

Taquicardia Ventricular (TV)

Guia de Atendimento: Taquicardia Ventricular (TV)

Guia prático de manejo emergencial da TV com prescrições detalhadas, diferenciação diagnóstica e condutas para pacientes estáveis e instáveis no pronto-socorro e alta hospitalar.

Paciente típico: Adulto com cardiopatia estrutural prévia (isquêmica, chagásica, dilatada) ou IAM recente, apresentando palpitações de início súbito, taquicardia de QRS largo ($>120\text{ms}$) e FC >100 bpm, podendo estar hemodinamicamente estável ou evoluir rapidamente para instabilidade.

? Guia rápido

! Clique nos tópicos abaixo para ver detalhes

História clínica típica

História Clínica

Paciente refere palpitações de início súbito há $\square$ minutos/horas, de forte intensidade.

Refere tontura, dispneia aos esforços e precordialgia atípica.

Nega síncope. Nega sudorese fria.

Relata história prévia de cardiopatia [isquêmica/chagásica/dilatada].

Nega alergias medicamentosas.

Exame físico

REG, consciente e orientado, taquicárdico, normocorado, acianótico, hidratado.

ACV: Taquicárdico, bulhas rítmicas ou arrítmicas, sem sopros audíveis.

AR: Murmúrio vesicular preservado bilateralmente, sem ruídos adventícios.

Abdome: Plano, flácido, indolor, sem visceromegalias.

MMII: Sem edemas, pulsos periféricos palpáveis e simétricos.

HD

- Taquicardia Ventricular [Sustentada/Não sustentada] [Monomórfica/Polimórfica]
- [Paciente estável/instável hemodinamicamente]

Conduta

- Admissão imediata em sala de emergência com monitorização contínua
- Avaliação de estabilidade hemodinâmica
- Se instável: cardioversão elétrica sincronizada imediata
- Se estável: considerar cardioversão elétrica ou tratamento farmacológico
- ECG de 12 derivações + investigação de causa-base
- Coleta de exames laboratoriais: eletrólitos, troponina, função renal
- Correção de distúrbios eletrolíticos identificados
- Internação hospitalar para investigação etiológica e avaliação para CDI
- Afastamento médico por 2 dias (geralmente internação prolongada)

Prescrição para paciente típico

No pronto-socorro:

CENÁRIO: TV MONOMÓRFICA ESTÁVEL COM CARDIOPATIA ESTRUTURAL

01. AMIODARONA 150mg/3mL (50mg/mL) – 01 ampola diluída em 100mL de SG5%, EV, em 10 minutos

SE REVERSÃO BEM-SUCEDIDA - MANUTENÇÃO:

02. AMIODARONA 900mg (06 ampolas) em 500mL SG5% – 1mg/min por 6h, depois 0,5mg/min por 18h

SE REFRACTÁRIO À AMIODARONA:

03. LIDOCAÍNA 2% (20mg/mL) – 1mg/kg (2mL conforme peso), EV, em 2-5 minutos

SINTOMÁTICOS SE NECESSÁRIO:

04. Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL de SF0,9%, IM

05. Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL), EV lento, em 3-5 min

Para casa:

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Pacientes com TV sustentada geralmente requerem internação hospitalar e não recebem alta imediata. A prescrição domiciliar só se aplica após estabilização completa, investigação cardiológica e decisão da equipe assistente.

01. Amiodarona 200mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h por 7 dias

Depois tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h por 7 dias

Depois tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia

(Manutenção conforme orientação cardiológica)

02. AAS 100mg ————— 30 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, após café da manhã

03. Carvedilol 6,25mg ————— 60 comprimidos

Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h

(Dose conforme orientação cardiológica)

Para casa (receituário especial):

Não aplicável para alta imediata do PS.

Prescrição de manutenção será definida pela equipe de cardiologia após internação e investigação completa.

