

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

APOSTILA MÉDICA PRÁTICA ILUSTRADA



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ITARIRI/SP
CUIDANDO DE PESSOAS, CONSTRUINDO SAÚDE



**SAÚDE
ITARIRI**

URGÊNCIA
EMERGÊNCIA
REDE MUNICIPAL

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

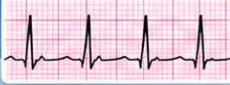
RECONHECER • CLASSIFICAR • ESTABILIZAR • TRATAR • REAVALIAR • TRANSFERIR

Tempo, ritmo e vida.

Da abordagem inicial à transferência segura no serviço de pequeno porte

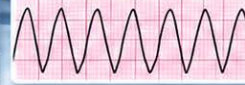
**CONDUTA PRÁTICA
COM FOCO NA REALIDADE MUNICIPAL**

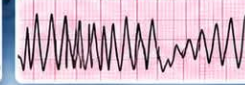
- ✓ ALGORITMOS
- ✓ MEDICAMENTOS
- ✓ ECGs ILUSTRADOS
- ✓ CASOS CLÍNICOS
- ✓ CHECKLISTS
- ✓ TRANSFERÊNCIA (CROSS)

TSV


FLUTTER ATRIAL


FIBRILAÇÃO ATRIAL


TV MONOMÓRFICA


**TV POLIMÓRFICA
TORSADES**




FISIOPATOLOGIA
E CONCEITOS



ABORDAGEM
INICIAL (ABCDE)



TRATAMENTO
FARMACOLÓGICO



CARDIOVERSÃO
E DESFIBRILAÇÃO



ECG
NA PRÁTICA



CASOS CLÍNICOS
PARA TREINAMENTO



CROSS E
TRANSFERÊNCIA

Itariri, perto de você.

APOSTILA MÉDICA PRÁTICA ILUSTRADA
ITARIRI-SP | v1.0/2026

Dr. Mario Augusto A. Lima
CRM-SP 30.014

Reconhecer • Classificar • Estabilizar • Tratar • Reavaliar • Transferir

1. Objetivos e raciocínio operacional

A proposta desta apostila é transformar um tema tradicionalmente fragmentado em uma sequência de decisões à beira-leito. O eixo central das fontes é: primeiro determinar se a frequência elevada representa taquicardia sinusal compensatória ou taquiarritmia primária; depois definir estabilidade; em pacientes estáveis, classificar o QRS e a regularidade do ritmo; por fim escolher intervenção elétrica, farmacológica e logística de transferência.

MAPA MENTAL — Taquicardia → causa compensatória ou arritmia? → estabilidade → QRS estreito/largo → regular/irregular → intervenção → reavaliação → CROSS/transferência.

1.1 Por que a frequência elevada pode descompensar

As fontes descrevem que o aumento importante da frequência encurta a diástole, reduz o enchimento ventricular e pode diminuir volume sistólico e débito cardíaco. A repercussão clínica pode surgir como isquemia, congestão pulmonar, alteração do sensorio ou hipotensão.

1.2 Condução elétrica em linguagem prática

O impulso fisiológico percorre nodo sinoatrial, nodo atrioventricular e sistema His-Purkinje. Na abordagem simplificada da aula, QRS estreito sugere origem supraventricular com condução ventricular pelo sistema habitual; QRS largo levanta a possibilidade de origem ventricular ou condução supraventricular aberrante.

NÃO CONFUNDA — A largura do QRS orienta o raciocínio, mas não substitui a avaliação clínica e eletrocardiográfica completa.



TAQUIARRITMIAS

RACIOCÍNIO OPERACIONAL NA SALA VERMELHA

RECONHECER • CLASSIFICAR • ESTABILIZAR • TRATAR • REAVALIAR • TRANSFERIR

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DE ITARIRI-SP



Tempo é perfusão. Raciocínio salva vidas.

1 OBJETIVOS

Transformar um tema complexo em uma sequência de decisões à beira-leito.

- ✓ Diferenciar taquicardia sinusal compensatória de taquiarritmia primária.
- ✓ Determinar estabilidade hemodinâmica.
- ✓ Em pacientes estáveis, classificar o QRS e a regularidade do ritmo.
- ✓ Escolher intervenção elétrica e farmacológica.
- ✓ Reavaliar e providenciar CROSS/transferência.

MAPA MENTAL

Taquicardia

Causa compensatória ou arritmia?

Estabilidade?

QRS estreito ou largo?

Regular ou irregular?

Intervenção (elétrica ou medicamentosa)

Reavaliação

CROSS / Transferência

2 POR QUE A FREQUÊNCIA ELEVADA PODE DESCOMPENSAR?

Com frequências elevadas, a diástole encurta, o enchimento ventricular fica inadequado, reduzindo o volume sistólico e o débito cardíaco.

Ritmo normal
(FC 60-100 bpm)



Diástole suficiente para enchimento ventricular

Taquicardia
(FC > 150 bpm)



Diástole encurtada → menos enchimento → menor volume sistólico → menor débito cardíaco

REPERCUSSÃO CLÍNICA

- Dor torácica anginosa (isquemia)
- Dispneia (congestão pulmonar)
- Déficit de consciência (hipoperfusão cerebral)
- Hipotensão (débito baixo)

OS 4 D's = INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

4 QRS NO ECG: O QUE SIGNIFICA?

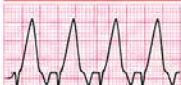
QRS ESTREITO (< 120 ms)



- Geralmente origem supraventricular (com condução ventricular habitual).
- Inclui: taquicardia supraventricular, flutter atrial, fibrilação atrial.

Sugere que o impulso elétrico percorre o sistema de condução normal dos ventrículos.

QRS LARGO (≥ 120 ms)



- Sugere origem ventricular (taquicardia ventricular).
- Pode ocorrer em taquicardia supraventricular com aberrância de condução.
- Sempre considerar TV na dúvida, especialmente em situações graves.

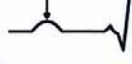
Sugere que o impulso elétrico não percorre o caminho habitual, com ativação ventricular anômala.

ONDAS NO ECG = CONTRAÇÃO

Onda P (átrio)



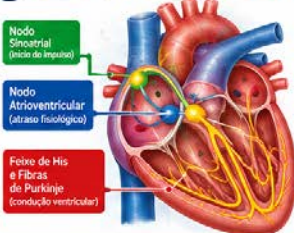
QRS (ventrículo)



Onda T (repolarização ventricular)



3 CONDUÇÃO ELÉTRICA DO CORAÇÃO EM LINGUAGEM PRÁTICA



SEQUÊNCIA NORMAL

- 1 Impulso elétrico nasce no nodo sinoatrial.
- 2 Átrios contraem de cima para baixo → enviam sangue aos ventrículos.
- 3 Atravessa o nodo AV (pequeno atraso).
- 4 Conduz pelo feixe de His e fibras de Purkinje.
- 5 Ventrículos contraem de baixo para cima → enviam sangue aos pulmões e para o corpo.

!

NÃO CONFUNDA

A largura do QRS orienta o raciocínio, mas não substitui a avaliação clínica e eletrocardiográfica completa.

TRATE O PACIENTE, NÃO APENAS O TRAÇADO.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Dr. Mario Augusto A. Lima – CRM-SP 30.014 | Médico Responsável

2. Taquicardia sinusal x taquiarritmia

Nem toda frequência cardíaca elevada deve ser “tratada como arritmia”. As fontes enfatizam sepse, hipovolemia, hipóxia, acidose, dor e ansiedade como exemplos de condições em que a taquicardia pode ser uma resposta compensatória. Nesses cenários, a prioridade é tratar a causa subjacente.

