



Bradiarritmias: decisões de 60 segundos

Treinamento Interativo de Casos
Clínicos para o Pronto-Socorro

Regras da Simulação

1. Leia o caso e observe o ECG.
2. Analise a pergunta focal.
3. **PAUSA PARA DECISÃO** (pense na sua conduta antes de avançar).
4. Confira a resposta, a conduta correta no protocolo e a pérola clínica.

CASO 1: Check-up de rotina

The Challenge

CASO: Atleta, 25 anos, totalmente assintomático. Realizando exames admissionais.
Sinais vitais: FC 45 bpm, PA 110x70 mmHg.

PERGUNTA: “O paciente está instável?”



⚠ **PAUSA PARA DECISÃO** ⚠



RESPOSTA: Não. O quadro é estável e fisiológico.

CONDUTA: Nenhuma intervenção na emergência. Alta.

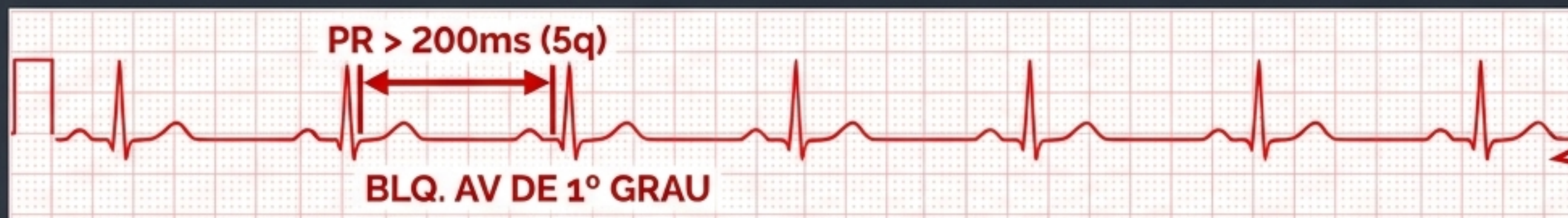


PÉROLA 💡: Avalie o contexto antes de tratar um número! Atletas podem ter frequência cardíaca basal entre 40-50 bpm sem apresentar doença intrínseca do nó sinusal.

CASO 2: O “Coração Devagar”

The Challenge

CASO: Homem, 55 anos, assintomático, refere que o médico do posto disse que ele tem o “coração devagar”. Sinais vitais: FC 55 bpm, PA 120x80 mmHg.



PERGUNTA: “Qual é o bloqueio? Pode receber alta?”

⚠ PAUSA PARA DECISÃO ⚠

The Resolution

✓ **RESPOSTA:** BAV de 1º Grau. Sim, pode receber alta.

CONDUTA: Orientação e avaliação ambulatorial. Não fazer atropina!



PÉROLA 💡: O BAV de 1º grau é considerado de **MENOR RISCO**. Paciente estável e sem outras causas associadas não precisa de intervenção na emergência.

CASO 3: Palpitações esporádicas

The Challenge

CASO: Mulher, 60 anos, com queixa de tontura leve eventual. No momento está bem.
Sinais vitais: FC 50 bpm, PA 130x80 mmHg.



PERGUNTA: "Qual é o bloqueio?"

! PAUSA PARA DECISÃO !



The Resolution

RESPOSTA: BAV de 2º Grau Mobitz I (Wenckebach).

CONDUTA: Observação. Geralmente é benigno se não houver outros elementos de gravidade.

PÉROLA 💡 : Pense no Nó AV ficando progressivamente "sonolento". O ciclo: P—QRS → PR aumenta → PR aumenta mais → P bloqueada.

CASO 4: Tontura Traiçoeira

CASO: Homem, 68 anos, relata tontura de início súbito, agora melhor. Sinais vitais: FC 42 bpm, PA 110x70 mmHg.



PERGUNTA: "Pode receber alta?"

! **PAUSA PARA DECISÃO** !

RESPOSTA: NÃO!

CONDUTA: Manter na Sala Vermelha, acesso venoso, monitorização contínua e regulação.

PÉROLA 💡: Mobitz II NÃO é benigno. É um bloqueio de ALTO RISCO que sugere falha infra-Hisiana severa e pode evoluir para BAV Total subitamente.