? NO PRONTO-SOCORRO

• ⚠ MANEJO E CUIDADOS INICIAIS

- **PRIORIDADE MÁXIMA:** Admissão imediata em sala de emergência, mesmo que paciente esteja estável
- **Monitorização contínua:** ECG, PA, SatO2, FR
- **Avaliação de estabilidade hemodinâmica:** Hipotensão sintomática, alteração do nível de consciência, dor torácica isquêmica, insuficiência cardíaca aguda
- **ECG de 12 derivações:** Confirmação diagnóstica, avaliação de QRS (>120ms), diferenciação entre TV monomórfica e polimórfica
- **Acesso venoso calibroso:** Necessário para medicações e possível cardioversão química
- **Investigação de causa-base:** Distúrbios eletrolíticos (K⁺, Mg²⁺, Ca²⁺), isquemia miocárdica (troponina, ECG), medicações pró-arritmogênicas
- **Exames laboratoriais:** Eletrólitos, função renal, troponina, hemograma, função tireoidiana, magnésio
- **Sinais de alerta (INSTABILIDADE):** PAS <90mmHg, alteração de consciência, dor torácica anginosa, dispneia intensa, sinais de choque
- **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA IMEDIATA se paciente instável:** 100J bifásico sincronizado (pode aumentar progressivamente se insucesso)

- **Considerar cardioversão elétrica mesmo em paciente estável:** É a opção mais segura, mas ponderar risco de sedação
- **Diferenciação TV vs TSV com aberrância:** História de cardiopatia prévia tem VPP >95% para TV; dissociação AV confirma TV; critérios de Brugada, Vereckei ou Santos podem auxiliar
- **TODA taquicardia de QRS largo deve ser tratada como TV até prova em contrário**
- **Correção de fatores precipitantes:** Hipocalemia ($K^+ < 4,0$ mEq/L), hipomagnesemia, isquemia, hipóxia

• ANTIARRÍTMICO DE PRIMEIRA LINHA (TV Monomórfica com Cardiopatia Estrutural)

- **Prescrição prática:**
 - Amiodarona 150mg/3mL (50mg/mL) – 01 ampola diluída em 100mL de SG5%, EV, em 10 minutos (ataque)
 - Amiodarona (manutenção) – 900mg (06 ampolas) em 500mL SG5% – iniciar 1mg/min por 6h, depois 0,5mg/min por 18h
- **Alternativas:**
 - Lidocaína 2% (20mg/mL) – 1mg/kg EV em 2-5 min (baixa taxa reversão 20-30%, preferir em hepatopatas)
- **Indicações:**
 - TV monomórfica sustentada com cardiopatia estrutural conhecida
 - TV estável hemodinamicamente quando se opta por tratamento farmacológico
 - Fração de ejeção reduzida ou insuficiência cardíaca
- **Apresentações:**
 - Ampolas de 150mg/3mL (50mg/mL)
- **Via(s):** □ EV (diluir sempre em SG5%)
- **Cuidados:**
 - **Contraindicações:** Doença do nó sinusal, bloqueios AV avançados, hepatopatia grave, doença pulmonar aguda
 - **Efeitos adversos:** Bradicardia, hipotensão, bloqueios AV, prolongamento QT, flebite
 - **Interações:** Reduzir varfarina em 50% se uso concomitante; múltiplas interações medicamentosas
 - **Monitorização:** ECG contínuo durante infusão, PA frequente
 - **Meia-vida longa:** Efeitos podem persistir por semanas
 - **Diluição obrigatória:** NUNCA administrar em bolus rápido (risco de hipotensão grave e parada)

• ANTIARRÍTMICO DE PRIMEIRA LINHA (TV Monomórfica SEM Cardiopatia Estrutural)

- **Prescrição prática:**
 - Procainamida – 10mg/kg EV a 100mg/min (infusão em 10-20 minutos)

- ⚠ **NÃO DISPONÍVEL NO BRASIL - utilizar Amiodarona mesmo em pacientes sem cardiopatia estrutural**

- **Alternativas:**

- Amiodarona 150mg/3mL – 01 ampola diluída em 100mL SG5%, EV, em 10 min

- **Indicações:**

- TV monomórfica em paciente sem cardiopatia estrutural
- Maior taxa de reversão em curto prazo comparada à Amiodarona

- **Apresentações:**

- Indisponível no Brasil

- **Via(s):** □ EV

- **Cuidados:**

- **Efeitos adversos:** Hipotensão, disritmia, prolongamento QRS >50%
- **Suspender se:** Hipotensão sintomática, QRS aumentar >50% do basal, arritmia acelerar

