

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) de 3º Grau:

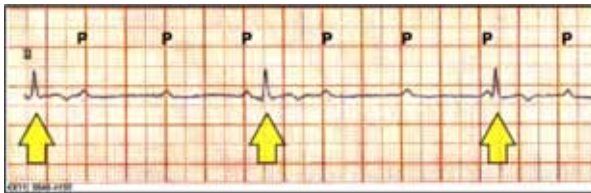
Frequência: ventricular inferior a atrial. No BAV intranodal a frequência está entre 40 – 60 /min e no infranodal é inferior a 40 /min.

Ritmo: atrial e ventricular são regulares.

Ondas P: normais geralmente.

PR: variável.

QRS: No BAV de 3º grau intra-nodal o QRS é estreito (0,10 s ou menos) e no bloqueio AV infranodal os QRS são alargados.



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular total com dissociação das ondas P e dos complexos QRS (setas).

137. CARDIOVERSÃO

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Consiste em devolver ao coração ao ritmo normal utilizando um medicamento, impacto mecânico ou aplicação de energia elétrica (ver página 285).

Somente pacientes instáveis devem ser submetidos a cardioversão medicamentosa ou elétrica no ambiente pré-hospitalar.

O tratamento medicamentoso de pacientes sintomáticos também deve ser considerado caso não seja possível transferir rapidamente para hospital de referência.

A energia é liberada pelo aparelho frações de segundo após a detecção do pico da onda R (10 a 20 ms) durante o período refratário absoluto, quando os ventrículos não estão vulneráveis.

O motivo de se efetuar a descarga sincronizada é evitar que o choque ocorra sobre a onda T desencadeando a fibrilação ventricular.

Está indicada no tratamento de taquiarritmias cardíacas com frequência maior que 150/min, com instabilidade hemodinâmica mas que apresentam pulso central.

Exige a colocação de eletrodos auto-adesivos no tórax do paciente,

pois a sincronização adequada não pode ser efetuada utilizando as pás para monitorização.

b. CONDUTA

Instalar oxigênio suplementar por máscara e obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas, medicações de PCR e monitorizar o paciente com eletrodos auto-adesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o aparelho acionando o modo sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado, ajustar se necessário o ganho do monitor e ajustar a energia do choque nos níveis desejados.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

Posicionar as pás com gel condutor sobre o tórax do paciente (mesmo local da desfibrilação).

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.

Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assincrônico.

Energia aplicada à cardioversão elétrica de acordo com o tipo de arritmia cardíaca.

ARRITMIA	ENERGIA INICIAL	CHOQUES SUBSEQUENTES
Flutter atrial Taquicardia Paroxística Supraventricular	50 J	100, 200, 300 e 360 J
Fibrilação atrial TV monomórfica	100 J	200, 300 e 360 J
TV Polimórfica	200 J	300 e 360 J