Característica	Taquicardia sinusal — padrão didático da fonte	Taquiarritmia — padrão didático da fonte
Frequência	geralmente ≤ 150 bpm	frequentemente > 150 bpm
Onda P	habitualmente identificável	pode não ser identificável
Relação com instabilidade	frequentemente consequência de outra condição	pode ser causa direta da deterioração
Conduta conceitual	tratar causa base	classificar ritmo e tratar conforme estabilidade

ERRO PERIGOSO — Cardioverter uma taquicardia sinusal compensatória sem reconhecer a causa de base pode desviar o tratamento do problema principal. O corte de 150 bpm é uma pista didática das fontes, não devem ser usadas isoladamente como diagnóstico.



TAQUICARDIA SINUSAL X TAQUIARRITMIA

NÃO CONFUNDA!

AVALIAÇÃO CLÍNICA + ECG + CONTEXTO = DECISÃO SEGURA



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

1 NEM TODA TAQUICARDIA É ARRITMIA

Muitas vezes, a taquicardia é uma resposta fisiológica ou compensatória a outra condição clínica. Nesses casos, o **tratamento deve ser direcionado à causa de base**, e não à frequência cardíaca de forma isolada.

EXEMPLOS DE CAUSAS COMPENSATÓRIAS


Sepse
(infecção grave)


Hipovolemia
(sangramento, desidratação)


Hipóxia
(baixa oxigenação)


Acidose
(metabólica)


Dor
(intensa)


Ansiedade
(estresse, catecolaminas)

2 PRINCIPAIS DIFERENÇAS

Característica	Taquicardia sinusal (padrão didático da fonte)	Taquiarritmia (padrão didático da fonte)
Frequência cardíaca	geralmente ≤ 150 bpm	frequentemente > 150 bpm
Onda P	habitualmente identificável	pode não ser identificável
Ritmo	regular	pode ser regular ou irregular
Relação com instabilidade	frequentemente consequência de outra condição	pode ser causa direta da deterioração
Conduta conceitual	tratar a causa base	classificar ritmo e tratar conforme estabilidade

3 EXEMPLOS DE ECG

TAQUICARDIA SINUSAL

FC < 150 bpm | Onda P visível | Ritmo regular



Onda P presente antes de cada QRS.
Ritmo regular. Frequência geralmente até 150 bpm.

TAQUIARRITMIA (ex.: TSV / FA)

FC > 150 bpm | Onda P não identificável | Ritmo variável



Taquiarritmia sem ondas P visíveis ou com ondas P anormais.
Ritmo pode ser regular (ex.: TSV) ou irregular (ex.: FA).

4 LEMBRE-SE



- ✓ Avalie o paciente, não apenas o traçado.
- ✓ Investigue e trate a causa de base quando for taquicardia sinusal.
- ✓ Frequência > 150 bpm sugere taquiarritmia, mas não é regra absoluta.
- ✓ Sempre correlacione com o contexto clínico e os sinais de instabilidade (4 Ds).



ERRO PERIGOSO

Cardioverter uma taquicardia sinusal compensatória sem reconhecer a causa de base pode desviar o tratamento do problema principal. O corte de 150 bpm é uma pista didática das fontes, não deve ser usado isoladamente como diagnóstico.

3. Primeiros minutos: ABCDE, monitorização e os “4 Ds”

- ABCDE rápido, com atenção a via aérea, respiração, perfusão e estado neurológico.
- Monitor cardíaco contínuo, oximetria e pressão arterial.
- Acesso venoso calibroso; considerar dois acessos no paciente instável.
- ECG de 12 derivações o mais cedo possível, desde que não atrase intervenção imediata.
- Salvar/imprimir ECG antes e depois das intervenções quando possível.

4 Ds	Manifestação descrita nas fontes	Interpretação operacional
Dor torácica	dor anginosa/isquêmica	sugere repercussão coronariana
Dispneia	congestão pulmonar/EAP	sugere repercussão hemodinâmica
Diminuição do sensório	confusão, letargia, síncope	sugere hipoperfusão cerebral
Débito baixo	PAS <90 mmHg ou PAM <65 mmHg com hipoperfusão	sugere choque/baixo débito

PONTO-CHAVE — Instabilidade não é sinônimo de hipotensão. Nas fontes, qualquer um dos 4 Ds, quando relacionado à taquiarritmia, desloca a prioridade para intervenção elétrica imediata.



TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

3. PRIMEIROS MINUTOS: ABCDE, MONITORIZAÇÃO E OS “4 Ds”

AVALIAÇÃO RÁPIDA • INTERVENÇÃO OPORTUNA • MAIS VIDAS



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

1 ABCDE

- A** Via aérea (permeabilidade)
- B** Respiração (oxigenação)
- C** Circulação (perfusão)
- D** Déficit neurológico (estado de consciência)
- E** Exposição (exame rápido)

Avaliação rápida e simultânea. Trate ameaças à vida imediatamente.

2 MONITORIZAÇÃO



Monitor cardíaco contínuo (FC e ritmo)



Oximetria de pulso (SpO₂)



Pressão arterial (não invasiva, ou invasiva se disponível)

Manter monitorização contínua desde a chegada do paciente.

3 ACESSO VENOSO



- Pelo menos um acesso venoso calibroso.
- Considerar dois acessos no paciente instável.

Garante administração rápida de medicações e expansão volêmica, se necessário.

4 ECG DE 12 DERIVAÇÕES



- Realizar o mais cedo possível, desde que não atrase intervenção imediata.
- Salvar e imprimir o ECG antes e depois das intervenções quando possível.

O ECG é fundamental para classificação do ritmo e para a transferência.

5 DOCUMENTAÇÃO



- Registrar hora das intervenções.
- Salvar/imprimir ECG pré e pós-tratamento.
- Anexar ao prontuário e enviar com o paciente na transferência.

Facilita a comunicação com o hospital de referência e a continuidade do cuidado.

6 OS “4 Ds” DA INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

QUALQUER UM DOS 4 Ds, QUANDO RELACIONADO À TAQUIARRITMIA, DEFINE PACIENTE INSTÁVEL.

D	Manifestação descrita nas fontes	Interpretação operacional	Ícone/Exemplo
Dor torácica	dor anginosa/isquêmica	sugere repercussão coronariana	 Dor no peito, opressão
Dispneia	congestão pulmonar / EAP	sugere repercussão hemodinâmica	 Falta de ar, estertores
Diminuição do sensório	confusão, letargia, síncope	sugere hipoperfusão cerebral	 Rebaixamento, desorientação
Débito baixo	PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg com sinais de hipoperfusão	sugere choque / baixo débito	 Hipotensão, extremidades frias, mau enchimento capilar (> 3s)



PONTO-CHAVE

Instabilidade não é sinônimo de hipotensão. Nas fontes, qualquer um dos 4 Ds, quando relacionado à taquiarritmia, desloca a prioridade para intervenção elétrica imediata.

**RECONHECER
É TRATAR MAIS RÁPIDO.**

4. Paciente instável: cardioversão elétrica sincronizada

No paciente com taquiarritmia com pulso e instabilidade atribuível ao ritmo, as fontes colocam a cardioversão sincronizada como ação primordial. A sedoanalgesia é desejável quando tempo e condição clínica permitirem, mas não deve retardar uma intervenção necessária.

