

Bradicardias



Vitor Sérgio Kawabata

INTRODUÇÃO

As bradicardias ou bradiarritmias são as alterações do ritmo cardíaco com freqüência cardíaca (FC) baixa. **A bradicardia pode ser absoluta** (FC <60 bpm em repouso) **ou relativa** (FC ≥60 bpm), mas inadequada à situação clínica do paciente. Por exemplo, um paciente com choque séptico, hipotensão e FC = 70 bpm; nessa situação, esperar-se-ia uma FC >100 bpm. Da mesma forma, **devemos lembrar que nem toda FC baixa é necessariamente patológica**. Assim, pacientes com bom preparo físico (atletas) podem ter FC de repouso da ordem de 48 bpm a 52 bpm, sem qualquer repercussão para o organismo.

Este capítulo abordará apenas as situações de urgência.

FISIOPATOLOGIA

Todas as células do coração têm automatismo, ou seja, a capacidade de despolarizar espontaneamente e de assumir o comando da despolarização cardíaca. **No entanto, as células do sistema de condução são as de maior automatismo, tendo maior automatismo as mais próximas do nó sinoatrial e menor automatismo as mais distais**. Desta forma, as células do nó sinoatrial (NSA) têm maior automatismo que as do nó atrioventricular (NAV), que, por sua vez, têm maior automatismo que as células do sistema His-Purkinje. Por isso, quanto mais distante do NSA a lesão, mais acentuada deverá ser a bradicardia, já que a despolarização dos ventrículos ficará a cargo de células com menor automatismo.

Nas doenças que acometem o NSA, o comando do coração geralmente passa ao NAV que tem as células de maior automatismo.

Os bloqueios do nó atrioventricular (BAV) podem estar no nível do NAV, os chamados bloqueios altos (também denominados: supra-His, de baixo grau ou não avançados), ou podem estar no feixe de His, denominados bloqueios baixos (infra-His, de alto grau ou avançados). **A diferença entre os dois níveis de bloqueio é o foco de escape que assume o comando da despolarização cardíaca**: FC maior no bloqueio supra-His e menor no bloqueio infra-His.

Em geral, os **BAV de 1º grau e 2º grau Mobitz I** são os BAV não avançados, com **melhor prognóstico**, lesão mais “alta” no NAV, e com maior possibilidade da causa ser extrínseca. **Os BAV de 2º grau Mobitz II e o BAV de 3º grau** são, em geral, bloqueios avançados, lesão mais “baixa”, com acometimento intrínseco do sistema de condução e **prognóstico de recuperação do ritmo ruim**. Mas a determinação final do tipo de bloqueio é feita pelo eletrograma do feixe de His no estudo eletrofisiológico.

ABORDAGEM INICIAL DA BRADICARDIA

Uma vez identificada uma situação de bradicardia, devemos tentar identificar se a **arritmia é primária ou secundária a outra doença**. Por exemplo, em um paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) evoluindo com bradicardia sinusal, a arritmia é secundária ao IAM, e não a sua causa. Sempre que a **bradicardia for secundária**, a atenção do médico deve ser voltada **ao processo primário do paciente**.

Após a definição de que a arritmia é primária, o passo seguinte é determinar se a arritmia é estável ou instável. Os critérios que definem a instabilidade de arritmias são:

- choque, hipotensão ou má perfusão periférica;

EMERGÊNCIAS CLÍNICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS

Disciplina de Emergências Clínicas
Hospital das Clínicas – Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo

www.usp.br/fm/dec

Editores

HERLON SARAIVA MARTINS

*Médico Assistente do Pronto-Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP, Disciplina de Emergências Clínicas.*

*Médico Assistente do Pronto-Socorro do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, FMUSP, Divisão de Clínica Médica*

e-mail: herlonsm@hcnet.usp.br

AUGUSTO SCALABRINI NETO

*Coordenador Didático da Disciplina de Emergências Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP*

e-mail: ascala@uol.com.br

IRINEU TADEU VELASCO

*Professor Titular da Disciplina de Emergências Clínicas da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, FMUSP*

e-mail: velasco@usp.br

Coordenadores da Parte IX — Emergências Neurológicas para o Emergencista

MARCELO CALDERARO

*Especialista em Neurologia e Médico Colaborador do Departamento de Neurologia Clínica do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, HC-FMUSP*

MILBERTO SCAFF

*Professor Titular da Disciplina de Neurologia Clínica da Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo, FMUSP*

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
— BIBLIOTECA —



Atheneu

EDITORIA ATHENEU

São Paulo — *Rua Jesuíno Pascoal, 30*
Tels.: (11) 3331-9186 • 223-0143 •
222-4199 (R. 25, 27, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro — *Rua Bambina, 74*
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Ribeirão Preto — *Rua Barão do Amazonas, 1.435*
Tel.: (16) 636-8950 • 636-5422
Fax: (16) 636-3889
E-mail: editoratheneu@netsite.com.br

Belo Horizonte — *Rua Domingos Vieira, 319 — Conj. 1.104*

PROJETO GRÁFICO/CAPA: Equipe Atheneu
CAPA: Fabiano Alves

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Emergências clínicas baseadas em evidências: disciplina de emergências clínicas/editores: Herlon Saraiva Martins, Augusto Scalabrini Neto, Irineu Tadeu Velasco; coordenadores Marcelo Calderaro, Milberto Scaff. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

Vários autores. "Hospital das Clínicas — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo".

1. Clínica médica 2. Emergências clínicas 3. Evidências I. Martins, Herlon Saraiva. II. Scalabrini Neto, Augusto III. Velasco, Irineu Tadeu. IV. Calderaro, Marcelo. V. Scaff, Milberto.

05-5135

CDD-616
NLM-WB 100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências clínicas baseada em evidências 616

Class.:
Cutter:
Tombo 2216 Data 11.08.05

MARTINS, H. S.; SCALABRINI NETO, A.; VELASCO I. T.
Emergências Clínicas Baseadas em Evidências

©Direitos reservados à EDITORA ATHENEU — São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte, 2005.