

BMJ Best Practice

Visão geral das disritmias (cardíacas)

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Introdução	3
Doenças	4
Referências	8
Aviso legal	10

Introdução

A disritmia cardíaca (ou arritmia) é um distúrbio na frequência de contração do músculo cardíaco, ou qualquer variação do ritmo normal ou da frequência de batimentos cardíacos. O termo inclui ritmos irregulares e regulares anormais, bem como perda de ritmo. As disritmias cardíacas são encontradas em uma ampla gama de doenças e podem ter várias classificações, nomeadamente mediante localização de origem (como supraventricular, ventricular, atrial), mecanismo do distúrbio (como fibrilação, automaticidade, reentrada ou atividade deflagrada), frequência cardíaca do distúrbio (como taquicardia, bradicardia) e alteração no eletrocardiograma (como síndrome do QT longo). As disritmias podem ser agudas ou crônicas e algumas (especialmente as arritmias ventriculares) podem colocar a vida em risco. A morte súbita cardíaca é a manifestação mais grave da arritmia ventricular (como fibrilação ventricular).

Doenças

◇ Taquicardia atrial focal

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Taquicardia atrial focal](#)

Conhecida anteriormente como taquicardia atrial paroxística. Mais comumente causada por anormalidade da automaticidade em outro ponto do átrio que não o nó sinusal. Os fatores de risco importantes incluem abuso de substâncias (como cocaína e álcool), toxicidade por digoxina e cirurgia cardíaca prévia. A taquicardia atrial focal é regular, com uma frequência cardíaca fixa de 120 a 250 bpm. O eletrocardiograma (ECG) revela presença de ondas P antes de cada QRS, diferentes das ondas P no ritmo sinusal. O início e o término da arritmia são abruptos. A resposta a manobras vagais e à adenosina pode ser avaliada para excluir diagnósticos alternativos.[1]

◇ Flutter atrial

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Flutter atrial](#)

O flutter atrial típico (flutter atrial istmo cavotricuspídeo dependente) é uma taquicardia atrial macrorreentrante com frequências atriais de 250 a 320 bpm. As frequências ventriculares variam de 120 a 160 bpm, sendo comum o bloqueio atrioventricular 2:1 associado. O eletrocardiograma (ECG) mostra a ausência de ondas P e presença de deflexões atriais negativas com aspecto em “dentes de serra” direcionadas negativamente (ondas F) nas derivações II, III e aVF, com deflexões positivas na derivação V1. Esse ritmo está estreitamente relacionado à fibrilação atrial.[2] [3] [4]

◇ Fibrilação atrial aguda

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Fibrilação atrial aguda](#)

A fibrilação atrial (FA) é uma taquiarritmia supraventricular caracterizada por ativação atrial descoordenada e resposta ventricular variável. A FA aguda é definida como uma nova ocorrência ou um primeiro episódio detectável (primeiro diagnóstico) de FA, seja ela sintomática ou não. O eletrocardiograma (ECG) mostra ausência de ondas P; presença de ondas fibrilatórias de rápida oscilação com variação de amplitude, formato e duração; e complexos QRS irregularmente irregulares.[4] [5]

◇ Fibrilação atrial crônica

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Fibrilação atrial crônica](#)

A fibrilação atrial (FA) é uma taquiarritmia supraventricular caracterizada por ativação atrial descoordenada e resposta ventricular variável. A FA crônica pode ser paroxística (definida como FA >1 episódio ≥30 segundos de duração que termina espontaneamente em até 7 dias), persistente (FA que é sustentada >7 dias ou dura <7 dias mas requer cardioversão farmacológica ou elétrica), persistente de longa duração (um subgrupo de FA persistente, definido como FA contínua >1 ano de duração) ou permanente (refratária à cardioversão ou aceita como um ritmo final).

Em vez de ondas P, o eletrocardiograma (ECG) mostra ondas fibrilatórias rápidas que variam de tamanho, forma e intervalo, ocasionando uma resposta ventricular irregular em caso de condução atrioventricular intacta.

O termo "FA isolada" aplica-se a pacientes com menos de 60 anos de idade sem evidência ecocardiográfica ou clínica de doença cardíaca, pulmonar ou circulatória.[5]

◇ Síndrome de Wolff-Parkinson-White

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome de Wolff-Parkinson-White](#)

As arritmias mais comuns diagnosticadas na síndrome de Wolff-Parkinson-White são taquicardia atrioventricular reentrante, flutter atrial e fibrilação atrial. Normalmente, a frequência cardíaca varia entre 150 e 240 bpm. As anormalidades cardíacas congênitas são importantes fatores de risco (especialmente na anomalia de Ebstein).