4.1 Preparação prática

- Acionar ajuda e iniciar regulação/transferência precocemente.
- Monitorizar; obter acesso venoso; preparar oxigênio conforme necessidade e material de via aérea.
- Ligar desfibrilador e selecionar modo sincronizado.
- Confirmar marcadores de sincronização sobre os complexos QRS.
- Selecionar energia conforme o ritmo e a orientação do equipamento/protocolo validado.
- Afastar equipe e aplicar choque; reavaliar imediatamente ritmo, pulso, PA, consciência e SpO₂.

Ritmo	Energia inicial bifásica descrita na fonte de PS de poucos recursos	Observação
Flutter atrial	50 J	cardioversão sincronizada
TV monomórfica com pulso	100 J	cardioversão sincronizada
Fibrilação atrial	120 J	cardioversão sincronizada
TV polimórfica	200 J / carga máxima — conforme fonte operacional	desfibrilação não sincronizada; o material didático enfatiza carga máxima



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

PACIENTE INSTÁVEL: CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA

AÇÃO RÁPIDA • SEGURANÇA • EQUIPE PREPARADA • VIDA EM PRIMEIRO LUGAR



**SAÚDE
ITARIRI**

Equipe Capacitada
Paciente Mais Seguro

INSTABILIDADE = NÃO ADIAR

1 QUANDO INDICAR?

Taquiarritmia com pulso e instabilidade hemodinâmica atribuível ao ritmo.

CUIDADO: sedoanalgesia é desejável quando o tempo e a condição clínica permitirem, mas não deve retardar uma intervenção necessária.

OS 4 D's DA INSTABILIDADE

- ♥ Dor torácica (angina/isquêmica)
- 🫁 Dispneia (congestão pulmonar/EAP)
- 🧠 Diminuição do sensorio (confusão, letargia, síncope)
- 🩺 Débito baixo (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg com sinais de hipoperfusão)

2 PREPARAÇÃO PRÁTICA (PASSO A PASSO)

- 1 📞 Acionar ajuda e iniciar regulação/transferência (CROSS) precocemente.
- 2 👁️ Monitorizar (ECG, oximetria, PA).
- 3 💉 Acesso venoso calibroso (considerar dois no instável).
- 4 🧴 Oxigênio conforme necessidade e preparar material de via aérea.
- 5 📶 Realizar ECG de 12 derivações o mais cedo possível, sem atrasar a intervenção imediata.
- 6 ⚙️ Ligar o desfibrilador e selecionar modo SINCRONIZADO.
- 7 📶 Confirmar marcadores de sincronização sobre os complexos QRS.
- 8 ⚡ Selecionar energia conforme o ritmo.
- 9 👥 Afastar a equipe e aplicar o choque.
- 10 ✅ Reavaliar imediatamente: ritmo, pulso, PA, consciência e SpO₂.



Modo: Sincronizado (SINC)



Marcadores de sincronização sobre os complexos QRS

3 POSICIONAMENTO DAS PÁS



Posicionamento padrão:
Esterno (direita) e Ápice (esquerda)

Aplicar gel nas pás e garantir bom contato.

4 DOSES DE ENERGIA (FONTE: PROTOCOLO PS PEQUENO PORTE)

Ritmo	Energia inicial bifásica	Observação
Flutter atrial	50 J	Cardioversão sincronizada
TV monomórfica com pulso	100 J	Cardioversão sincronizada
Fibrilação atrial	120 J	Cardioversão sincronizada
TV polimórfica (com pulso)	200 J / carga máxima (conforme fonte operacional)	Desfibrilação NÃO sincronizada. Material didático enfatiza carga máxima.

VALIDAÇÃO PENDENTE — As energias acima são transcritas da fonte operacional fornecida e permanecerão identificadas como "fonte" até a revisão clínica que antecede o Protocolo Municipal.

5 SEDOANALGESIA (SE POSSÍVEL)

Analgesia

- **Fentanil:** 50–100 mcg IV lento (1–2 min) (preferível pela estabilidade hemodinâmica)
- ou **Morfina:** 2–4 mg IV lento

Sedação

- **Etomidato:** 0,3 mg/kg IV (= 20 mg para 70 kg) – bolus rápido
- ou **Midazolam:** 2,5 – 5 mg IV lento (cuidado com hipotensão)

Administrar os sedativos imediatamente antes do choque. Objetivo: conforto, não sedação profunda para intubação.

6 DOCUMENTAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

- ✅ Registrar hora da intervenção.
- ✅ Salvar/imprimir ECG pré e pós-choque.
- ✅ Manter monitorização contínua até a transferência.
- ✅ Comunicar o CROSS precocemente, informando: condição, ritmo, FC, PA, intervenções e resposta.
- ✅ Transferir com monitor, oxigênio, acesso venoso, medicações e equipe preparada.

! **PONTO-CHAVE**

Instabilidade não é sinônimo de hipotensão. Qualquer um dos 4 Ds, quando relacionado à taquiarritmia, desloca a prioridade para intervenção elétrica imediata.

TRATE A CAUSA. SALVE O RITMO. GARANTA A TRANSFERÊNCIA.

TRATE A CAUSA. SALVE O RITMO. GARANTA A TRANSFERÊNCIA.

5. Sedoanalgesia para cardioversão — conteúdo das fontes

Finalidade	Opção	Dose descrita na fonte operacional	Alertas descritos
Analgesia	Fentanil	50–100 mcg IV lento em 1–2 min	preferido na fonte pela relativa estabilidade hemodinâmica
Analgesia	Morfina	2–4 mg IV lento	alternativa
Sedação	Etomidato	0,3 mg/kg IV; ~20 mg em 70 kg	fonte destaca menor repercussão hemodinâmica
Sedação	Midazolam	2,5–5 mg IV lento	cautela com hipotensão

Outra fonte didática do conjunto apresenta doses diferentes para alguns sedativos e analgésicos. Por isso, esta apostila não converte automaticamente essas diferenças em prescrição institucional. A etapa de revisão clínica deverá escolher um esquema final e padronizado.

COMO FAZER — Quando a condição permitir, preparar sedação imediatamente antes do choque, com monitorização e material de suporte de via aérea disponíveis. O objetivo descrito na fonte é conforto para cardioversão, não sedação profunda de sequência rápida de intubação.



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

SEDOANALGESIA PARA CARDIOVERSÃO

CONFORTO • SEGURANÇA • MONITORIZAÇÃO • EQUIPE PREPARADA



**SAÚDE
ITARIRI**

Equipe Capacitada
Paciente Mais Seguro

FINALIDADE	OPÇÃO	DOSE DESCRITA NA FONTE OPERACIONAL	ALERTAS DESCRITOS NA FONTE	PREPARAÇÃO E MONITORIZAÇÃO
Analgesia	Fentanil 	50 – 100 mcg IV lento em 1 – 2 minutos (1–2 ml, conforme apresentação)	Preferido na fonte pela relativa estabilidade hemodinâmica.	✓ Monitor cardíaco contínuo ✓ Oximetria de pulso ✓ Pressão arterial ✓ Acesso venoso calibroso (preferencialmente dois) ✓ Oxigênio conforme necessidade ✓ Material de via aérea e aspirador disponíveis  Paciente monitorizado antes, durante e após o choque.
Analgesia	Morfina 	2 – 4 mg IV lento (diluir 10 mg em 10 ml = 1 mg/ml)	Alternativa.	
Sedação	Etomidato 	0,3 mg/kg IV (≈ 20 mg para um adulto de 70 kg) em bolus rápido (15 – 30 segundos)	Fonte destaca menor repercussão hemodinâmica.	
Sedação	Midazolam 	2,5 – 5 mg IV lento	Cautela com hipotensão.	