• **TESTE DIAGNÓSTICO (Diferenciação TV vs TSV)**

- **Prescrição prática:**

- Adenosina 6mg/2mL (3mg/mL) – 01 ampola (2mL), EV em bolus rápido (<3 seg), seguido de flush com 20mL SF0,9%
- Adenosina (2ª dose se necessário) – 12mg (02 ampolas), EV em bolus rápido, após 1-2 min

- **Alternativas:**

- Manobras vagais (antes da adenosina): Valsalva modificada, massagem de seio carotídeo (se sem sopro carotídeo)

- **Indicações:**

- Dúvida diagnóstica entre TV e TSV com aberrância (15% dos casos são TSV)
- Teste terapêutico: 10% das TV revertem com adenosina
- **CUIDADO:** Não rotular como TSV apenas porque reverteu com adenosina

- **Apresentações:**

- Ampolas de 6mg/2mL (3mg/mL)

- **Via(s):** □ EV (bolus rápido essencial)

- **Cuidados:**

- **Contraindicações:** Asma grave, bloqueio AV de 2º ou 3º grau, doença do nó sinusal
- **Efeitos transitórios:** Rubor facial, dispneia, desconforto torácico (duração <30 segundos)
- **Técnica:** Administrar em acesso periférico proximal, bolus muito rápido (<3 seg), flush imediato
- **Dose reduzida:** Se acesso central (3mg inicial)
- **Meia-vida ultra-curta:** <10 segundos

• **ANTIARRÍTMICO ALTERNATIVO**

- **Prescrição prática:**

- Lidocaína 2% (20mg/mL) – Calcular 1mg/kg (para peso de 70kg = 3,5mL), EV, em 2-5 minutos
- **Alternativas:**
 - Amiodarona (primeira escolha na maioria dos casos)
- **Indicações:**
 - TV monomórfica quando Amiodarona contraindicada
 - Paciente com hepatopatia (Amiodarona é contraindicada)
 - Isquemia miocárdica ativa (pode ser preferível à Procainamida)
- **Apresentações:**
 - Ampolas de 2% (20mg/mL) - 5mL
- **Via(s):** ☐ EV
- **Cuidados:**
 - **Baixa eficácia:** Taxa de reversão apenas 20-30%
 - **Contraindicações relativas:** Hepatopatia grave, bloqueios AV avançados
 - **Efeitos adversos:** Hipotensão, depressão respiratória, agitação psicomotora, convulsões, parestesias
 - **Idosos:** Maior susceptibilidade a efeitos adversos (reduzir dose)
 - **Não utilizar como primeira escolha** exceto situações específicas

• TRATAMENTO TV POLIMÓRFICA / TORSADES DE POINTES

- **Prescrição prática:**
 - Sulfato de Magnésio 10% (100mg/mL) – 20mL (2g), EV, em 10 minutos
 - Sulfato de Magnésio (manutenção) – 1 a 4g/hora em infusão contínua até QT normalizar
- **Alternativas:**
 - **Se instável:** Desfibrilação imediata 200J bifásico
 - **Isoproterenol (casos refratários):** 2-10mcg/min EV para acelerar FC basal
- **Indicações:**
 - **TODOS os casos de Torsades de Pointes** (mesmo com Mg sérico normal)
 - TV polimórfica associada a QT longo (QTc >500ms)
 - Prevenção de recorrência após cardioversão de TdP
- **Apresentações:**
 - Ampolas de 10% - 10mL (1g) ou 20mL (2g)
- **Via(s):** ☐ EV
- **Cuidados:**
 - **Meta:** Manter Mg sérico 3,5-5,0 mg/dL até retirada do agente causador
 - **Exceção:** Não elevar níveis em DRC estágio ≥ 4 (risco de toxicidade)
 - **Efeitos adversos:** Hipotensão e flushing (se infusão muito rápida)
 - **Evitar em:** Doença renal grave (clearance reduzido)
 - **Identificar e suspender causa:** Medicamentos que prolongam QT (antiarrítmicos, psicotrópicos, macrolídeos, quinolonas, antifúngicos, ondansetrona, metadona)
 - **Correção de eletrólitos:** K⁺ >4,0 mEq/L, Ca²⁺ normal

