

Taquicardia Supraventricular (TSV)

Guia completo para manejo de TSV no pronto-socorro: manobras vagais, adenosina, cardioversão e alta segura. Inclui prescrições práticas, dosagens e orientações.

Paciente típico: Mulher jovem, previamente hígida, com episódio súbito de palpitações rápidas e regulares, associadas a desconforto torácico leve, tontura e sensação de coração acelerado.

? Guia rápido

i Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere início súbito de palpitações há \square horas/minutos, com sensação de coração acelerado e regular. Refere \square episódios prévios semelhantes. Associa desconforto torácico leve, tontura e ansiedade. Nega síncope, dispneia intensa ou dor torácica anginosa. Nega febre ou outros sintomas. Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, lúcida e orientada, ansiosa, taqui. corada, hidratada, anictérica, acianótica.

ACV: Taquicárdica, ritmo regular, bulhas normofonéticas, sem sopros. Pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

AP: Murmúrio vesicular presente bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: Plano, flácido, indolor, sem visceromegalias.

Extremidades: Sem edemas, panturrilhas livres.

HD

- Taquicardia Supraventricular Paroxística

Conduta

- Monitorização contínua + ECG 12 derivações

- Acesso venoso periférico calibroso em fossa cubital

- Manobras vagais (Valsalva modificada)
- Se não reverter: Adenosina 6mg EV em bolus rápido
- Se refratária: Cardioversão elétrica sincronizada
- Após reversão: observação por 2h e alta com orientações
- Dispensado de afastamento do trabalho (se assintomático após reversão)

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

MOVE (Monitorização + O2 se SatO2 < 90% + Venoso + ECG)

MANOBRAS VAGAIS (primeira linha)

- Manobra de Valsalva modificada
- Se não reverter em 2-3 tentativas → prosseguir para adenosina

ADENOSINA (primeira linha farmacológica)

01. Adenosina 6mg/2mL – 01 ampola (2mL), EV em bolus rápido em fossa cubital + flush SF 20mL + elevar membro

- * Se não reverter: repetir com 12mg após 2 minutos
- * Se não reverter: repetir com 18mg após 2 minutos

SE REFRATÁRIA À ADENOSINA (paciente estável)

02. Considerar cardioversão elétrica sincronizada (50-100J)

- * Sedação: Midazolam 0,05-0,1mg/kg EV lento antes do procedimento

SE INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

- Cardioversão elétrica sincronizada imediata (50-100J)

Para casa:

- # Paciente assintomático após reversão, sem necessidade de medicação domiciliar
- # Orientações e retorno em caso de novos episódios

? NO PRONTO-SOCORRO

- **⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS**
 - Monitorização cardíaca contínua imediata

- ECG de 12 derivações durante a taquicardia (antes de qualquer intervenção)
- Acesso venoso periférico calibroso, preferencialmente em fossa cubital
- Oxigenoterapia somente se SatO₂ < 90%
- **Avaliar estabilidade hemodinâmica:**
 - **Paciente ESTÁVEL:** iniciar manobras vagais → adenosina se não reverter
 - **Paciente INSTÁVEL:** cardioversão elétrica sincronizada imediata
- **Critérios de instabilidade:** síncope, rebaixamento do nível de consciência, dor anginosa, PAS < 90mmHg ou sinais de hipoperfusão
- **Sinais de alarme:** FA pré-excitada (Wolff-Parkinson-White), QRS largo com taquicardia irregular, história de cardiopatia estrutural
- **Quando solicitar exames:** eletrólitos (K⁺, Mg²⁺) se suspeita de distúrbio hidroeletrólítico; TSH se suspeita de hipertireoidismo; troponina não é rotineira em TSV (indica mais intolerância à arritmia do que isquemia)

• MANOBRAS VAGAIS

- **Prescrição prática:**
 - Manobra de Valsalva modificada: Paciente sentado a 45°, solicitar contração abdominal sustentada soprando seringa vazia de 20mL por 15 segundos → abaixar cabeceira a 0° e elevar membros inferiores passivamente a 45° por mais 15 segundos
 - Massagem do seio carotídeo: Comprimir uma carótida na região do ângulo da mandíbula por 10 segundos (auscultar antes – se houver sopro, contraindicar)
 - Imersão facial em água fria: Aplicar bolsa fria (10°C) na face por 30-40 segundos (principalmente em crianças)
- **Indicações:**
 - Primeira linha no manejo de TSV estável
 - Pode ser diagnóstica e terapêutica simultaneamente
- **Cuidados:**
 - Taxa de sucesso da Valsalva modificada: 43%
 - Massagem carotídea contraindicada se sopro carotídeo presente (risco de AVC)
 - Evitar pressão ocular (não recomendada por potencial dano)
 - Se falhar após 2-3 tentativas, prosseguir para adenosina

