



PROTOCOLO MUNICIPAL

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

Reconhecer • Estabilizar • Tratar • Reavaliar • Transferir



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITARIRI-SP

CUIDANDO DE PESSOAS, CONSTRUINDO SAÚDE



**SAÚDE
ITARIRI**

Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

PROTOCOLO MUNICIPAL

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

AValiação RÁPIDA | TRATAMENTO SEGURO | ESTABILIZAÇÃO | TRANSFERÊNCIA

MANEJO PRÁTICO E PADRONIZADO
PARA O PRONTO-SOCORRO
DE PEQUENO PORTE

*Tempo, raciocínio
e vidas.*



RECONHECER
PRECOZEMENTE



TRATAR
COM SEGURANÇA



TRABALHO
EM EQUIPE



TRANSFERÊNCIA
ORGANIZADA (CROSS)



BASEADO NAS
FONTES DE TRABALHO



PROTOCOLO PARA
SALVAR VIDAS

ITARIRI-SP | v1.0/2026

CONHECIMENTO SALVA VIDAS.

VERSÃO

v1.0/2026 — Itariri-SP

Elaborado a partir das fontes de trabalho fornecidas para o projeto municipal. Divergências internas das fontes são mantidas e sinalizadas para validação.

*Uso pretendido: médicos e equipes assistenciais do Pronto-Socorro / Sala Vermelha.
Material operacional para revisão institucional antes de adoção definitiva.*



1. Finalidade e escopo

Padronizar a abordagem inicial das taquiarritmias na Sala Vermelha, organizando o raciocínio clínico e eletrocardiográfico, a identificação de instabilidade, as intervenções descritas nas fontes de trabalho, a reavaliação e a transferência precoce via CROSS quando necessária.

REGRA DE SEGURANÇA

Taquicardia de QRS largo deve ser presumida como taquicardia ventricular (TV) até prova em contrário. Critérios de ECG podem auxiliar, mas não devem atrasar o tratamento quando houver instabilidade ou dúvida.

2. Princípios operacionais

- Nem toda frequência cardíaca elevada representa taquiarritmia primária: taquicardia sinusal pode ser resposta compensatória a sepse, hipovolemia, hipóxia, acidose, dor ou ansiedade.
- A pergunta central é: a taquicardia está causando a instabilidade ou é consequência de outra condição?
- Instabilidade hemodinâmica não deve ser definida apenas pela pressão arterial.
- Paciente instável por taquiarritmia requer intervenção imediata; sedoanalgesia deve ser realizada quando possível, sem atrasar cardioversão em instabilidade grave.
- Após qualquer intervenção, reavaliar ritmo, pulso, PA, perfusão, consciência, SpO₂ e necessidade de nova energia, medicamento ou suporte.

3. Reconhecimento de instabilidade — os 4 Ds

D	Significado prático	Interpretação na fonte
Dor torácica anginosa	Dor sugestiva de isquemia	Pode indicar redução da perfusão coronariana mesmo com PA preservada.
Dispneia	Congestão / repercussão respiratória	Pode refletir falha de bombeamento e congestão pulmonar.
Déficit de consciência	Confusão, letargia, rebaixamento	Sugere hipoperfusão cerebral.
Débito baixo	Hipotensão / choque / má perfusão	Débito cardíaco insuficiente.

CONDUTA

Qualquer um dos 4 Ds, quando atribuído à taquiarritmia, caracteriza instabilidade nas fontes de trabalho e direciona para terapia elétrica imediata.

4. Algoritmo central de atendimento

- Confirmar pulso e iniciar monitorização; avaliar PA, SpO₂, perfusão e nível de consciência.
- Obter ECG de 12 derivações quando isso não atrasar intervenção urgente.
- Definir se a frequência elevada é provavelmente sinusal/compensatória ou uma taquiarritmia primária.
- Pesquisar os 4 Ds e decidir: estável ou instável.
- Se instável por taquiarritmia com pulso: preparar cardioversão sincronizada imediata.
- Se estável: avaliar QRS estreito (<120 ms) ou largo (>120 ms), depois regularidade.
- Aplicar a conduta específica descrita nas fontes; monitorizar continuamente.
- Registrar ECG pré/pós-intervenção, doses, energias e resposta.
- Acionar CROSS precocemente quando houver taquiarritmia grave/TV ou necessidade de suporte de maior complexidade.