- **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA (Tratamento Definitivo)**

- **Indicações:**

- **IMEDIATA se paciente INSTÁVEL:** Hipotensão sintomática, alteração consciência, dor torácica isquêmica, dispneia grave
- **TV monomórfica estável:** Opção mais segura mesmo em pacientes estáveis (ponderar risco sedação)
- **TV polimórfica/TdP que não reverte espontaneamente**
- Falha do tratamento farmacológico

- **Técnica:**

- Cardioversão elétrica **SINCRONIZADA** – 100J bifásico (inicial)
- Aumentar progressivamente: 150J → 200J → 300J → 360J se insucesso
- Se sincronização não possível: realizar choque **NÃO** sincronizado

- **Cuidados:**

- **Sedação apropriada:** Midazolam 0,05-0,1mg/kg EV OU Propofol 0,5-1mg/kg EV (se paciente estável)
- **Pré-oxigenação:** O2 a 100% antes do procedimento
- **Jejum:** Ideal mínimo 4-6h (se condição clínica permitir aguardar)
- **Material de via aérea avançada disponível**
- **Monitorização contínua:** ECG, PA, SatO2
- **Desfibrilador em modo SINCRONIZADO:** Essencial para TV com pulso (evita deflagrar FV)
- **Posicionamento pás:** Anterolateral (esterno-ápice) ou anteroposterior

- **CORREÇÃO DE DISTÚRBIOS ELETROLÍTICOS (Essencial)**

- **Prescrição prática:**

- Cloreto de Potássio 19,1% (2,56mEq/mL) – Diluir conforme déficit em SF0,9% ou SG5%, EV, velocidade máxima 10mEq/h (se periférico) ou 20mEq/h (se central)
- Sulfato de Magnésio 10% – 2g (20mL), EV, em 10-15 minutos, se Mg <1,8 mg/dL
- Gluconato de Cálcio 10% – 10mL (1 ampola), EV lento, se Ca iônico <1,0 mmol/L

- **Indicações:**

- **Hipocalemia:** Manter K+ >4,0 mEq/L (idealmente 4,5-5,0 mEq/L) em pacientes com TV
- **Hipomagnesemia:** Manter Mg >2,0 mg/dL
- **Hipocalcemia:** Corrigir se Ca iônico reduzido

- **Cuidados:**

- **K+ NUNCA em bolus:** Risco de parada cardíaca
- **Velocidade máxima periférico:** 10mEq/h (risco de flebite e dor)
- **Velocidade máxima central:** 20mEq/h
- **Monitorizar:** K+, Mg2+, Ca2+ seriados
- **Avaliar função renal:** Ajustar reposição em insuficiência renal

- **BENZODIAZEPÍNICO (Sedação para Cardioversão)**

- **Prescrição prática:**

- Midazolam 5mg/5mL (1mg/mL) – 0,05-0,1mg/kg (geralmente 3-5mg), EV lento, titulando até sedação adequada
 - Diazepam 10mg/2mL (5mg/mL) – 5-10mg, EV lento, se Midazolam indisponível

- **Indicações:**

- Sedação para cardioversão elétrica sincronizada em paciente estável
 - Ansiedade importante associada

- **Apresentações:**

- Midazolam: ampolas 5mg/5mL ou 15mg/3mL
 - Diazepam: ampolas 10mg/2mL

- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM

- **Cuidados:**

- **Depressão respiratória:** Material de via aérea avançada disponível
 - **Hipotensão:** Infusão lenta e titulada
 - **Antagonista disponível:** Flumazenil (se necessário reversão)
 - **Jejum ideal:** 4-6 horas (risco de aspiração)
 - **Monitorização:** SatO2, FR, PA contínuas

- **ANTIEMÉTICO (Sintomático)**

- **Prescrição prática:**

- Bromoprida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL SF0,9%, IM
 - Ondansetrona 8mg/4mL (2mg/mL) – 01 ampola (4mL) + 16mL SF0,9%, EV lento em 5 min (se náuseas persistentes)

- **Alternativas:**

- Metoclopramida 10mg/2mL (5mg/mL) – 01 ampola (2mL) + 08mL SF0,9%, IM

- **Indicações:**

- Náuseas e vômitos associados (efeito vagal, ansiedade, medicações)

