

HR: 178

SpO2: 96%

# TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

An ECG waveform is visible in the background, showing a regular rhythm with a heart rate of 178 bpm. The waveform is colored light blue and red, set against a dark blue grid.

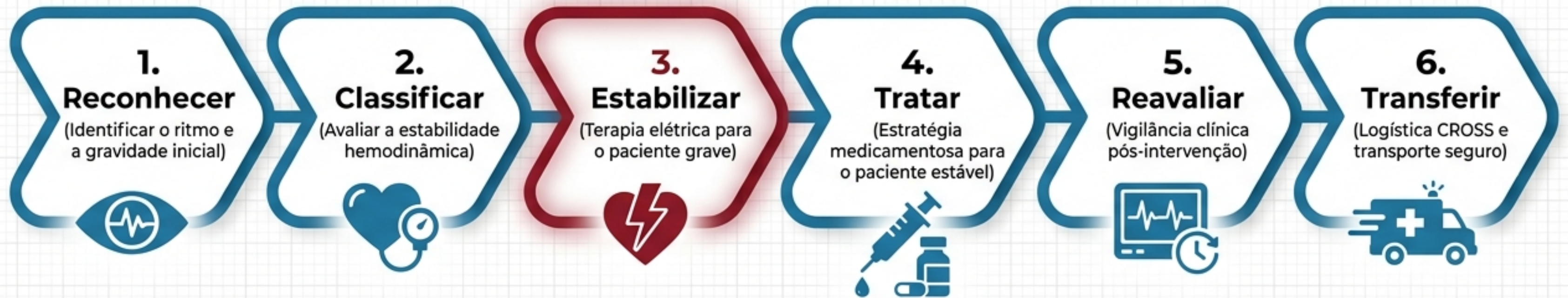
**Do ABCDE à Transferência do Paciente Crítico**

Protocolo Prático para Serviços de Urgência  
e Emergência de Pequeno Porte

2024-10-26 09:15

SYNC: OFF

# Os 6 Pilares Assistenciais



# Pilar 1: Reconhecer (Os Primeiros Minutos)

## ABCDE Rápido (Tratar ameaças à vida simultaneamente)

### Monitorização Contínua



(FC e Ritmo cardíaco visualizados na tela).

### Oximetria e PA



(SpO<sub>2</sub>) e Pressão Arterial (não invasiva inicialmente).

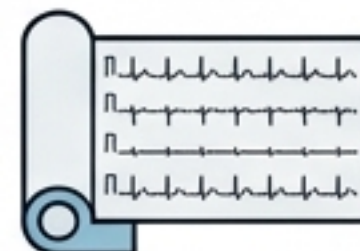


### Acesso Venoso

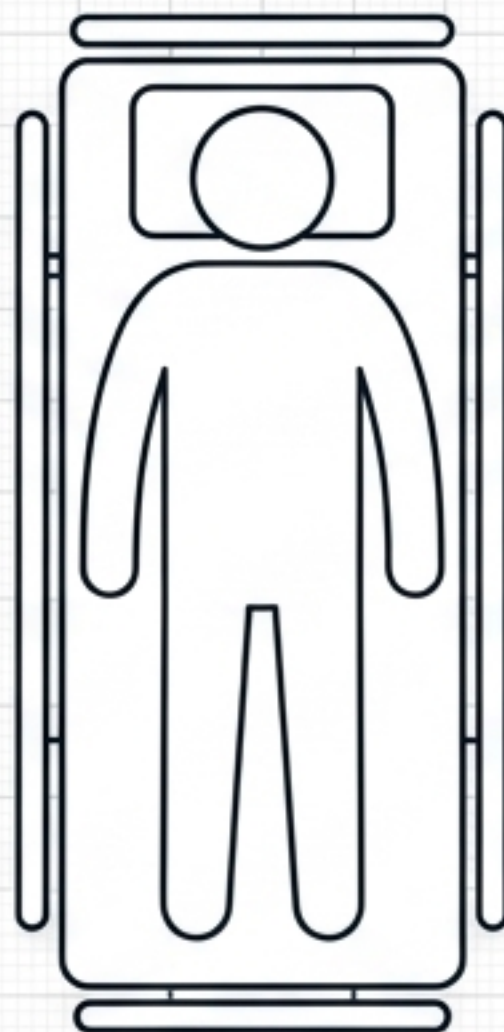


(Calibroso. Considerar 2 acessos imediatamente se o paciente estiver instável).