• ADENOSINA (primeira linha farmacológica)

- **Prescrição prática:**
 - Adenosina 6mg/2mL + SF 0,9% 18mL – Preparar 01 seringa com 20mL total, EV em bolus rápido (< 3 segundos) em acesso calibroso de fossa cubital + flush imediato com SF 0,9% 20mL + elevar o membro
 - Segunda dose (se não reverter): Adenosina 12mg + SF 0,9% 18mL após 2 minutos
 - Terceira dose (se não reverter): Adenosina 18mg + SF 0,9% 12mL após 2 minutos
- **Alternativas:**
 - Método clássico: Adenosina 6mg pura em bolus + flush SF 0,9% 20mL com torneira de 3 vias (menos prático)

- **Indicações:**
 - TSV estável que não reverteu com manobras vagais
 - Também pode ser usada quando há dúvida entre TSV e TV (15% das TVs são na verdade TSV, e 10% das TVs revertem com adenosina)
- **Apresentações:**
 - Ampola 3mg/mL – 2mL (6mg/ampola)
- **Via(s):** EV
- **Cuidados:**
 - **Avisar o paciente antes:** causa desconforto intenso transitório (sensação de morte iminente, mal-estar, dispneia, rubor facial, dor torácica) por 10-30 segundos
 - Meia-vida ultracurta (segundos), por isso necessita bolus rápido + flush + elevação do membro
 - Contraindicada em: asmáticos graves (risco de broncoespasmo), bloqueio AV de 2º/3º grau, síndrome do seio doente
 - Efeitos adversos transitórios (< 30 segundos): náuseas, desconforto torácico, dispneia, rubor facial, cefaleia, tontura
 - Taxa de sucesso: ~90% com até 3 doses
 - ECG contínuo durante administração permite visualizar bloqueio AV transitório e identificar ritmo de base (FA, flutter)
 - Reversão para ritmo sinusal sugere TRN (reentrada nodal) ou TAV (reentrada por via acessória)

• CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA

- **Prescrição prática:**
 - Sedação prévia: Midazolam 5mg/mL – 0,05 a 0,1mg/kg (dose habitual: 2-5mg), EV lento
 - Cardioversão sincronizada: 50-100J (monofásico) ou 30-50J (bifásico)
 - Se não reverter: aumentar carga progressivamente até 200J
- **Indicações:**
 - **Instabilidade hemodinâmica** (indicação absoluta e imediata)
 - TSV refratária à adenosina em paciente estável (após falha de 3 doses)
 - Preferência do paciente (quando estável e após consentimento)
- **Cuidados:**
 - Garantir sedação adequada antes do procedimento
 - Modo SINCRONIZADO é essencial (não confundir com desfibrilação)
 - Se sincronização não for possível, pode-se usar choque não sincronizado
 - Adenosina, betabloqueadores e bloqueadores de canal de cálcio são **contraindicados em pacientes instáveis**
 - Dose acima de 200J é segura se necessário

• METOPROLOL (betabloqueador)

- **Prescrição prática:**

- Metoprolol 5mg/5mL – 01 ampola (5mg), EV lento em 3-5 minutos
- Pode repetir a cada 5 minutos se necessário (dose máxima: 15mg)

- **Indicações:**

- Alternativa à adenosina em TSV (menos eficaz, mas útil para controle de FC)
- Controle de frequência ventricular em FA/Flutter

- **Apresentações:**

- Ampola 5mg/5mL

- **Via(s):** EV

- **Cuidados:**

- Contraindicado em: asma/DPOC, IC descompensada, bloqueio AV, bradicardia
- Cautela em pacientes limítrofes hemodinamicamente
- Efeitos adversos: bradicardia, hipotensão, broncoespasmo
- Dose máxima: 15mg em 15 minutos

- **AMIODARONA** (antiarrítmico)

- **Prescrição prática:**

- Amiodarona 150mg/3mL + SG 5% 100mL – EV em 10 minutos
- Manutenção (se necessário): Amiodarona 900mg + SG 5% 500mL – EV em 24h (360mg em 6h + 540mg em 18h)