◇ Taquicardias ventriculares sustentadas

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Taquicardias ventriculares sustentadas](#)

Ritmo ventricular ectópico superior a 100 bpm e com duração de, no mínimo, 30 segundos ou que requer terminação precoce provocada pela instabilidade hemodinâmica. A taquicardia ventricular (TV) é definida no eletrocardiograma (ECG) pela presença de uma taquicardia de complexo largo (QRS ≥ 120 ms) com frequência ≥ 100 bpm. Geralmente observada na cardiomiopatia isquêmica, mas a TV idiopática também pode ser observada em pacientes sem cardiopatia estrutural.[6]

◇ Taquicardia ventricular não sustentada

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Taquicardia ventricular não sustentada](#)

Ritmo ventricular ectópico superior a 100 bpm e com duração de, no mínimo, 3 batimentos consecutivos, mas terminando espontaneamente em menos de 30 segundos.[7] O eletrocardiograma (ECG) mostra taquicardia ventricular não sustentada com uma morfologia do QRS única (monomórfica) ou variada (polimórfica) na duração de ciclo entre 600 e 180 ms. Ela pode ocorrer na ausência de qualquer cardiopatia subjacente, mas é mais frequentemente associada a cardiopatia isquêmica e não isquêmica; a distúrbios genéticos conhecidos, como a síndrome do QT longo, síndrome de Brugada e cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito; a cardiopatia congênita; a problemas metabólicos, incluindo toxicidade medicamentosa; ou a desequilíbrio eletrolítico.[8]

◇ Síndrome do QT longo

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Síndrome do QT longo](#)

Uma condição hereditária. As mutações em 13 genes identificados resultam em uma variedade de canalopatias, afetando a repolarização miocárdica, prolongando, assim, o intervalo QT. O prolongamento do intervalo QT também pode aparecer com o uso de determinados medicamentos (como antibióticos macrolídeos e fluoroquinolonas, alguns antipsicóticos). Os pacientes com síndrome do QT longo devem evitar esses medicamentos. O eletrocardiograma (ECG) mostra um intervalo QT prolongado e morfologia anormal de onda T.[9] Os pacientes têm um maior risco de síncope, arritmias ventriculares (como torsades de pointes) e morte súbita cardíaca. O tratamento pode consistir em evitar esportes de competição ou esforço similar, estresse emocional, sons repentinos (como despertadores) e medicamentos que exigem o prolongamento do QT; tratamento com betabloqueadores; e implante de cardioversor/defibrilador.

◇ Parada cardíaca

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Parada cardíaca](#)

A parada cardíaca súbita é um estado repentino de falha circulatória em decorrência do comprometimento da função sistólica cardíaca. Ela pode ser consequência de 4 distúrbios no ritmo cardíaco: fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso (atividade elétrica sem débito cardíaco) e assistolia.[10]

◇ Bradicardia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Bradicardia](#)

Qualquer ritmo cardíaco inferior a 50 bpm, mesmo se transitório. Alguns pacientes, mesmo se assintomáticos, podem precisar de intervenções (por exemplo, marca-passo) para prevenir complicações que coloquem a vida em risco. Os distúrbios do ritmo podem ser agudos, crônicos ou paroxísticos de longa duração. Eles incluem: disfunção do nó sinusal (bradicardia sinusal, pausas/parada nodal sinoatrial, bloqueio de saída nodal sinoatrial); distúrbio de condução atrioventricular (AV) (bloqueio AV de primeiro grau, bloqueio AV de segundo grau [Mobitz I, Mobitz II, bloqueio 2:1, bloqueio AV de alto grau], bloqueio AV de terceiro grau); e dissociação AV (dissociação isorrítmica, dissociação de interferência).

◇ Bloqueio atrioventricular (AV)

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Bloqueio atrioventricular \(AV\)](#)

Comprometimento da condução do átrio aos ventrículos, com vários graus de gravidade. Alguns pacientes podem ser assintomáticos. Os sinais e sintomas incluem frequência cardíaca <40 bpm, pressão arterial alta (ou, raramente, baixa), ondas "A" em canhão, náuseas ou vômitos e hipoxemia. A classificação é feita pelo grau de bloqueio atrioventricular, sendo que a gravidade dos sintomas não tem necessariamente uma relação direta. Os fatores de risco principais incluem bloqueio AV nodal e medicamentos antiarrítmicos, além do tônus vagal aumentado. Pode ocorrer em pacientes com doença de Lyme.[11] [12] [13]

◇ Avaliação das palpitações

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação das palpitações](#)

As palpitações são definidas como a percepção anormal do batimento cardíaco pelo próprio indivíduo.[14] Podem estar presentes em condições cardíacas sem risco de vida (como contrações atriais e ventriculares prematuras, bem como taquicardias supraventriculares) e condições com potencial risco de vida (como taquicardia ventricular, cardiomiopatia hipertrófica, síndrome de Brugada e síndrome do QT longo[15]). A avaliação detalhada das palpitações (como frequência e grau de regularidade, associação com a posição corporal e presença no despertar) pode ajudar a diagnosticar o tipo de arritmia presente.[15]