5. Taquicardia sinusal x taquiarritmia

Critério	Taquicardia sinusal	Taquiarritmia
Frequência	Geralmente ≤ 150 bpm nas fontes	Geralmente >150 bpm
Onda P	Geralmente visível	Frequentemente ausente/não identificável em TSV rápida
Mecanismo	Resposta compensatória	Arritmia primária pode causar queda de débito
Conduta-chave	Tratar a causa de base	Tratar o ritmo conforme estabilidade/QRS

ARMADILHA

Não cardioverter taquicardia sinusal compensatória apenas porque o paciente está hipotenso. Tratar a causa subjacente.

6. Paciente instável com pulso — cardioversão sincronizada

Nas fontes, taquiarritmia com instabilidade atribuível ao ritmo é indicação de cardioversão sincronizada imediata.

Ritmo descrito	Energia inicial descrita
Flutter atrial	50 J
TV monomórfica com pulso	100 J
Fibrilação atrial	120 J ou mais

10. Ligar o cardioversor/desfibrilador e selecionar a energia.
11. Ativar o modo SYNC e confirmar visualmente a detecção do QRS.
12. Preparar sedoanalgesia se condição e tempo permitirem, sem atrasar choque em instabilidade grave.
13. Posicionar pás/eletrodos e garantir segurança da equipe.
14. Afastar todos e liberar o choque mantendo o comando conforme funcionamento do aparelho.
15. Reavaliar imediatamente ritmo e pulso; confirmar novamente o modo do aparelho antes de novo choque.

ERRO DE ALTO RISCO

Esquecer o modo SYNC pode resultar em choque não sincronizado em paciente com pulso. Após cada choque, reavaliar o modo do aparelho.

7. Sedoanalgesia para cardioversão — conforme fontes

Fármaco	Dose/forma descrita	Ponto de atenção
Fentanil	50–100 mcg IV lento, em 1–2 min	Fonte o prefere pela relativa estabilidade hemodinâmica; monitorização.
Morfina	2–4 mg IV lento	Alternativa analgésica; monitorização.
Etomidato	0,3 mg/kg IV (~20 mg em 70 kg) no quadro-resumo das fontes	Menor repercussão hemodinâmica no quadro de estudo.
Midazolam	2,5–5 mg IV lento	Cautela com hipotensão; monitorização.

DIVERGÊNCIA INTERNA

Trechos anteriores das fontes também descrevem etomidato 5 mg IV e midazolam 5 mg IV. O quadro de medicamentos posterior apresenta etomidato 0,3 mg/kg e midazolam 2,5–5 mg. Esta versão não unifica a



divergência; requer validação institucional.

8. Paciente estável — classificar pelo QRS e regularidade

- QRS estreito (<120 ms): provável origem supraventricular.
- QRS largo (>120 ms): origem ventricular ou supraventricular com aberrância; na dúvida, tratar como TV.
- QRS estreito irregular: nas fontes, suspeitar principalmente de fibrilação atrial.
- QRS estreito regular: considerar TSV por reentrada nodal, taquicardia atrial ou flutter com condução fixa.

9. QRS estreito e regular — sequência descrita

9.1 Manobra de Valsalva modificada

16. Paciente assopra por aproximadamente 15 segundos contra resistência (ex.: seringa).
17. Em seguida, deitar rapidamente e elevar os membros inferiores.
18. Observar monitor; pode repetir uma vez se necessário.

9.2 Adenosina

Item	Descrição nas fontes
Acesso	Veia calibrosa/proximal, preferencialmente antecubital.
1ª dose	6 mg IV rápida.
2ª dose	12 mg IV rápida após 1–2 min se não reverter.
Técnica	Bolus rápido + flush rápido com 20 mL de SF 0,9%; elevar o braço.
Papel diagnóstico	Pode expor ondas F no flutter ao reduzir transitoriamente a condução AV.

DIVERGÊNCIA INTERNA — ADENOSINA

O material didático menciona 3ª dose opcional de 18 mg em determinados pacientes; a fonte operacional trabalha com 6 mg + 12 mg. Não adotar automaticamente a 3ª dose até validação municipal.