CASO 5: O susto em casa

CASO: Mafaldo, 64 anos.

Relata desmaio em casa há 2 horas. No momento, totalmente assintomático.

Sinais vitais: FC 48 bpm, PA 110x75 mmHg, SatO2 96%.



PERGUNTA: “Qual é o bloqueio? Pode receber alta?”

⚠️ PAUSA PARA DECISÃO ⚠️

The Resolution

RESPOSTA: BAV 2:1. Não pode receber alta!

CONDUTA: Abordagem cautelosa, monitorização e encaminhamento. Sem atropina rotineira se estável agora, mas pronto para agir.

PÉROLA 💡: Assintomático AGORA não elimina o risco. O padrão 2:1 impede distinguir Mobitz I de Mobitz II no traçado rápido. Com história de síncope, trate como ALTO RISCO!

CASO 6: Fraqueza extrema

CASO: Homem, 75 anos, trazido por astenia grave e confusão mental incipiente. Sinais vitais: FC 35 bpm, PA 90x60 mmHg.



PERGUNTA: “O paciente está instável?”

⚠ PAUSA PARA DECISÃO ⚠

RESPOSTA: Sim (hipotensão e alteração do sensorio).
↳ Instabilidade

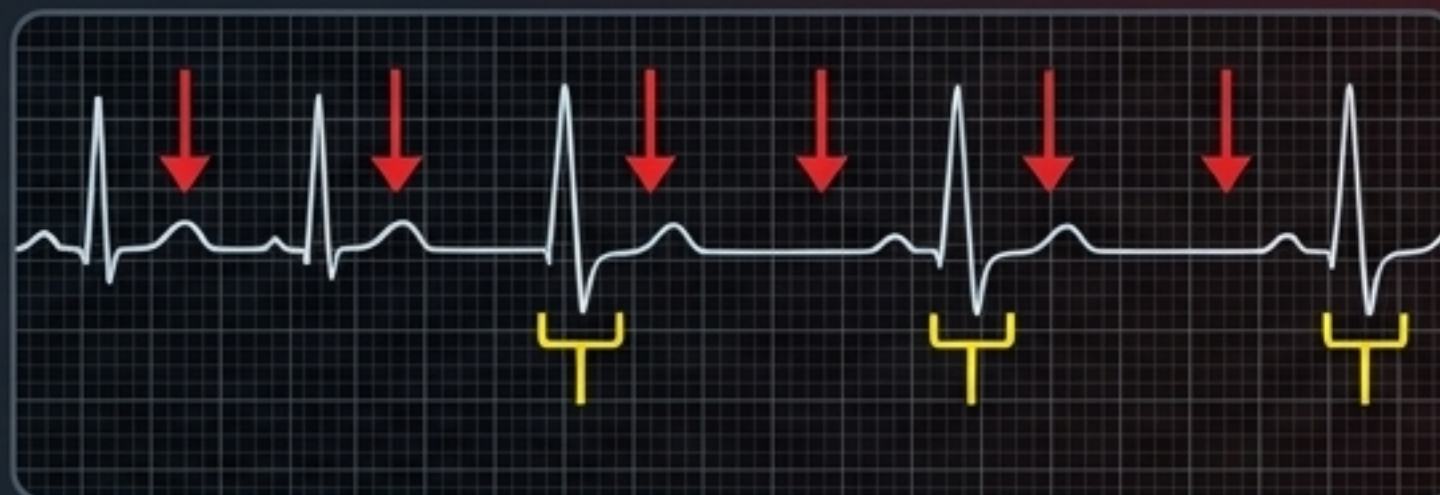
CONDUTA: Iniciar algoritmo de instabilidade. O2, Acesso, Atropina (enquanto prepara marcapasso/drogas vasoativas).

PÉROLA 💡 : BAV Avançado é um **bloqueio maligno**. A grande proporção de estímulos atriais bloqueados indica comprometimento grave da condução.

CASO 7: O grande desafio

CASO: Ambrosina, 72 anos. Fadiga intensa e sensação de desmaio.

Sinais vitais: FC 38 bpm, PA 90x70 mmHg, pele fria.



PERGUNTA:
“Qual é o bloqueio?”

⚠ PAUSA PARA DECISÃO ⚠

The Resolution

RESPOSTA: BAV Total (Bloqueio AV de 3º Grau).