### ECG de 12 Derivações



(Realizar o mais rápido possível, SALVAR/IMPRIMIR. \*Regra: Não deve atrasar a intervenção em casos instáveis\*).



# A Pergunta Inicial: É Resposta ou Arritmia?

## Taquicardia Sinusal



**Frequência:** Geralmente  $\leq 150$  bpm.



**Onda P:** Identificável.



**Natureza:** Consequência/Resposta compensatória (Sepse, hipovolemia, hipóxia, dor).



**Conduta:** Tratar a causa base.

## Taquiarritmia Primária



**Frequência:** Frequentemente  $> 150$  bpm.



**Onda P:** Ausente ou mascarada.



**Natureza:** Causa direta da deterioração clínica.



**Conduta:** Tratar o ritmo (Elétrico/Farmacológico).



**! ERRO PERIGOSO:** Cardioverter uma taquicardia sinusal compensatória. Isso desvia o tratamento do problema principal (choque, sepse, sangramento) e pode agravar o quadro.

## Pilar 2: Classificar a Instabilidade (Os 4 Ds)

### Threat Matrix



#### **Dor Torácica**

(Anginosa/Isquêmica - Sugere repercussão coronariana)



#### **Dispneia**

(Congestão Pulmonar / EAP - Sugere falha hemodinâmica)



#### **Diminuição do Sensório**

(Confusão, Letargia, Síncope- Sugere hipoperfusão cerebral)



#### **Débito Baixo**

(PAS < 90 mmHg / PAM < 65 mmHg com má perfusão e enchimento capilar > 3s)

**PONTO-CHAVE:** Instabilidade NÃO é apenas hipotensão. Qualquer UM dos 4 Ds diretamente relacionado à taquiarritmia exige terapia elétrica imediata.

## Pilar 3: Estabilizar (O Paciente Instável)

# Cardioversão Elétrica Sincronizada Imediata.

**1. Acionar  
CROSS / Pedir  
Ajuda.**

**2. Sedoanalgesia**  
(Se a condição permitir,  
sem atrasar o choque).  
Opções: **Fentanil** (50-  
100mcg), **Etomidato**  
(0,3mg/kg), ou  
**Midazolam** (2,5-5mg).

**3. Ativar Modo  
SYNC  
(Sincronizar  
com QRS).**

**4. Choque.**  
(Cargas: **Flutter**  
50 J | TV  
monomórfica 100  
J | **Fibrilação**  
**Atrial** 120 J).



**⚠ Para TV polimórfica (QRS diferentes), utilizar dose máxima (200J) em modo NÃO sincronizado.**

# Cardioversão vs. Desfibrilação



## Cardioversão Sincronizada

- **Sincronização:** SIM (Lê o QRS para evitar choque na onda T).
- **Indicação:** Taquiarritmias COM pulso instável (FA, Flutter, TV monomórfica).