- **Apresentações:**

- Bromoprida: ampolas 10mg/2mL
 - Ondansetrona: ampolas 4mg/2mL ou 8mg/4mL

- **Via(s):** ☐ EV | ☐ IM

- **Cuidados:**

- **Ondansetrona:** Pode prolongar QT (cautela em TV polimórfica por QT longo)
 - **Metoclopramida:** Sintomas extrapiramidais, evitar em jovens
 - **Bromoprida:** Primeira escolha (menos efeitos extrapiramidais que Metoclopramida)

? PARA CASA

⚠ **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:** A maioria dos pacientes com TV SUSTENTADA requer **INTERNAÇÃO HOSPITALAR** para investigação etiológica, estabilização e avaliação para implante de CDI (cardiodesfibrilador implantável). A prescrição domiciliar abaixo aplica-se **SOMENTE** a casos

selecionados após:

- Reversão completa da arritmia
- Investigação cardiológica adequada
- Correção de fatores precipitantes
- Avaliação por cardiologista/arritmologista
- Decisão conjunta da equipe assistente

Para TV NÃO SUSTENTADA (<30 segundos), o foco é tratamento da causa-base e acompanhamento ambulatorial precoce.

• ANTIARRÍTMICO (Manutenção)

- **Prescrição:** Amiodarona 200mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 8/8h por 7 dias; depois 01 comprimido de 12/12h por 7 dias; depois 01 comprimido 1x ao dia (dose manutenção conforme orientação cardiológica)
- **Indicações:** Manutenção após reversão de TV em pacientes com cardiopatia estrutural, aguardando avaliação para CDI
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg e 200mg
- **Posologia:**
 - **Ataque:** 600-800mg/dia (dividido 8/8h ou 12/12h) por 1-2 semanas
 - **Manutenção:** 200-400mg/dia (geralmente 200mg 1x ao dia)
- **Cuidados:**
 - **Monitorização:** TSH, T4 livre, função hepática, radiografia de tórax (toxicidade pulmonar)
 - **Fotossensibilidade:** Usar protetor solar
 - **Interações:** Varfarina (reduzir 50%), digoxina, outros antiarrítmicos
 - **Efeitos adversos crônicos:** Disfunção tireoidiana (hipo/hipertireoidismo), toxicidade pulmonar, hepatotoxicidade, depósitos corneanos
 - **Seguimento ambulatorial:** Cardiologia em 7-15 dias
 - **NUNCA suspender abruptamente** (risco de arritmia de rebote)

• BETABLOQUEADOR (Prevenção Secundária)

- **Prescrição:** Carvedilol 6,25mg – Tomar 01 comprimido, VO, de 12/12h (titular dose conforme orientação cardiológica até dose-alvo)
- **Indicações:**
 - Cardiopatia isquêmica pós-IAM com TV
 - Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida
 - Redução de mortalidade cardiovascular
- **Apresentações:** Comprimidos 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
- **Posologia:**
 - Iniciar 3,125-6,25mg 12/12h
 - Titular gradualmente a cada 1-2 semanas conforme tolerância
 - Dose-alvo: 25mg 12/12h (ou máximo tolerado)

- **Cuidados:**

- **Contraindicações:** Asma grave, DPOC grave, bloqueio AV 2º/3º grau, bradicardia <50bpm, hipotensão sintomática, IC descompensada aguda
- **Titular lentamente:** Iniciar dose baixa e aumentar gradualmente
- **Monitorizar:** FC, PA, sinais de descompensação de IC
- **Nunca suspender abruptamente:** Risco de isquemia de rebote

- **Alternativa(s):**

- Metoprolol 25-50mg – VO, 12/12h (titular até 100-200mg 12/12h)
- Bisoprolol 2,5mg – VO, 1x ao dia (titular até 10mg/dia)

- **ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO (se Cardiopatia Isquêmica)**