9.3 Metoprolol quando descrito como etapa subsequente

Metoprolol: 5 mg IV lentamente (aprox. 1 mg/min), podendo repetir até 3 doses, com intervalos descritos de 5–10 min, dose total máxima de 15 mg.

CAUTELA

As fontes listam contraindicações/alertas como asma/DPOC grave, bradicardia, bloqueio AV de 2º/3º grau e insuficiência cardíaca descompensada.

10. QRS largo — presumir TV até prova em contrário

As fontes reforçam que critérios morfológicos podem apoiar a diferenciação entre TV e TSV com aberrância, porém a conduta prática de segurança é presumir TV quando houver dúvida.

10.1 Auxílio diagnóstico

- R dominante/positiva em aVR é apresentada como achado sugestivo de TV.
- Critérios morfológicos (ex.: Brugada, Vereckeï) podem auxiliar.



- O material também apresenta critérios de Santos envolvendo D1, D2, V1 e V6.
- Esses critérios não devem atrasar tratamento definitivo em paciente instável.

11. TV monomórfica estável — amiodarona conforme fonte operacional

Item	Descrição
Ataque	Amiodarona 300 mg IV (2 ampolas de 150 mg).
Diluição	100 mL de SG 5% ou SF 0,9%.
Infusão	20–60 minutos.
Monitorização	ECG e PA contínuos.
Após ataque	Transferência imediata para centro de referência.

ALERTA

A fonte operacional alerta para NÃO administrar amiodarona em bolus fora de PCR.

DIVERGÊNCIA INTERNA — AMIODARONA

Outro material didático apresenta amiodarona 150 mg/100 mL em 10–20 min para TV monomórfica. A fonte operacional utiliza 300 mg/100 mL em 20–60 min. Esta versão mantém a divergência explícita para revisão.

12. TV polimórfica e torsades de pointes

As fontes classificam a TV polimórfica como situação de alto risco de deterioração e PCR.

12.1 Torsades de pointes — magnésio descrito

Item	Descrição
Sulfato de magnésio	2 g IV.
Diluição	100 mL de SG 5% ou SF 0,9%.
Tempo de infusão	15–20 minutos.
Repetição	Pode repetir se necessário, conforme fonte.

12.2 Fatores desencadeantes

- Corrigir distúrbios eletrolíticos (K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺).
- Suspender drogas que prolongam QT quando identificadas.
- Tratar isquemia, se presente.
- Monitorização contínua e preparo para PCR.
- Transferência para centro de referência.

DIVERGÊNCIA INTERNA — QUANDO CHOCAR

A fonte operacional orienta preparar desfibrilação se houver instabilidade ou PCR e tratar torsades com magnésio. O material didático considera TV polimórfica situação pré-PCR e propõe desfibrilação imediata mesmo quando ainda estável. A divergência deve permanecer visível até validação do protocolo municipal.

13. Cardioversão x desfibrilação — diferença operacional

Característica	Cardioversão sincronizada	Desfibrilação
Sincronização	Sim, com detecção do QRS	Não



Uso descrito	Taquiarritmia com pulso e instabilidade; FA/flutter/TV monomórfica conforme contexto	FV, TV sem pulso e TV polimórfica quando não sincronizável/instável
Risco técnico	Choque deve ser liberado no ponto sincronizado	Choque imediato não sincronizado

14. Quadro de medicamentos essenciais das fontes

Fármaco	Uso descrito	Dose/forma	Atenção
Adenosina	TSV regular	6 mg → 12 mg, bolus rápido + flush	Divergência sobre 3ª dose de 18 mg.
Metoprolol	TSV refratária / FA estável	5 mg IV lento; até 15 mg	Checar contraindicações.
Amiodarona	FA/TV estável	300 mg/100 mL em 20–60 min na fonte operacional	Diverge do material didático.
Sulfato de magnésio	Torsades	2 g/100 mL em 15–20 min	Reavaliar ritmo e necessidade de repetição.
Fentanil	Analgesia para cardioversão	50–100 mcg IV lento em 1–2 min	Monitorização.
Morfina	Analgesia alternativa	2–4 mg IV lento	Monitorização.
Etomidato	Sedação	0,3 mg/kg IV no quadro de estudo	Diverge de trecho que cita 5 mg.
Midazolam	Sedação alternativa	2,5–5 mg IV lento	Cautela com hipotensão.