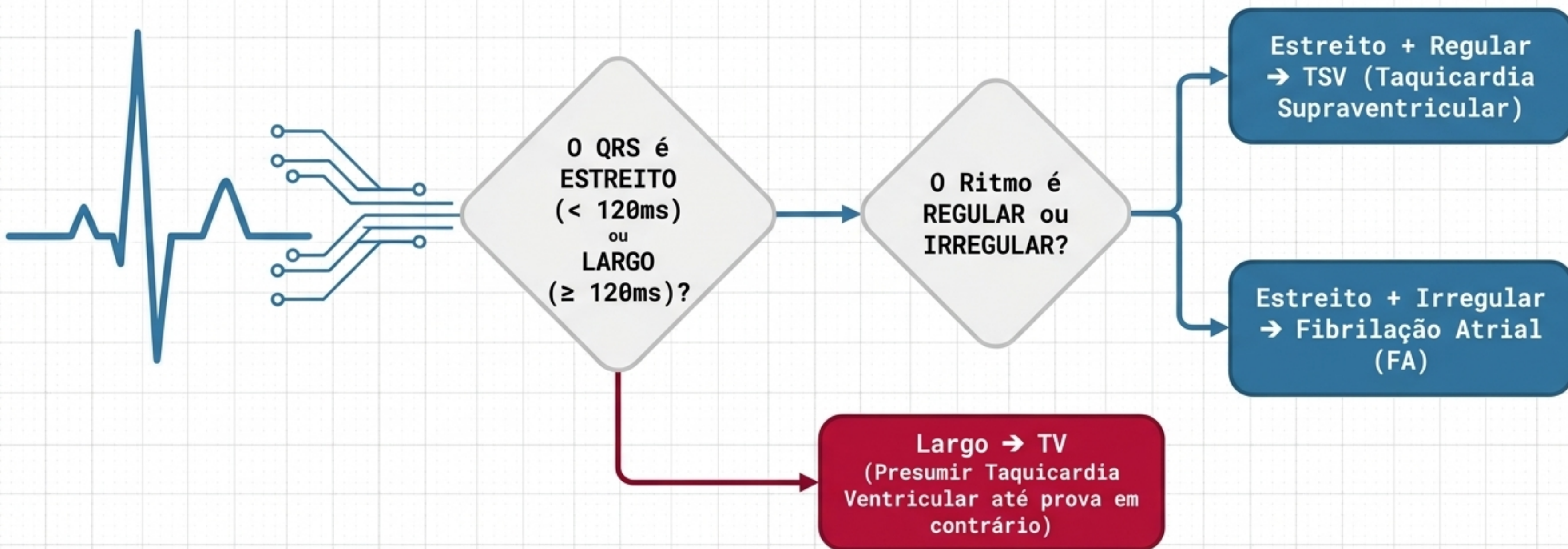
## Desfibrilação

- **Sincronização:** NÃO (Choque imediato na carga selecionada).
- **Indicação:** Parada Cardiorrespiratória (FV / TV sem pulso) E TV Polimórfica instável.

**⚠ ERRO PERIGOSO:** Esquecer de religar o botão SYNC. Após cada choque sincronizado, a maioria dos aparelhos volta ao modo desfibrilação automaticamente. Sempre reavalie o modo antes do próximo choque.

## Pilar 4: Tratar (O Paciente Estável)

**Leia o ECG respondendo a duas perguntas binárias:**



# Algoritmo Estável: QRS Estreito e Regular (TSV)

## 1. Manobra Vagal



Manobra de Valsalva Modificada. (15s de expiração forçada + decúbito imediato com elevação de pernas a 45°).

## 2. Adenosina (Se falhar)



1ª dose: 6mg IV em bolus RÁPIDO (1-2s) seguido de flush de 20mL de SF.

Se não reverter em 2 min:  
2ª dose de 12mg IV + flush.  
Monitorar mal-estar.

## 3. Metoprolol (Se refratário/contraindicado)



5mg IV lento (em 5 minutos). Pode repetir até o máximo de 15mg.

Cuidado com DPOC/asma grave e falência cardíaca.

## Algoritmo Estável: QRS Estreito e Irregular (FA Aguda)

Foco EXCLUSIVO no controle de frequência na emergência. Estratégias definitivas de ritmo e anticoagulação serão definidas na transferência.

Paciente tolerando a  
FC elevada



Controle de Frequência.  
Metoprolol 5mg IV lento  
(máx 15mg).

OU

Se Metoprolol  
contraindicado/indisponível



Amiodarona 300mg diluída em  
100mL de SF/SG5% infundida  
em 20-60 minutos.

