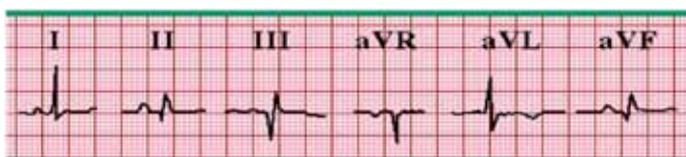
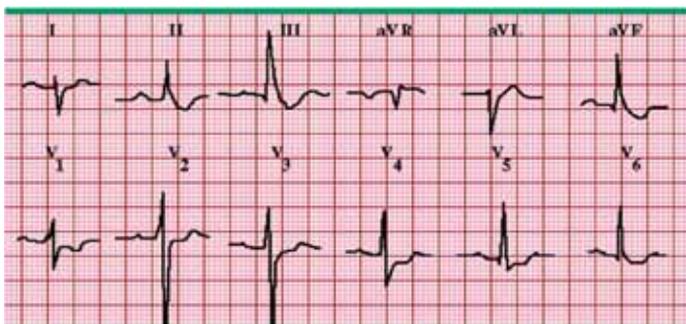


Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D2, D3 e aVF associado ao infradesnível ST de V1 a V4 e aVL (imagem em espelho).



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase crônica. Pode ser observada a onda Q patológica em D2, D3 e aVF.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede posterior na fase crônica. Pode ser observada a relação R/S > 1,0 em V1.

48. ARRITMIAS CARDÍACAS

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Podem representar ou não situações de emergência.

É sempre necessário avaliar o paciente e não só as alterações observadas no ECG.

As arritmias podem reduzir o débito cardíaco quando a frequência cardíaca está elevada ou baixa, produzir instabilidade elétrica do coração e mesmo causarem parada cardíaca.

As taquiarritmias podem causar aumento do trabalho cardíaco aumentando o consumo de oxigênio e causando a isquemia miocárdica.

O tratamento de emergência deve ser adequado ao paciente e não a arritmia.

A monitorização cardíaca não fornece informação sobre a atividade contrátil do coração. O paciente pode estar em estado de choque ou mesmo em parada cardíaca com ritmo cardíaco normal.

A instabilidade clínica é evidenciada por um ou mais dos seguintes achados: hipotensão arterial, dor torácica tipo isquêmica, dispnéia, edema agudo de pulmão e sensório alterado.

Causas das arritmias cardíacas

1.	Doença Isquêmica do Coração (Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Angina Pectoris)
2.	Doença Cardíaca Estrutural (Doença Orovalvar, Miocardiopatias, Cardiopatia Congênita, etc.)
3.	Hipoxemia (DPOC descompensado, Embolia Pulmonar, Hemorragia com Choque, Sepsis, etc.)
4.	Distúrbio do Sistema Nervoso Autônomo (aumento do tônus vagal ou simpático)
5.	Distúrbios Eletrolíticos (especialmente de Potássio, Cálcio e Magnésio)
6.	Toxicidade por Drogas ou Medicamentos (Cocaína, Anfetaminas, Anti-arrítmicos, Aminofilina, Agonistas Beta Adrenergicos, Beta Bloqueadores, Digital e Anti-Depressivos)
7.	Envenenamentos
8.	Hipotermia

b. CLASSIFICAÇÃO SIMPLIFICADA DAS ARRITMIAS

Ritmos letais:

Fibrilação ventricular.

Taquicardia ventricular.

Assistolia.

Atividade elétrica sem pulso.

Ritmos não letais:

Lentos: frequência cardíaca < 60 bpm.

Rápidos: frequência cardíaca > 120 bpm.

Sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica

Hipotensão Arterial (PAS < 90 mmHg)
Dor torácica típica (para isquemia)
Desconforto respiratório (Edema Agudo do Pulmão)
Alterações do Nível de Consciência (Agitação psicomotora, Torpor, Coma)

c. CAUSAS DAS ARRITMIAS CARDÍACAS

Causas associadas a arritmias cardíacas

ARRITMIA	CARACTERÍSTICAS
Bradicardia sinusal (FC < 60 bpm)	Comum em indivíduos normais ou em boas condições físicas (atletas). Pode ser secundária a patologias extracardíacas (meningite, hipertensão intracraniana, hipotireoidismo, etc.), intoxicação medicamentosa (beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio ou parassimpaticomiméticos) ou doença do nódulo sinusal.
Taquicardia sinusal (FC < 100 bpm)	Pode ser secundária a febre, exercícios físicos, emoções, hipoxemia, dor, anemia, choque, hipertireoidismo e resposta a medicamentos.
Fibrilação atrial	Arritmia crônica mais comum. Pode ocorrer em pacientes idosos sem doença cardíaca. Pode ser desencadeada por uso de álcool, hipertireoidismo, doença mitral, embolia pulmonar, cocaína, uso de simpaticomiméticos e doença coronariana (<i>critério de gravidade do infarto agudo do miocárdio</i>).
Flutter atrial	Menos comum que a fibrilação atrial. Ocorre geralmente em associação a doença reumática, insuficiência cardíaca, DPOC ou doença coronariana.
Bloqueio AV de 1º grau e de 2º grau Mobitz I	Ocorre em indivíduos normais. Geralmente está associado ao uso simultâneo de medicamentos que levam a bradicardia (<i>digital, beta bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio</i>). Pode ser induzido por isquemia miocárdica nos casos de doença coronariana.
Bloqueio AV de 2º grau Mobitz II	Doença orgânica envolvendo o sistema de condução infranodal.
Bloqueio AV de 3º grau Intranodal (BAVT)	Desencadeado pelo uso de digital, bloqueadores dos canais de cálcio, beta bloqueadores ou antidepressivos tricíclicos. Pode ocorrer nos casos de IAM da parede inferior (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).
Bloqueio AV de 3º grau Infranodal (BAVT)	Presente nos casos de IAM anterior extenso (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).
Ritmo juncional	Presente na intoxicação digitalica.
Taquicardia supraventricular paroxística	Frequente em pacientes jovens, geralmente do sexo feminino, sem relato de doença cardíaca estrutural.
Taquicardia ventricular	Geralmente associado a doença cardíaca estrutural (miocardite, doença coronariana, cardiopatia hipertrófica, etc.) ou elétrica (síndrome do QT longo).

49. BRADIARRITMIAS

a. CONSIDERAÇÕES GERAIS

São definidas como ritmos apresentando frequência ventricular inferior a 60 bpm.

As anormalidades da condução cardíaca podem ocorrer entre o nódulo sinusal e o átrio, dentro do nódulo AV e intraventriculares.

A doença cardíaca isquêmica envolvendo a coronária direita pode apresentar-se com bradicardia e hipotensão.

A bradicardia sinusal pode ocorrer em atletas em boas condições físicas, não sendo patológica.