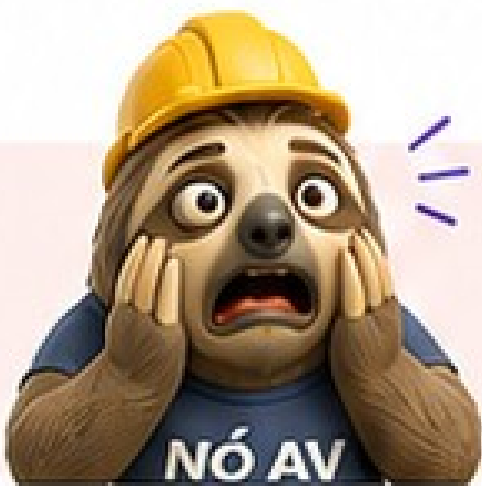


Intervalo PR normal: 120–200 ms (3 a 5 “quadradinhos” no ECG).
Acima disso → BAV 1º grau.

BLOQUEIOS ATRIOVENTRICULARES

Identifique no ECG · Classifique a gravidade · Conduza certo

**SUPRAHISSIANOS (BAV 1º e Mobitz I): topam atropina.*
*INFRAHISSIANOS (Mobitz II e BAVT): atropina NÃO resolve — marcapasso!**



BAV (TIPO)	ECG (PADRÃO)	PR	LOCALIZAÇÃO
1º GRAU	Todas as ondas P conduzidas · Ritmo regular	> 200 ms (> 5 quadradinhos) · CONSTANTE	Nó AV (supra-hissiano) SUPRAHISSIANO
2º GRAU MOBITZ I	PR progressivamente mais longo até onda P bloqueada — Fenômeno de Wenckebach	PROGRESSIVO cresce a cada batimento, depois Bloqueio	Nó AV (supra-hissiano) SUPRAHISSIANO
2º GRAU MOBITZ II	PR constante · Onda P bloqueia de repente, sem aviso	CONSTANTE · bloqueio súbito e imprevisível	Feixe de His / Sistema de Purkinje (INFRAHISSIANO) ⚠ INFRAHISSIANO
3º GRAU (BAVT)	Dissociação AV completa · P-P regular, R-R regular — SEM relação entre eles	NENHUM — átrios e ventrículos em ritmos independentes	Infrahissiano (estrutural) 🔔 INFRAHISSIANO

CONDUTA NA BRADICARDIA

Algoritmo ACLS — Estável vs. Instável

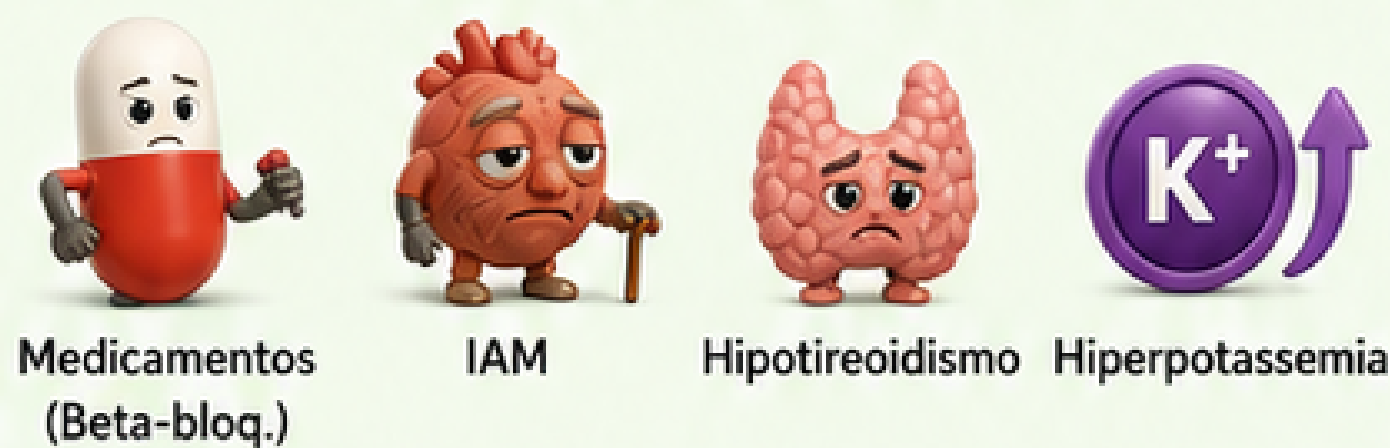
Primeiro avaliar: o paciente tem Dor torácica · Dispneia · Desmaio ·
Diminuição da PA · Diminuição da consciência? Se SIM → **INSTÁVEL** → age **RÁPIDO**.



✓ ESTÁVEL

Sem sinais de choque · PA normal · Consciente

1. Afastar causas reversíveis



SUPRAHISSIANO
(BAV 1º, Mobitz I):
OBSERVAR

INFRACASSIANO
(Mobitz II, BAVT):
MARCAPASSO DEFINITIVO



! INSTÁVEL

Choque · Hipotensão · Síncope ·
Dispneia · Dor torácica

1. ATROPINA 1 mg IV (bolus) —
repetir até 3mg



2. Se não responder →
ADRENALINA 2–10 mcg/min
ou **DOPAMINA** 5–20 mcg/kg/min
ou **MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO**



3. → MARCAPASSO TRANSVENOSO

4. → MARCAPASSO DEFINITIVO
(se não reversível)



FARMACOLOGIA DA BRADICARDIA INSTÁVEL

DROGA	DOSE	MECANISMO	QUANDO?
 Atropina	1 mg IV bolus, max 3 mg	Bloqueia tônus vagal no nó AV	1ª escolha — funciona nos supra-hissianos
 Dopamina	5–20 mcg/kg/min	Cronotrópico + vasopressor	Se atropina falhou ou BAVT
 Adrenalina	2–10 mcg/min	Cronotrópico potente	Alternativa à dopamina



**ADRENALINA 1mg em BOLUS = parada cardiorrespiratória (PCR).
NÃO usar assim na bradicardia com pulso!**



Use este espaço
para registrar ideias,
resumos, dúvidas,
insights e tudo que
for importante para
seu aprendizado!

ANOTAÇÕES



REGISTRE AQUI