**⚠ Se o paciente instabilizar a qualquer momento: Migrar imediatamente para o algoritmo de Cardioversão Elétrica Sincronizada (120 J).**

# Algoritmo Estável: QRS Largo

**TODA TAQUICARDIA DE QRS LARGO É TAQUICARDIA VENTRICULAR (TV) ATÉ PROVA EM CONTRÁRIO.**

## Monomórfica (QRS Iguais)



**Amiodarona** (Ataque de 300mg IV diluído em 100mL). Infusão LENTA em 20-60 minutos.

**⚠ Nunca fazer em bolus com o paciente vivo (risco de hipotensão).**

## Polimórfica (QRS Diferentes) / Torsades

**Alto risco de Parada Cardiorrespiratória.**



- **Se Torsades de Pointes (QT longo prévio):** Sulfato de Magnésio 2g IV em 100mL, infundir em 15-20 min.



- **Se TV Polimórfica sem Torsades:** Preparar desfibrilação imediata ao menor sinal de instabilidade. Transferência prioritária!

# Matriz Farmacológica da Sala Vermelha

| Fármaco        | Indicação           | Dose Operacional                           | Alerta                                            |
|----------------|---------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Adenosina      | TSV Regular         | 6mg → 12mg<br>(bolus muito rápido + flush) | Avisar paciente sobre sensação de morte iminente. |
| Metoprolol     | Controle TSV/FA     | 5mg IV lento<br>(máx 15mg)                 | Evitar em asma grave/falência VE.                 |
| Amiodarona     | FA/TV Estável       | 300mg em 100mL<br>(infusão em 20-60 min)   | NUNCA em bolus se paciente com pulso.             |
| Sulf. Magnésio | Torsades            | 2g em 100mL<br>(infusão em 15-20 min)      | Reavaliar repetição se necessário.                |
| Fentanil       | Analgesia p/ Choque | 50-100 mcg IV lento<br>(1-2 min)           | Preferido por estabilidade hemodinâmica.          |
| Etomidato      | Sedação p/ Choque   | 0,3 mg/kg IV                               | Menor repercussão hemodinâmica.                   |

## Pilar 5: Reavaliar (O Checklist Pós-Intervenção)



### Ritmo e Pulso

(O choque/remédio funcionou? O pulso está palpável?)



### Pressão Arterial e Perfusão

(Houve melhora do choque?)



### Nível de Consciência

(O sensório recuperou?)