- **Indicações:**

- TSV refratária em paciente com cardiopatia estrutural
- Não é primeira linha para TSV (preferir adenosina)
- Útil em arritmias que não envolvem o nó AV (FA, Flutter)

- **Apresentações:**

- Ampola 150mg/3mL (50mg/mL)

- **Via(s):** EV

- **Cuidados:**

- Droga de escolha em pacientes com cardiopatia estrutural
- Evitar em: doença do nó sinusal, bloqueios AV, hepatopatias, doenças pulmonares agudas
- Efeitos adversos: bradicardia, hipotensão, bloqueios AV, prolongamento QT, flebite
- Interações com varfarina (reduzir dose em 50%) e diversos outros fármacos
- Infusão lenta para reduzir hipotensão

- **OBSERVAÇÕES PÓS-REVERSÃO**

- Paciente assintomático após reversão pode receber alta após 2 horas de observação
- Não há necessidade de exames complementares de rotina se paciente jovem, sem cardiopatia e primeiro episódio
- Solicitar ECG em ritmo sinusal pós-reversão

- Encaminhar para cardiologia se: episódios recorrentes, cardiopatia conhecida, alterações no ECG basal (pré-excitação, WPW)
- Orientar retorno imediato se novos episódios

? PARA CASA

Pacientes com TSV revertida e assintomáticos geralmente NÃO necessitam de medicação domiciliar. A seguir, medicações para casos específicos:

- **BETABLOQUEADOR** (se episódios recorrentes ou arritmia de base)
 - **Prescrição:** Metoprolol 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h
 - **Indicações:** Profilaxia de novos episódios de TSV em pacientes com episódios recorrentes
 - **Apresentações:** Comprimidos 25mg, 50mg, 100mg
 - **Posologia:** 25-50mg de 12/12h
 - **Cuidados:**
 - Contraindicado em asma/DPOC grave, IC descompensada, bradicardia
 - Monitorizar FC (manter > 50 bpm)
 - Não suspender abruptamente
 - **Alternativa(s):**
 - Propranolol 40mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h
 - Atenolol 25mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x/dia

- **ANSIOLÍTICO** (se sintomas de ansiedade associados)
 - **Prescrição:** Clonazepam 0,5mg – Tomar 01 comprimido, VO, à noite, se ansiedade
 - **Indicações:** Controle de sintomas ansiosos associados aos episódios de palpitação
 - **Apresentações:** Comprimidos 0,5mg, 2mg
 - **Posologia:** 0,5mg à noite ou de 12/12h se necessário
 - **Cuidados:**
 - Evitar uso prolongado (risco de dependência)
 - Não associar com álcool
 - Pode causar sonolência
 - **Alternativa(s):**
 - Alprazolam 0,25mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h, se ansiedade

- **🏠 Orientações ao paciente**
 - **Retornar imediatamente ao pronto-socorro se:**
 - Novo episódio de palpitações que não melhoram em 30 minutos
 - Dor torácica intensa ou sensação de falta de ar importante

- Desmaio ou tontura intensa
- Palpitações associadas a suor frio, palidez ou mal-estar intenso
- **Evolução esperada:**
 - A maioria dos episódios de TSV reverte espontaneamente ou com manobras simples
 - Episódios podem ser recorrentes, principalmente em situações de estresse, cafeína ou exercício intenso
- **Restrições de atividade:**
 - Pode retornar às atividades habituais se assintomático
 - Evitar exercício intenso nas primeiras 24h após o episódio
 - Se episódios recorrentes, aguardar avaliação cardiológica antes de exercícios intensos
- **Orientações de estilo de vida:**
 - Reduzir consumo de cafeína (café, chá preto, refrigerantes, energéticos)
 - Evitar álcool e tabaco
 - Gerenciar estresse (técnicas de respiração, relaxamento)
 - Dormir adequadamente (7-8h por noite)
 - Manter hidratação adequada
- **Seguimento:**
 - Agendar consulta com cardiologista em até 30 dias
 - Se episódios recorrentes: avaliação para estudo eletrofisiológico e possível ablação
 - Levar cópia do ECG durante a crise para a consulta

? CID-10:

- **I47.1:** Taquicardia supraventricular
- **I47.9:** Taquicardia paroxística não especificada
- **I49.8:** Outras arritmias cardíacas especificadas

Revision #7

Created 11 August 2025 20:29:05 by Heric

Updated 26 January 2026 10:47:17 by Heric