

O MANEJO DO BAVT NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E EM PRÉ OPERATÓRIO: REVISÃO SISTEMÁTICA

The Management of CAVB in the Intensive Care Unit and Preoperative Setting: A Systematic Review

Valdemiro Freitas Neto

Graduando em Medicina
Uniceuma

Freittasnetto@hotmail.com

Emanuely gomes de Pádua Sá

Graduanda em Medicina
Uniceuma

paduaemanuely@gmail.com

Layla Kamenny Coelho de Sousa

Graduada em Medicina
Uniceuma

kamennycoelho@hotmail.com

Karen Cristina Coelho de Sousa

Graduada em Medicina
Uniceuma

Karencoelhoo@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O bloqueio atrioventricular de 3º grau, ou total, é uma bradiarritmia caracterizada pela dissociação completa entre as atividades atrial e ventricular, impedindo a condução elétrica adequada do nó sinusal e, conseqüentemente, diminuindo a atividade de contração e relaxamento do miocárdio. Esse quadro pode resultar em instabilidade hemodinâmica e necessita de tratamento imediato, que pode ser farmacológico, com o uso de drogas cronotrópicas, ou cirúrgico, por meio da inserção de um marca-passo para restabelecer o impulso elétrico e garantir a função cardíaca adequada. A estabilização hemodinâmica do paciente com BAVT é prioritária, conforme as diretrizes da American Heart Association (AHA). **Objetivo:** Entender manejo do bloqueio atrioventricular total na unidade de terapia intensiva e no pré operatório de pacientes cardiopatas.. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática, através de pesquisa nos bancos de dados Google Acadêmico, SciELO e PubMed por meio dos descritores: BAVT, UTI, Pré operatório. Foi realizada uma análise de artigos publicados entre 2020 e 2024. **Resultados e Discussão:** O manejo imediato envolve a identificação do BAVT no ECG, caracterizado pela dissociação completa entre as atividades atrial e ventricular, e a avaliação dos sinais de instabilidade hemodinâmica, como hipotensão, confusão mental, síncope, insuficiência cardíaca e dor torácica. Quando a bradicardia é sintomática e causa instabilidade, as abordagens recomendadas incluem o uso de atropina, que é a primeira linha de tratamento para bradicardia, embora nem sempre seja eficaz no BAVT de alto grau. A dose inicial é 1 mg IV, podendo ser repetida a cada 3-5 minutos, até um máximo de 3 mg. Caso a atropina não seja eficaz, a estimulação transcutânea deve ser iniciada imediatamente, especialmente se o paciente estiver instável. Para suporte temporário até uma solução definitiva, o uso de drogas cronotrópicas como dopamina (2-20 mcg/kg/min) ou epinefrina (2-10 mcg/min) pode ser indicado. Se o caso for refratário ou em ambientes controlados, a estimulação transvenosa também pode ser considerada. Além disso, é

fundamental investigar a causa subjacente do BAVT, avaliando causas reversíveis como infarto agudo do miocárdio, principalmente o infarto inferior com envolvimento do nó AV, doença degenerativa do sistema de condução, efeitos de medicamentos como bloqueadores de canais de cálcio, beta-bloqueadores ou digoxina, e distúrbios metabólicos como hipercalemia ou hipotireoidismo. Tratar a causa subjacente é crucial para melhorar o prognóstico. Em casos persistentes ou irreversíveis de BAVT, especialmente quando associados a sintomas graves ou instabilidade, o implante de marca-passo definitivo é a solução indicada, especialmente em casos de BAVT congênito ou adquirido que não respondem ao tratamento inicial. Durante esse período, o paciente deve ser monitorado continuamente. **Conclusão:** O manejo eficaz do BAVT exige uma abordagem rápida, com foco na estabilização hemodinâmica inicial e na resolução definitiva por meio da inserção de um marca-passo, sempre considerando e tratando a causa subjacente.

Palavras-chave: BAVT; Manejo; Pré-operatório.