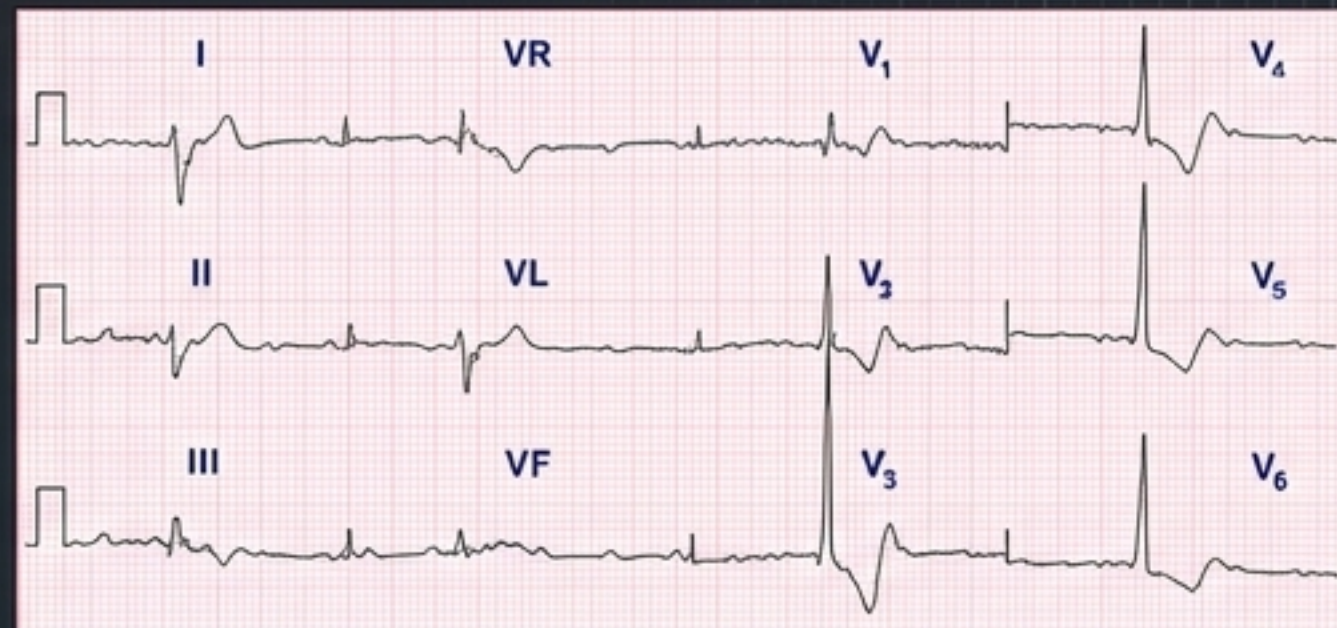
CONDUTA: Instabilidade + Bloqueio Maligno = EMERGÊNCIA. Fazer Atropina (1mg) + Preparar Marcapasso Transcutâneo imediato.

PÉROLA 💡: Dissociação AV completa! **Átrios e ventrículos seguem ritmos independentes.** O diagnóstico eletrocardiográfico muda o destino: BAV total exige avaliação especializada para terapia definitiva (MP).

CASO 8: Quando a Atropina falha

CASO:

A mesma paciente (D. Ambrosina).
Você realizou a dose máxima de
Atropina (3 mg).
A FC mantém-se em 35 bpm e a PA
cai para 80x50 mmHg.



PERGUNTA:

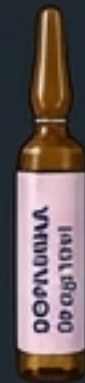
“Atropina ou
marcapasso?”

! PAUSA PARA DECISÃO !

RESPOSTA: Marcapasso Transcutâneo (e/ou drogas vasoativas).