ATENÇÃO

- Administrar os sedativos **imediatamente antes do choque**.
- Objetivo: garantir **conforto** para a cardioversão.
- Não se trata de sedação profunda para intubação.
- Observar resposta clínica (PA, SpO₂, nível de consciência).

DIFERENÇAS ENTRE AS FONTES

Outra fonte didática do conjunto apresenta doses diferentes para alguns sedativos e analgésicos. Esta apostila não converte automaticamente essas diferenças em prescrição institucional. A etapa de revisão clínica deverá escolher um esquema final e padronizado.

COMO FAZER

Quando a condição permitir, preparar sedação imediatamente antes do choque, com monitorização e material de suporte de via aérea disponíveis.



PONTO-CHAVE

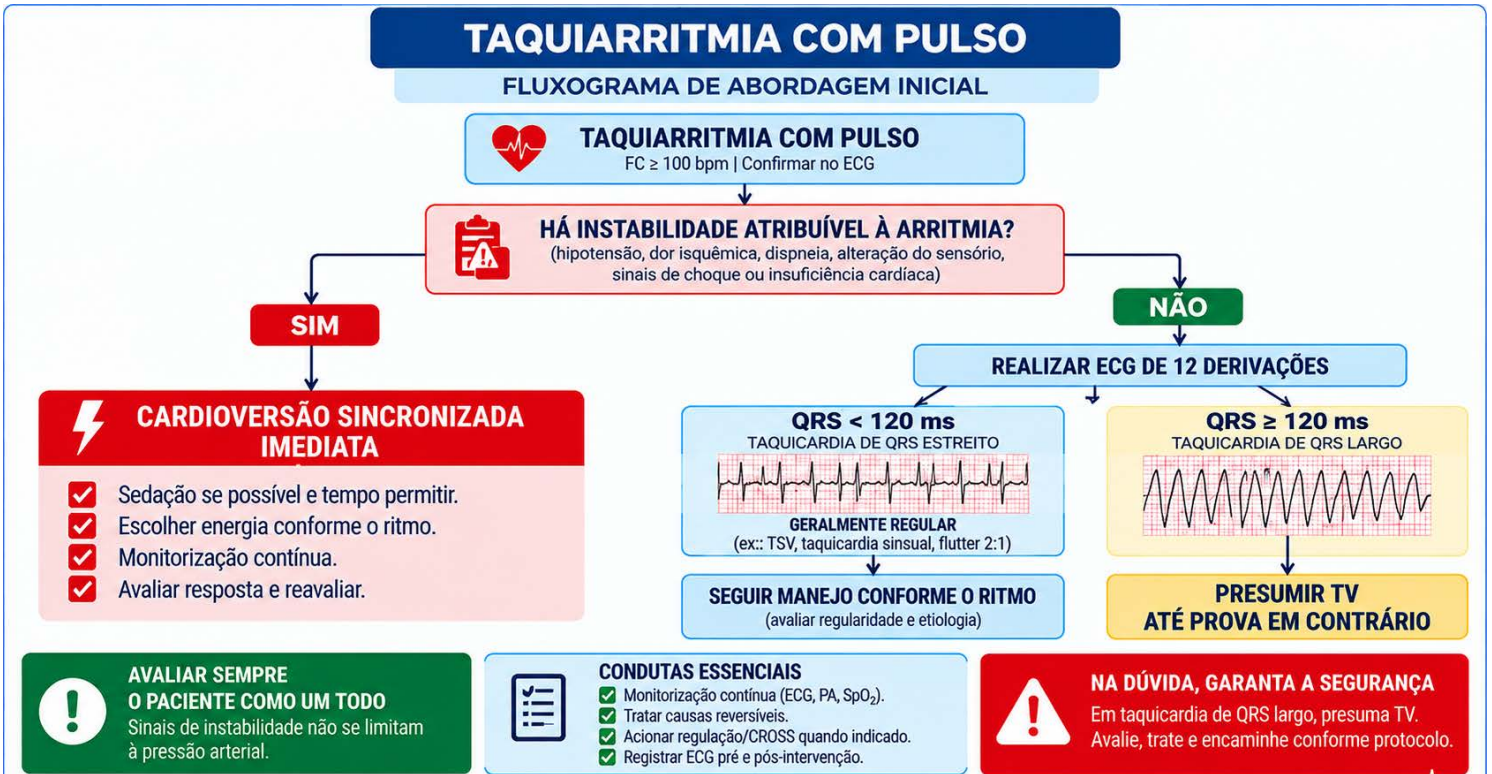
A sedoanalgesia é desejável, mas não deve retardar uma intervenção elétrica necessária em paciente instável.

ESTABILIZE, CHOQUE, REAVALIE, TRANSFIRA.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP • v1.0/2026

Conhecimento salva vidas. 

6. Paciente estável: leia o ECG em duas perguntas



Pergunta 1 — QRS estreito ou largo?

QRS	Interpretação prática inicial
< 120 ms	ritmo provavelmente supraventricular
≥ 120 ms	TV ou taquicardia supraventricular com aberrância; nas fontes, tratar como TV na dúvida

Pergunta 2 — regular ou irregular?

A regularidade ajuda a organizar as hipóteses. QRS estreito regular favorece TSV por reentrada ou flutter com condução fixa; QRS estreito irregular sugere fibrilação atrial. QRS largo exige maior cautela e avaliação para TV.

ECG NA PRÁTICA — Antes de nomear a arritmia, responda: QRS estreito ou largo? O ritmo é regular ou irregular? Essa dupla classificação reduz erros de raciocínio.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA
DUAS PERGUNTAS FUNDAMENTAIS PARA O RACIOCÍNIO

1 QRS ESTREITO OU LARGO?

QRS (duração)	Interpretação prática inicial	Exemplo no ECG
< 120 ms (QRS estreito)	Ritmo provavelmente supraventricular.	QRS estreito < 120 ms
≥ 120 ms (QRS largo)	TV ou taquicardia supraventricular com aberrância; nas fontes, tratar como TV na dúvida.	QRS largo ≥ 120 ms

2 RITMO REGULAR OU IRREGULAR?

QRS estreito e REGULAR	QRS estreito e IRREGULAR	QRS largo e REGULAR	QRS largo e IRREGULAR
Sugere TSV por reentrada (ex.: AVNRT) ou flutter com condução fixa.	Sugere fibrilação atrial (FA).	Sugere TV monomórfica (ou TSV com aberrância).	Sugere TV polimórfica (ex.: torsades) ou FA com aberrância. Tratar como TV na dúvida.

ECG NA PRÁTICA Antes de nomear a arritmia, responda: QRS estreito ou largo? O ritmo é regular ou irregular? Essa dupla classificação reduz erros de raciocínio.

CLASSIFICAR BEM É TRATAR MELHOR! Conhecimento salva vidas.

7. QRS estreito e regular: TSV — abordagem escalonada



7.1 Manobra de Valsalva modificada

A fonte orienta esforço expiratório por 15 segundos contra resistência, usando seringa de 10 mL como recurso didático; imediatamente depois, o paciente é colocado em decúbito com elevação das pernas a aproximadamente 45° por 15 segundos, mantendo monitorização.

7.2 Adenosina

Etapa	Conduta descrita na fonte operacional
Acesso	veia calibrosa, preferencialmente proximal
1ª dose	6 mg IV em bolus muito rápido (1–2 s)
Flush	10–20 mL de SF 0,9% imediatamente após
Se não reverter em 1–2 min	12 mg IV em bolus rápido + novo flush
Monitorização	ECG contínuo; avisar paciente sobre mal-estar transitório

7.3 Metoprolol — conforme a fonte

Se adenosina estiver contraindicada ou falhar após as doses descritas na fonte operacional: metoprolol 5 mg IV lento, infundido em cerca de 5 minutos; pode repetir a cada 5 minutos até máximo de 15 mg. A fonte lista como contraindicações asma/DPOC grave, bradicardia, bloqueio AV de 2º/3º grau e insuficiência cardíaca descompensada.