15. Checklist pós-intervenção

19. Ritmo e pulso.
20. Pressão arterial e perfusão.
21. Nível de consciência.
22. SpO₂ e padrão respiratório.
23. ECG pós-intervenção, se possível.
24. Reavaliar necessidade de nova energia, medicamento ou suporte hemodinâmico.
25. Manter preparação para transferência.

16. Transferência via CROSS

MENSAGEM PRINCIPAL

Transferência faz parte do manejo. Comunicar com a regulação precocemente e estabilizar sem atrasar a abertura do CROSS.

16.1 Informações mínimas para regulação

- Idade e sexo.
- Estável ou instável e sinais de repercussão.
- Ritmo suspeito/confirmado, frequência cardíaca e achados do ECG.
- PA, SpO₂ e nível de consciência.
- Intervenções realizadas, doses/energias e resposta.
- Necessidade de suporte avançado durante o transporte.

16.2 Transporte

- Monitor/desfibrilador, oxigênio e acesso venoso funcionante.
- ECG impresso antes/depois quando disponível.



- Medicações de emergência e material de via aérea conforme capacidade da equipe.
- PA seriada, oximetria e monitorização contínua do ritmo.
- Passagem estruturada do caso no destino, preferencialmente em SBAR.

17. Erros de alto risco e armadilhas

Armadilha	Conduta preventiva
Tratar taquicardia sinusal como arritmia primária	Avaliar e tratar causas secundárias.
Definir estabilidade apenas pela PA	Usar o conjunto dos 4 Ds e perfusão.
Esquecer o modo SYNC	Confirmar SYNC antes de liberar energia e após cada choque.
Atrasar cardioversão para sedar paciente criticamente instável	Sedação apenas se houver tempo e condição.
Subestimar QRS largo	Na dúvida, tratar como TV.
Administrar amiodarona como bolus fora de PCR	Fonte operacional orienta infusão em 20–60 min.
Não registrar ECG pré/pós	Registrar e anexar sempre que possível.
Não iniciar CROSS precocemente	Comunicar com regulação durante estabilização inicial.

18. Pontos pendentes de validação institucional

- Definir oficialmente se haverá 3ª dose de adenosina (18 mg) ou sequência restrita a 6 mg + 12 mg.
- Unificar esquema de amiodarona para TV monomórfica estável: 300 mg/100 mL em 20–60 min versus 150 mg/100 mL em 10–20 min.
- Definir conduta municipal única para TV polimórfica com pulso ainda estável: desfibrilação imediata versus preparo para choque se deterioração/PCR.
- Unificar doses de sedação, especialmente etomidato, entre trechos das fontes.
- Validar energias, equipamentos e apresentações farmacológicas conforme o cardioversor/desfibrilador e estoque efetivamente disponíveis no serviço.

SEGURANÇA EDITORIAL

Este protocolo reproduz e organiza as fontes de trabalho do projeto. Não substitui a validação institucional final. Divergências de dose, diluição, energia ou sequência foram deliberadamente preservadas e destacadas.

19. Fluxo de bolso — Sala Vermelha

1. TAQUICARDIA

Pulso? Monitorização. PA, SpO₂, perfusão, consciência. ECG se não atrasar intervenção.

2. É SINUSAL/COMPENSATÓRIA?

Se provável resposta a sepse, hipovolemia, hipóxia, acidose, dor etc.: tratar a causa.

3. HÁ INSTABILIDADE?

Dor anginosa • Dispneia/congestão • Déficit de consciência • Débito baixo/choque.

4. INSTÁVEL POR TAQUIARRITMIA

Cardioversão sincronizada imediata. Sedoanalgesia se possível sem atraso. Reavaliar modo SYNC após cada choque.



5. ESTÁVEL

QRS estreito ou largo? Regular ou irregular? QRS largo: presumir TV até prova em contrário.

6. APÓS INTERVENÇÃO

Reavaliar ritmo/pulso, PA/perfusão, consciência, SpO₂; ECG pós quando possível; registrar doses/energias/resposta; CROSS precoce quando indicado.

20. Fonte documental do projeto

Documento elaborado exclusivamente a partir dos materiais de Taquiarritmias fornecidos no projeto e dos painéis/quadros operacionais apresentados pelo usuário. As divergências entre essas fontes foram mantidas como itens de validação, sem reconciliação externa.