◇ Avaliação de taquicardia

» [veja nossa abrangente cobertura sobre Avaliação de taquicardia](#)

A taquicardia, geralmente definida como a frequência cardíaca ≥ 100 bpm, pode ser uma resposta fisiológica normal a um processo sistêmico ou uma manifestação de uma patologia subjacente. Vários métodos de classificação da taquiarritmia são úteis para organizar e avaliar as taquicardias. Eles incluem: causas sinusais versus não sinusais; arritmias atriais versus ventriculares; taquicardias de complexo estreito versus complexo largo; arritmias regulares versus irregulares; e classificação baseada no local de origem da arritmia.

◇ Superdosagem de digoxina

» veja nossa abrangente cobertura sobre Superdosagem de digoxina

Apresentação típica com componentes de sintomas gastrointestinais, constitucionais e/ou cardiovasculares. A taquicardia atrial paroxística é uma manifestação tóxica arritmogênica resultante da superdosagem de digoxina. A investigação inicial deve se concentrar na determinação do comprometimento hemodinâmico do paciente em virtude do próprio ritmo e, nesse caso, a terapia com fragmentos de anticorpo imune contra a digoxina (Fab) deve ser considerada, caso o paciente receba o diagnóstico de toxicidade por digoxina.[16]

Artigos principais

Referências

1. Page RL, Joglar JA, Caldwell MA, et al. 2015 ACC/AHA/HRS Guideline for the management of adult patients with supraventricular tachycardia: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2016 Apr 5;133(14):e506-74. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Saoudi N, Cosío F, Waldo A, et al. A classification of atrial flutter and regular atrial tachycardia according to electrophysiological mechanisms and anatomical bases. *Eur Heart J*. 2001 Jul;22(14):1162-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Lévy S, Camm AJ, Saksena S, et al. International consensus on nomenclature and classification of atrial fibrillation. *Europace*. 2003 Apr;5(2):119-22. [Texto completo](#) [Resumo](#)
4. January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2014 Dec 2;130(23):2071-104. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al; ESC Committee for Practice Guidelines-CPG; Document Reviewers. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation - developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2012 Oct;14(10):1385-413. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Zipes DP, Camm AJ, Borggrefe M, et al; American College of Cardiology/American Heart Association Task Force; European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines: developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2006 Sep 5;114(10):e385-484. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Buxton AE, Duc J, Berger EE, et al. Nonsustained ventricular tachycardia. *Cardiol Clin*. 2000 May;18(2):327-36, viii. [Resumo](#)
8. Nathani P, Shetty S, Lokhandwala Y. Ventricular tachycardia in structurally normal hearts: recognition and management. *J Assoc Physicians India*. 2007 Apr;55 Suppl:33-8. [Resumo](#)
9. Priori SG, Wilde AA, Horie M, et al. HRS/EHRA/APHRS expert consensus statement on the diagnosis and management of patients with inherited primary arrhythmia syndromes: document endorsed by HRS, EHRA, and APHRS in May 2013 and by ACCF, AHA, PACES, and AEPC in June 2013. *Heart Rhythm*. 2013 Dec;10(12):1932-63. [Resumo](#)

10. Chan PS, McNally B, Tang F, et al; CARES Surveillance Group. Recent trends in survival from out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Circulation*. 2014 Nov 18;130(21):1876-82. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Upshaw CB Jr. Comparison of the prevalence of first-degree atrioventricular block in African-American and in Caucasian patients: an electrocardiographic study III. *J Natl Med Assoc*. 2004 Jun;96(6):756-60. [Texto completo](#) [Resumo](#)
12. DePaula RS, Antelmi I, Vincenzi MA, et al. Cardiac arrhythmias and atrioventricular block in a cohort of asymptomatic individuals without heart disease. *Cardiology*. 2007;108(2):111-6. [Resumo](#)
13. Kregar BE, Anderson KM, Kannel WB. Prevalence of intraventricular block in the general population: the Framingham Study. *Am Heart J*. 1989 Apr;117(4):903-10. [Resumo](#)
14. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L, et al; European Heart Rhythm Association. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace*. 2011 Jul;13(7):920-34. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. *N Engl J Med*. 1998 May 7;338(19):1369-73. [Resumo](#)
16. Chan BS, Buckley NA. Digoxin-specific antibody fragments in the treatment of digoxin toxicity. *Clin Toxicol (Phila)*. 2014 Sep-Oct;52(8):824-36. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

DIVULGAÇÕES: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.