**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO

QRS ESTREITO E REGULAR: TSV

ABORDAGEM ESCALONADA

MANOBRAS DE VALSALVA → ADENOSINA → METOPROLOL → REAVALIAÇÃO

**SAÚDE
ITARIRI**

Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

1 MANOBRAS DE VALSALVA MODIFICADA

- Pedir ao paciente para assoprar em uma seringa de 10 mL por 15 segundos (contra resistência).
- IMEDIATAMENTE APÓS, deitar o paciente e elevar as pernas a 45° por 15 segundos.
- Mantiver monitorização no ECG durante todo o procedimento.

✓ Manobra simples, segura e que pode reverter muitas TSV.

2 ADENOSINA — CONFORME A FONTE OPERACIONAL

Etapa	Conduta descrita na fonte
Acesso	Veia calibrosa, preferencialmente proximal (antecubital ou jugular externa).
1ª dose	6 mg IV em bolus muito rápido (1 – 2 segundos).
Flush	10 – 20 mL de SF 0,9% imediatamente após.
Se não reverter em 1 – 2 min	12 mg IV em bolus rápido + novo flush.
Monitorização	ECG contínuo. Avisar o paciente sobre a sensação temporária de mal-estar ("morte iminente", opressão no peito, tontura), que passa em segundos.

EFEITOS ESPERADOS

- ✓ Bradicardia transitória (2 – 6 segundos).
- ✓ Sensação de mal-estar.
- ✓ Geralmente autolimitados.

3 METOPROLOL — SE ADENOSINA CONTRAINDICADA OU FALHAR

- ▶ Dose: 5 mg IV lento (infundir em 5 minutos).
- ▶ Reavaliação: a cada 5 – 10 minutos.
- ▶ Pode repetir a dose a cada 5 minutos até um máximo de 15 mg (3 doses).
- ▶ Contraindicações: asma/DPOC grave, bradicardia, bloqueio AV de 2º ou 3º grau, insuficiência cardíaca descompensada.

DIVERGÊNCIA IMPORTANTE ENTRE AS FONTES

O material didático ilustrado menciona uma 3ª dose de adenosina (18 mg) em determinadas situações, enquanto a fonte operacional de PS de poucos recursos encerra a sequência em 6 mg + 12 mg. Essa divergência ficará para validação clínica antes do protocolo institucional.

ECG NA PRÁTICA

QRS estreito e regular sugere taquicardia supraventricular por reentrada (ex.: AVNRT) ou flutter com condução fixa. A sequência Valsalva → Adenosina → Metoprolol segue as fontes fornecidas.

CONFIRME O RITMO, REAVALIE E DEFINA A NECESSIDADE DE TRANSFERÊNCIA (CROSS).

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

8. QRS estreito e irregular: fibrilação atrial no contexto inicial



A fonte de PS de poucos recursos direciona o paciente estável com ritmo estreito e irregular para suspeita de fibrilação atrial, com regulação para avaliação definitiva, incluindo estratégia de frequência/ritmo e anticoagulação.

Situação	Conduta descrita na fonte
FC muito elevada e paciente tolerando	metoprolol 5 mg IV lento; repetir conforme resposta até 15 mg
Metoprolol contraindicado ou indisponível	fonte propõe amiodarona 300 mg diluída em 100 mL de SG 5% ou SF 0,9%, em 20–60 min
Instabilidade atribuível à arritmia	migrar para estratégia elétrica sincronizada

ESCOPO — Esta apostila aborda a FA apenas no contexto da taquiarritmia aguda na Sala Vermelha. Estratégias completas de anticoagulação, duração da arritmia e cardioversão eletiva exigem protocolo específico.



**PREFEITURA DE
ITARIRI**
O NOVO TEMPO

QRS ESTREITO E IRREGULAR: FIBRILAÇÃO ATRIAL

CONDUTA NO CONTEXTO INICIAL DA SALA VERMELHA

RECONHECER • ESTABILIZAR • CONTROLAR FREQUÊNCIA • REGULAR • TRANSFERIR



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

1 COMO RECONHECER NO ECG?

- Ritmo irregular (intervalos R–R variáveis).
- Ausência de ondas P discerníveis.
- QRS estreito (< 120 ms).
- Frequência geralmente > 100–150 bpm.



Fibrilação atrial
(QRS estreito e irregular)

2 CONDUTA CONFORME A SITUAÇÃO CLÍNICA

Situação	Conduta descrita na fonte	Observações
FC muito irrelevada e paciente tolerando (estável)	Metoprolol 5 mg IV lento. Repetir conforme resposta até 15 mg.	Monitorizar FC, PA e sintomas. Observar contraindicações (asma/DPOC grave, bradicardia, bloqueio AV, IC descompensada).
Metoprolol contraindicado ou indisponível	Amiodarona 300 mg diluída em 100 mL de SG 5% ou SF 0.9%, em 20–60 min.	Monitorizar ECG, PA e sinais de intolerância. Usar conforme protocolo da instituição.
Instabilidade atribuível à arritmia	Migrar para estratégia elétrica sincronizada (cardioversão).	Seguir protocolo de cardioversão com sedoanalgesia quando possível. Acionar regulação/transferência precocemente.

3 PONTOS IMPORTANTES

-  A FA é a causa mais frequente de taquicardia de QRS estreito irregular no dia a dia.
-  Tratar fatores desencadeantes (ex.: hipóxia, sepse, dor, distúrbios hidroeletrólitos).
-  Avaliar necessidade de regulação para avaliação definitiva, incluindo estratégia de frequência/ritmo e anticoagulação.
-  A decisão entre controle de frequência, controle de ritmo e anticoagulação não é abordada em detalhe nesta apostila.

ESCOPO

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Esta apostila aborda a fibrilação atrial apenas no contexto da taquiarritmia aguda na Sala Vermelha. Estratégias completas de anticoagulação, duração da arritmia e cardioversão eletiva exigem protocolo específico.

ESTABILIZE, TRATE AS CAUSAS,
REGULE E GARANTA A CONTINUIDADE DO CUIDADO.

Conhecimento salva vidas. 

9. QRS largo: presuma TV até prova em contrário

A regra de segurança explicitada na fonte operacional é tratar taquicardia de QRS largo como taquicardia ventricular até prova em contrário. O material didático também discute TSV com aberrância e usa aVR e critérios eletrocardiográficos como auxílio, mas a mensagem prática para o serviço de poucos recursos permanece conservadora: na dúvida, priorizar TV.



9.1 TV monomórfica estável

Item	Descrição da fonte operacional
Amiodarona — ataque	300 mg IV (2 ampolas de 150 mg)
Diluição	100 mL de SG 5% ou SF 0,9%
Infusão	20–60 minutos; fonte alerta para não administrar em bolus fora de PCR
Após ataque	transferência imediata para centro de referência



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

QRS LARGO: PRESUMA TV ATÉ PROVA EM CONTRÁRIO

REGRAS DE SEGURANÇA PARA A SALA VERMELHA

IDENTIFICAR • ESTABILIZAR • TRATAR • MONITORIZAR • TRANSFERIR



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro

1 MENSAGEM PRINCIPAL

! QRS LARGO = PRESUMA TV ATÉ PROVA EM CONTRÁRIO

- A regra de segurança da fonte operacional é tratar taquicardia de QRS largo como taquicardia ventricular (TV) até prova em contrário.
- TSV com aberrância pode ocorrer, mas é menos frequente.
- Em serviços de poucos recursos, na dúvida, priorizar TV.