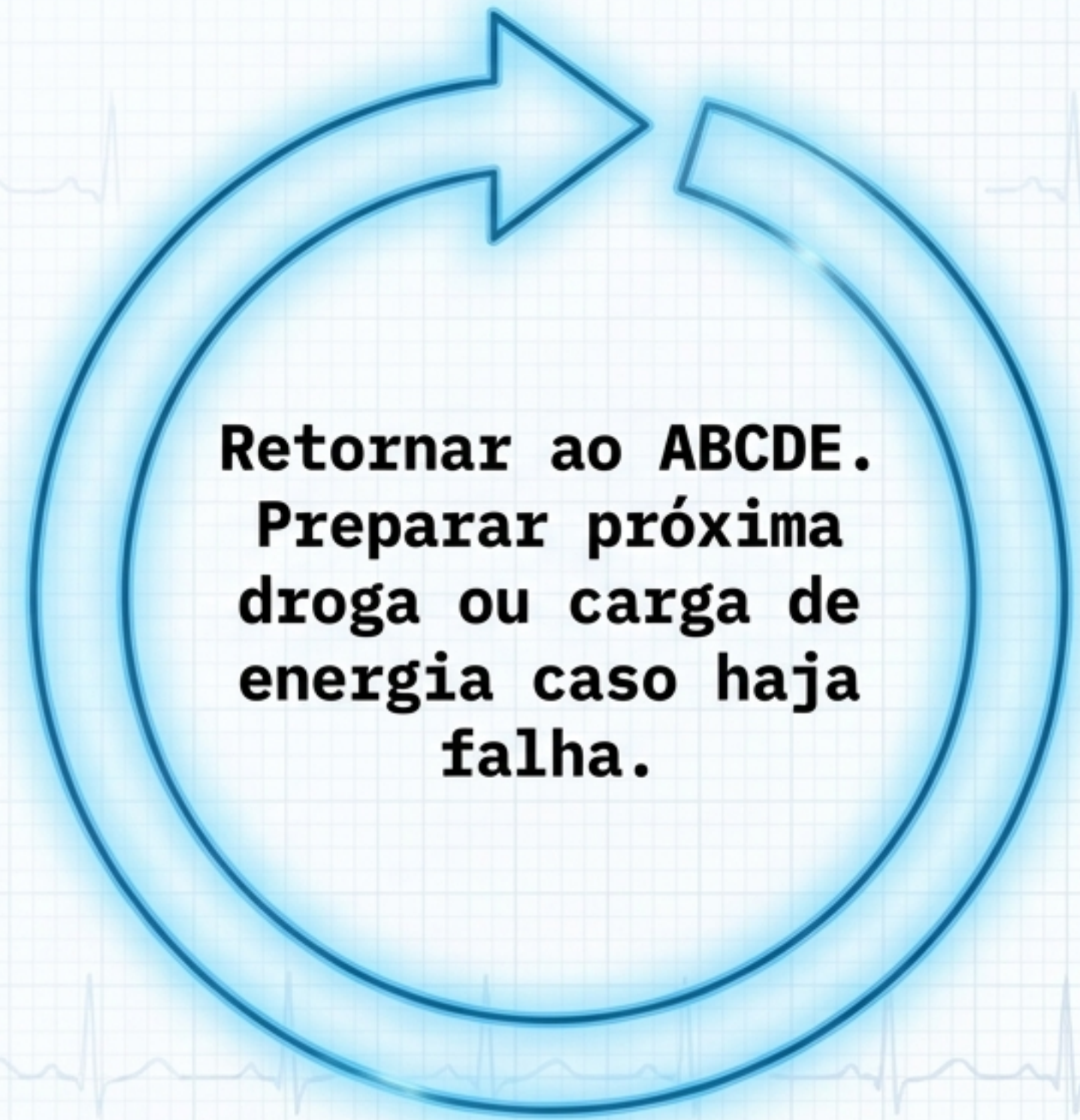
### SpO2 e Padrão Respiratório

(A congestão pulmonar aliviou?)



### Novo ECG de 12 derivações

(Imprimir e salvar para documentação).



## Pilar 6: Transferir (Logística CROSS)

### Regulação Precoce (SBAR)



**Situação:** Idade, estabilidade (ou instabilidade e os 4Ds).

**Fundo (Background):** Ritmo identificado e FC.

**Avaliação:** PA, SpO2, nível de consciência atual.

**Recomendação:** Intervenções já realizadas (doses, choques) e resposta clínica. Pedido de suporte avançado.

### Checklist de Transporte



- Monitor / Desfibrilador com cabo de sincronização.
- Oxigênio e acesso venoso funcionando (de preferência 2).
- Kit de intubação e medicações de emergência da Sala Vermelha (Amiodarona, Fentanil, etc.).
- Cópia impressa do ECG (pré e pós-intervenção).

# Síntese de Segurança: Armadilhas de Alto Risco

## ⚠ Errar a Fisiologia

Tratar uma taquicardia sinusal compensatória como arritmia primária atrasa o tratamento do choque de base.

## ⚠ Foco Cego na PA

Definir estabilidade APENAS pela hipotensão, ignorando dor torácica, dispneia e rebaixamento de sensório.

## ⚠ Esquecer o Botão SYNC

Aplicar choque não sincronizado em um ritmo com pulso pode induzir Fibrilação Ventricular.

## ⚠ Sedação Letal

Atrasar a cardioversão em um paciente criticamente instável para tentar intubar ou conseguir uma sedação profunda.

## ⚠ Bolus de Amiodarona

Administrar Amiodarona em bolus rápido fora do contexto de PCR (Causa hipotensão severa).

## ⚠ CROSS Tardio

Estabilizar perfeitamente o paciente mas esquecer de iniciar o processo logístico precocemente.  
(Logística = Risco Clínico).