OU



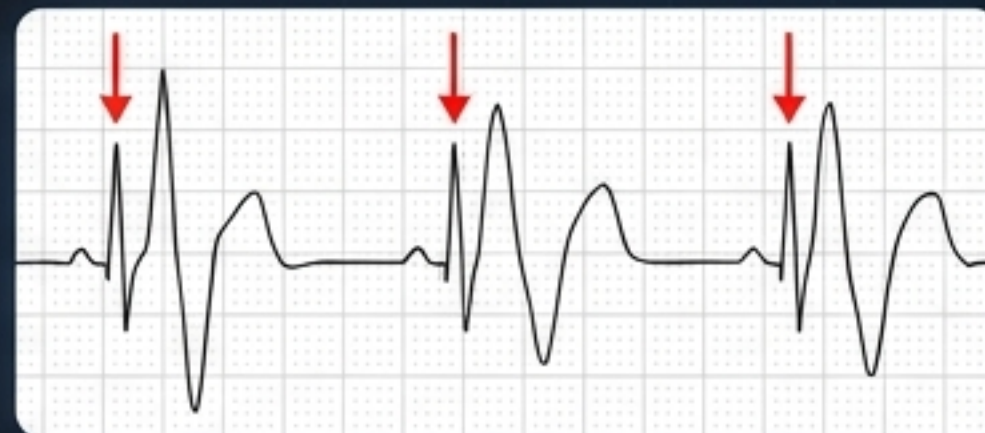
CONDUTA: Iniciar Epinefrina (12 ml/h em BIC) OU
Dopamina, acoplando simultaneamente o Marcapasso
Transcutâneo sob analgesia/sedação.

PÉROLA 💡: A Atropina tem
resposta limitada em bloque-
ios distais. Ela é uma etapa;
NÃO atrase o preparo do
Pacing se o paciente está
deteriorando!

The Challenge

CASO 9: A armadilha do Marcapasso

CASO: Você instalou o Marcapasso Transcutâneo (70 bpm / 80 mA). O monitor agora exibe o traçado elétrico bonito e sincronizado. Porém, a paciente segue **torporosa, PA inaudível**.



? **PERGUNTA:**
“Existe captura mecânica?”

⚠ **PAUSA PARA DECISÃO** ⚠

The Resolution

RESPOSTA: NÃO. Só há captura elétrica.

CONDUTA: Checar pulso central associado a cada batimento! Se não houver, aumentar a corrente (mA) até obter pulso, ou tratar o choque.

PÉROLA 💡: Nunca confie apenas na tela do monitor. Captura elétrica sem pulso periférico e sem melhora hemodinâmica NÃO resolve o problema da perfusão.

Captura Elétrica ≠ Captura Mecânica

CASO 10:

O culpado escondido

CASO: Paciente renal crônico, faltou à diálise. Chega com dispneia e rebaixamento.

Sinais vitais: FC 30 bpm, PA 85x50 mmHg.



? PERGUNTA: “Qual causa reversível deve ser procurada?”

! PAUSA PARA DECISÃO !

RESPOSTA: Hipercalemia (**Excesso de Potássio**).

CONDUTA: Tratar a causa! Gluconato de Cálcio 10% (20 ml EV em 5 min) paralelamente às medidas de suporte.

☐ Hipóxia

☐ Hipoglicemia

☐ H⁺ (acidose)

☐ Hipotermia

☐ Hiper K

☐ Intoxicações

PÉROLA 💡

O raciocínio diagnóstico deve ocorrer em paralelo. **Hipóxia, Hipoglicemia, H⁺ (acidose), Hipotermia e Intoxicações** podem reverter totalmente a bradicardia se tratadas rápido.

DESAFIO RELÂMPAGO ⚡

5 situações clínicas. Você tem 10 segundos para cada decisão mental.

1. FC 35, PA 70x40, letárgico. Conduta?

2. Assintomático no PS, ECG mostra BAV 2:1. Pode ter alta?

3. Assintomático, ECG mostra Mobitz I puro. Pode ter alta?

4. BAV Total estável. Qual o destino?

5. BAV Total instável. Já fez Atropina 3mg e nada mudou. Qual o próximo passo?

! GABARITO !

1. **Instável!** Atropina + Marcapasso.

2. **NÃO.** Alto risco não esclarecido.

3. **SIM.** Menor risco (com orientação/ambulatorial).

4. **Internar/Transferir.** Precisa de Marcapasso Definitivo.

5. **Epinefrina/Dopamina + MP Transcutâneo IMEDIATO.**

**NÃO TRATE APENAS A FC.
TRATE A PERFUSÃO.
RECONHEÇA OS BLOQUEIOS
DE ALTO RISCO. NÃO
ATRASE O MARCAPASSO.**