A avaliação clínica, o ECG e critérios adicionais (ex.: aVR) ajudam no diagnóstico, mas não devem atrasar o início do tratamento quando há instabilidade ou dúvida.

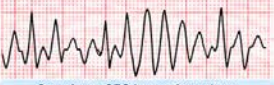
2 EXEMPLOS DE QRS LARGO NO ECG

TV MONOMÓRFICA
(QRS largo e regular)



Complexos QRS largos, regulares e com morfologia uniforme.
Tratar como TV.

TV POLIMÓRFICA
(QRS largo e irregular)



Complexos QRS largos, irregulares e com morfologia variável.
Tratar como TV.

3 AUXÍLIO DIAGNÓSTICO — aVR E OUTROS CRITÉRIOS

aVR



Pistas descritas no material didático

- Presença de R dominante em aVR sugere TV.
- Críticos morfológicos (ex.: Brugada, Vereckei) podem auxiliar na diferenciação.
- Esses critérios ajudam, mas não substituem a conduta prática: na dúvida, tratar como TV.

4 TV MONOMÓRFICA ESTÁVEL — AMIODARONA (FONTE OPERACIONAL)

Item	Descrição da fonte operacional
Amiodarona — ataque	300 mg IV (2 ampolas de 150 mg)
Diluição	100 mL de SG 5% ou SF 0,9%
Infusão	20 – 60 minutos; fonte alerta para não administrar em bolus fora de PCR.
Após ataque	Transferência imediata para centro de referência.



5 TV POLIMÓRFICA OU INSTÁVEL

INSTABILIDADE
(qualquer um dos 4 Ds)

TV POLIMÓRFICA
(ou sem pulso)

Cardioversão
sincronizada imediata

Desfibrilação
não sincronizada
(200 J / carga máxima conforme fonte)

! DIVERGÊNCIA IMPORTANTE ENTRE AS FONTES

O material didático ilustrado apresenta amiodarona 150 mg em 100 mL em 10–20 min para TV monomórfica, enquanto a fonte operacional usa 300 mg em 100 mL em 20–60 min. Não unificamos essas doses nesta etapa; serão revisadas antes do protocolo municipal.

NA DÚVIDA, TRATE COMO TV. SEGURANÇA DO PACIENTE SEMPRE.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

10. TV polimórfica e torsades de pointes



A TV polimórfica é apresentada em todas as fontes como situação de altíssimo risco de deterioração e PCR. Há, porém, uma diferença entre os materiais: a fonte operacional orienta desfibrilação se houver instabilidade ou PCR e magnésio na torsades; já o material didático considera a TV polimórfica uma situação pré-PCR e propõe desfibrilação não sincronizada mesmo quando o paciente ainda se apresenta estável. Esta divergência deve permanecer explícita até a validação do Protocolo Municipal.

Situação	Conduta descrita na fonte operacional
Torsades de pointes	sulfato de magnésio 2 g IV
Diluição	100 mL de SG 5% ou SF 0,9%
Tempo de infusão	15–20 minutos; pode repetir se necessário
TV polimórfica sem torsades	Fonte operacional: preparar desfibrilação se instabilizar ou entrar em PCR; transferência prioritária. Material didático: desfibrilação imediata por considerar situação pré-PCR.

QUANDO CHOCAR — A fonte diferencia TV monomórfica com pulso, que pode ser sincronizada, de TV polimórfica, em que a sincronização pode ser impraticável e a abordagem elétrica é não sincronizada quando indicada.



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

TV POLIMÓRFICA E TORSADES DE POINTES

RECONHECER • TRATAR • PREVENIR • TRANSFERIR

SITUAÇÃO DE ALTO RISCO DE DETERIORAÇÃO E PCR



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro



**SAÚDE
ITARIRI**
CUIDANDO DE VOCÊ SEMPRE

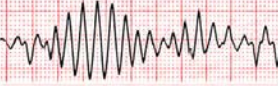
1 MENSAGEM PRINCIPAL

TV POLIMÓRFICA É SITUAÇÃO DE ALTO RISCO DE PCR

- A TV polimórfica é apresentada em todas as fontes como situação de altíssimo risco de deterioração e PCR.
- Há diferença entre os materiais:
 - Fonte operacional:** orienta desfibrilação se houver instabilidade ou PCR e magnésio na torsades.
 - Material didático:** considera a TV polimórfica situação pré-PCR e propõe desfibrilação não sincronizada mesmo quando o paciente ainda está estável.
- Essa divergência deve permanecer explícita até a validação do Protocolo Municipal.

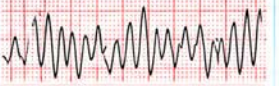
2 EXEMPLOS NO ECG

Torsades de pointes
(TV polimórfica com QT longo)



- Amplitude e eixo dos QRS variam gradualmente (aspecto de "torção das pontas").
- Associada a QT longo e distúrbios eletrolíticos.

TV polimórfica
(sem padrão de torsades)



- Morfologia e amplitude variáveis sem padrão de torção.
- Pode estar associada a isquemia, miocardite, drogas, distúrbios eletrolíticos, entre outras causas.

3 CONDUTA CONFORME A FONTE OPERACIONAL

Situação	Conduta descrita na fonte operacional
Torsades de pointes (TV polimórfica com QT longo)	Sulfato de magnésio 2 g IV Diluição: 100 mL de SG 5% ou SF 0,9% Tempo de infusão: 15–20 minutos; pode repetir se necessário
TV polimórfica sem torsades	Fonte operacional: preparar desfibrilação se instabilizar ou entrar em PCR; transferência prioritária. Material didático: desfibrilação imediata por considerar situação pré-PCR.

4 QUANDO CHOCAR?

TV POLIMÓRFICA
(qualquer etiologia)

- Desfibrilação não sincronizada quando houver instabilidade ou PCR (fonte operacional).
- Material didático considera desfibrilação imediata, mesmo estável (situação pré-PCR).

5 TRATAR FATORES DESENCADEANTES

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

DIVERGÊNCIA IMPORTANTE ENTRE AS FONTES

O material didático propõe desfibrilação imediata para TV polimórfica (mesmo estável), enquanto a fonte operacional orienta desfibrilação se instabilizar ou entrar em PCR e magnésio na torsades. Não unificamos essas condutas nesta etapa; serão revisadas antes do protocolo municipal.

RECONHEÇA, TRATE RAPIDAMENTE E GARANTA A TRANSFERÊNCIA.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Conhecimento salva vidas.

11. Cardioversão x desfibrilação

Característica	Cardioversão sincronizada	Desfibrilação
Sincronização	sim, com detecção do QRS	não
Uso no conjunto de fontes	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

ERRO PERIGOSO — Após cada choque, reavalie o modo do aparelho. As fontes alertam que, se houver evolução para fibrilação ventricular, deve-se desfibrilar e seguir protocolo de PCR quando não houver pulso.

Checklist pós-choque

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARDIOVERSÃO x DESFIBRILAÇÃO

CONCEITOS • INDICAÇÕES • DIFERENÇAS • SEGURANÇA



Equipe Capacitada
Paciente Mais Seguro



SAÚDE ITARIRI
CUIDANDO DE VOCÊ SEMPRE

ESCOLHER O MODO CERTO SALVA VIDAS

Característica	Cardioversão sincronizada	Desfibrilação
Sincronização	Sim, com detecção do QRS	Não
Uso no conjunto de fontes	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 (onda R)	Choque imediato não sincronizado



CARDIOVERSÃO SINCRONIZADA
Choque no momento do QRS (onda R)

Exemplo de ritmos para cardioversão (sincronizada)



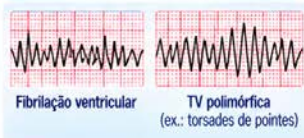
Flutter atrial Fibrilação atrial (taquiarresposta) TV monomórfica (com pulso)

ERRO PERIGOSO

Após cada choque, reavalie o modo do aparelho. As fontes alertam que, se houver evolução para fibrilação ventricular, deve-se desfibrilar e seguir protocolo de PCR quando não houver pulso.

CONFIRA SEMPRE O MODO ANTES DE NOVO CHOQUE.

Exemplos de ritmos para desfibrilação (não sincronizada)



Fibrilação ventricular TV polimórfica (ex.: torsades de pointes)



DESFIBRILAÇÃO
Choque imediato não sincronizado

CHECKLIST PÓS-CHOQUE

-  1. Ritmo e pulso.
-  2. Pressão arterial e perfusão.
-  3. Nível de consciência.
-  4. SpO₂ e padrão respiratório.
-  5. ECG pós-intervenção, se possível.
-  6. Reavaliar necessidade de nova energia, medicamento ou suporte hemodinâmico.
-  7. Manter preparação para transferência.

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Conhecimento salva vidas.

12. Medicamentos essenciais — quadro de estudo das fontes

Fármaco	Uso no material	Dose/forma descrita	Ponto de atenção
Adenosina	TSV regular	6 mg → 12 mg, bolus rápido + flush	há divergência sobre 3ª dose de 18 mg em outra fonte
Metoprolol	TSV refratária/FA estável	5 mg IV lento; até 15 mg	contraindicações listadas no texto
Amiodarona	FA/TV estável	300 mg/100 mL em 20–60 min na fonte operacional	há divergência com 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	monitorização
Morfina	analgesia alternativa	2–4 mg IV lento	monitorização
Etomidato	sedação para cardioversão	0,3 mg/kg IV	fonte destaca perfil hemodinâmico
Midazolam	sedação alternativa	2,5–5 mg IV lento	cautela com hipotensão



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

12. MEDICAMENTOS ESSENCIAIS — QUADRO DE ESTUDO DAS FONTES

CONHECER • USAR COM SEGURANÇA • MONITORIZAR • REAVALIAR



Equipe Capacitada
Paciente Mais Seguro



SAÚDE ITARIRI
CUIDANDO DE VOCÊ SEMPRE

Fármaco	Uso no material	Dose/forma descrita	Ponto de atenção
 Adenosina	TSV regular	6 mg → 12 mg, bolus rápido + flush	 Há divergência sobre 3ª dose de 18 mg em outra fonte.
 Metoprolol	TSV refratária/FA estável	5 mg IV lento; até 15 mg	 Contraindicações listadas no texto (ex.: asma/DPOC grave, bradicardia, bloqueio AV 2º/3º grau, IC descompensada).
 Amiodarona	FA/TV estável	300 mg/100 mL em 20–60 min na fonte operacional	 Há divergência com material didático (ex.: 150 mg/100 mL em 10–20 min).
 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	 Preferido na fonte pela relativa estabilidade hemodinâmica. Monitorização.
 Morfina	analgesia alternativa	2–4 mg IV lento	 Monitorização.
 Etomidato	sedação para cardioversão	0,3 mg/kg IV (~20 mg em 70 kg)	 Fonte destaca menor repercussão hemodinâmica. Monitorização.
 Midazolam	sedação alternativa	2,5–5 mg IV lento	 Cautela com hipotensão. Monitorização.



SEGURANÇA EDITORIAL

Este quadro é um resumo fiel das fontes de trabalho, não uma prescrição institucional definitiva. A versão final do protocolo municipal deverá resolver divergências de dose, diluição, energia e sequência.

USO SEGURO SALVA VIDAS



TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Conhecimento salva vidas. 

13. Transferência via CROSS: estabilizar sem atrasar a regulação

A fonte de PS de pequeno porte considera a transferência parte central do manejo. A comunicação com a regulação deve começar precocemente, inclusive durante a estabilização inicial do paciente grave.

13.1 Informações mínimas para regulação

- Idade e sexo.
- Estável ou instável e quais 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.

13.2 Transporte

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

QUANDO TRANSFERIR — Nas fontes, taquiarritmias graves e TV demandam transferência para centro de referência após a estabilização possível no serviço de origem.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

13. TRANSFERÊNCIA VIA CROSS: ESTABILIZAR SEM ATRASAR A REGULAÇÃO

COMUNICAR • ESTABILIZAR • REGULAR • TRANSFERIR • GARANTIR CONTINUIDADE DO CUIDADO



Equipe Capacitada
Paciente Mais Seguro



SAÚDE ITARIRI
CUIDANDO DE VOCÊ SEMPRE

1 MENSAGEM PRINCIPAL

TRANSFERÊNCIA FAZ PARTE DO MANEJO. COMUNIQUE COM A REGULAÇÃO PRECOCEMENTE.

A fonte de PS de pequeno porte considera a **transferência** parte central do manejo. A comunicação com a regulação deve começar precocemente, inclusive durante a estabilização inicial do paciente grave.



CROSS
CENTRAL DE REGULAÇÃO
DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

REGULAR CEDO SALVA TEMPO, REDUZ RISCOS E SALVA VIDAS.

2 INFORMAÇÕES MÍNIMAS PARA REGULAÇÃO

- Idade e sexo.
- Estável ou instável e quais 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.

3 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 formato **SBAR**.

4 QUANDO TRANSFERIR

Nas fontes, taquiarritmias graves e TV demandam transferência para centro de referência após a estabilização possível no serviço de origem.



MESMO LONGE, O PACIENTE CONTINUA EM CUIDADO.

ESTABILIZE SEM ATRASAR A REGULAÇÃO.

A transferência deve ser organizada de forma segura, com equipe capacitada, monitorização adequada e comunicação clara entre os serviços.

14. Erros de alto risco e armadilhas

Armadilha	Por que importa
Tratar taquicardia sinusal como arritmia primária	pode atrasar o tratamento da causa de base
Definir estabilidade apenas pela PA	dor isquêmica, dispneia e alteração do sensório também são marcadores nas fontes
Esquecer o modo SYNC	pode levar a choque não sincronizado em ritmo com pulso
Atrasar cardioversão para sedar paciente criticamente instável	a fonte orienta sedação se condição e tempo permitirem
Subestimar QRS largo	fonte recomenda presumir TV na dúvida
Administrar amiodarona como bolus fora de PCR	fonte operacional alerta para risco de hipotensão
Não registrar ECG pré/pós	prejudica diagnóstico, transferência e continuidade do cuidado
Não iniciar CROSS precocemente	a logística de longa distância é parte do risco clínico



SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA

14. ERROS DE ALTO RISCO E ARMADILHAS

RECONHECER • EVITAR • TRATAR COM SEGURANÇA • SALVAR VIDAS



Equipe
Capacitada
Paciente
Mais Seguro



SAÚDE
ITARIRI
CUIDANDO DE VOCÊ
SEMPRE

Armadilha	Por que importa	Dica prática
 Tratar taquicardia sinusal como arritmia primária	Pode atrasar o tratamento da causa de base.	 Avalie sempre causas secundárias (febre, dor, hipovolemia, hipóxia, sepse, anemia, ansiedade etc.).
 Definir estabilidade apenas pela PA	Dor isquêmica, dispneia e alteração do sensório também são marcadores nas fontes.	 Avalie o conjunto: PA, sintomas, perfusão, nível de consciência, SpO ₂ e trabalho respiratório.
 Esquecer o modo SYNC	Pode levar a choque não sincronizado em ritmo com pulso.	 Confirme o modo SYNC antes de liberar a energia. Reavalie o modo do aparelho após cada choque.
 Atrasar cardioversão para sedar paciente criticamente instável	A fonte orienta sedação se condição e tempo permitirem.	 Em instabilidade grave, não atrasar a cardioversão. Sedar apenas se houver tempo e equipe preparada.
 Subestimar QRS largo	Fonte recomenda presumir TV na dúvida.	 Na dúvida, trate como TV até prova em contrário.
 Administrar amiodarona como bolus fora de PCR	Fonte operacional alerta para risco de hipotensão.	 Infundir amiodarona em 20–60 min (conforme fonte). Evite bolus fora de PCR.
 Não registrar ECG pré/pós	Prejudica diagnóstico, transferência e continuidade do cuidado.	 Sempre que possível, registre e anexe o ECG pré e pós-intervenção.
 Não iniciar CROSS precocemente	A logística de longa distância é parte do risco clínico.	 Inicie a comunicação com a regulação durante a estabilização inicial.

 **EVITAR ARMADILHAS FAZ PARTE DO CUIDADO.**

Segurança na taquiarritmia:
conhecimento, atenção e trabalho em equipe.

 **MESMO LONGE, É POSSÍVEL FAZER A DIFERENÇA.**



Prevenir erros também salva vidas!

⚠️ LEMBRE-SE

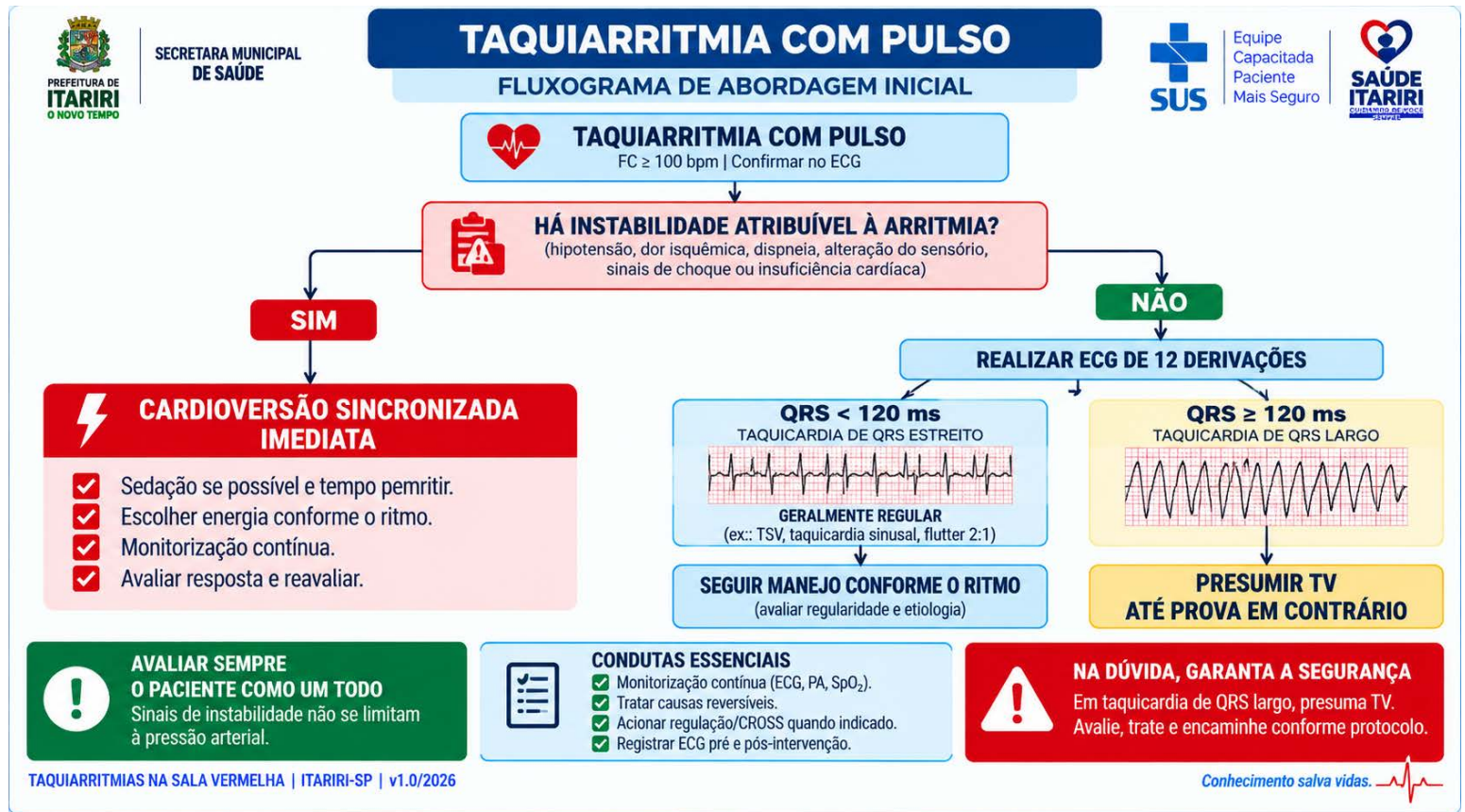
- ☒ Pense na causa.
- ☒ Avalie o paciente como um todo.
- ☒ Confirme o modo do desfibrilador.
- ☒ Não subestime o QRS largo.
- ☒ Monitore e registre.
- ☒ Ative o CROSS precocemente.

 **TRABALHO EM EQUIPE**
PACIENTE MAIS SEGURO

TAQUIARRITMIAS NA SALA VERMELHA | ITARIRI-SP | v1.0/2026

Conhecimento salva vidas. 

15. Algoritmo de bolso — síntese didática



1 — Confirmar pulso e avaliar se a taquicardia é provavelmente a causa da deterioração.
2 — Se instabilidade atribuível à arritmia: preparar cardioversão sincronizada; sedoanalgesia se não atrasar intervenção.
3 — Se estável: ECG de 12 derivações → QRS estreito/largo → regular/irregular.
4 — QRS estreito regular: Valsalva modificada → adenosina conforme fonte → alternativa farmacológica conforme resposta/contraindicações.
5 — QRS estreito irregular: pensar FA e manejar frequência/transferência conforme contexto.
6 — QRS largo: presumir TV até esclarecimento. TV monomórfica estável: seguir estratégia descrita nas fontes. TV polimórfica: reconhecer divergência entre desfibrilação imediata no material didático e choque quando instável/PCR na fonte operacional; torsades estável recebe magnésio na fonte operacional.
7 — Reavaliar após toda intervenção e manter CROSS/transferência como parte do plano.

16. Referências de trabalho fornecidas

1. Protocolo de Manejo de Taquiarritmias em Pronto-Socorro de Pequeno Porte (Cenário de Recurso Limitado) — arquivo fornecido pelo usuário.
2. Conduzindo Taquiarritmias com Segurança — material complementar de aula produzido por Eric Rulli — arquivo fornecido pelo usuário.
3. Compilações e transcrições “Taquiarritmias” fornecidas no projeto, utilizadas como material didático complementar.