- **Prescrição:** AAS 100mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, após café da manhã
- **Indicações:** Cardiopatia isquêmica, pós-IAM, prevenção secundária de eventos cardiovasculares
- **Apresentações:** Comprimidos 100mg
- **Posologia:** 100mg 1x ao dia (uso contínuo)
- **Cuidados:**
 - **Tomar após refeição:** Reduz desconforto gástrico
 - **Contraindicações:** Úlcera péptica ativa, sangramento ativo, alergia a AAS
 - **Interação:** Anticoagulantes (risco hemorrágico aumentado)
 - **Suspender antes de cirurgias:** 7 dias (avaliar risco-benefício)

- **ESTATINA (se Dislipidemia ou Cardiopatia Isquêmica)**

- **Prescrição:** Atorvastatina 40mg – Tomar 01 comprimido, VO, 1x ao dia, à noite
- **Indicações:**
 - Cardiopatia isquêmica (prevenção secundária)
 - Dislipidemia
 - Alto risco cardiovascular
- **Apresentações:** Comprimidos 10mg, 20mg, 40mg, 80mg
- **Posologia:**
 - Prevenção secundária: 40-80mg 1x ao dia
 - Ajustar conforme perfil lipídico
- **Cuidados:**
 - **Administrar à noite:** Maior síntese de colesterol durante sono
 - **Monitorizar:** Perfil lipídico (3 meses), função hepática, CPK (se mialgia)
 - **Efeitos adversos:** Mialgia, elevação transaminases, raramente rabdomiólise
 - **Interações:** Fibratos (↑ risco rabdomiólise), Amiodarona (↑ níveis estatina)
- **Alternativa(s):**
 - Sinvastatina 40mg – VO, 1x ao dia à noite
 - Rosuvastatina 10-20mg – VO, 1x ao dia

- **INIBIDOR DA ECA ou BRA (se Disfunção Ventricular)**

- **Prescrição:** Enalapril 5mg – Tomar 01 comprimido, V0, de 12/12h (titular dose conforme orientação)
- **Indicações:**
 - Disfunção ventricular esquerda (FE <40%)
 - Insuficiência cardíaca
 - Pós-IAM com disfunção de VE
- **Apresentações:** Comprimidos 5mg, 10mg, 20mg
- **Posologia:**
 - Iniciar 2,5-5mg 12/12h
 - Titular até dose-alvo: 10-20mg 12/12h
- **Cuidados:**
 - **Monitorizar:** Função renal, potássio (risco hipercalemia)
 - **Contraindicações:** Estenose bilateral de artéria renal, angioedema prévio, gravidez
 - **Hipotensão:** Iniciar dose baixa, titular gradualmente
 - **Evitar:** AINEs (reduzem eficácia), suplementos de potássio
- **Alternativa(s):**
 - Losartana 50mg – V0, 1x ao dia (BRA, se intolerância a IECA por tosse)
 - Captopril 25mg – V0, de 8/8h (IECA de curta ação)

- **REPOSIÇÃO DE POTÁSSIO (se Hipocalemia)**

- **Prescrição:** Cloreto de Potássio 600mg (8mEq) – Tomar 01-02 comprimidos, V0, de 8/8h ou 12/12h, após refeições (conforme déficit)
- **Indicações:**
 - Hipocalemia (K^+ <3,5 mEq/L)
 - Manutenção em pacientes com tendência à hipocalemia (uso de diuréticos)
 - **Meta:** K^+ entre 4,0-5,0 mEq/L em pacientes com TV
- **Apresentações:** Comprimidos 600mg (8mEq), 400mg (5,4mEq), xarope
- **Posologia:** Conforme déficit (geralmente 16-40 mEq/dia divididos)
- **Cuidados:**
 - **Tomar com alimentos:** Reduz irritação gástrica
 - **Monitorizar K^+ sérico:** Controle em 3-7 dias
 - **Contraindicações:** Hipercalemia, insuficiência renal grave, uso de poupadores de potássio
 - **Cautela:** IECA, BRA, espironolactona (risco de hipercalemia)

- **Orientações ao paciente**

- **RETORNAR IMEDIATAMENTE ao pronto-socorro se:**
 - Palpitações intensas e prolongadas (>5 minutos)
 - Tontura intensa, sensação de desmaio ou síncope
 - Dor torácica

- Dispneia importante em repouso
- Qualquer sintoma de instabilidade hemodinâmica
- **Sinais de alerta (não esperar, procurar PS imediatamente):**
 - Perda de consciência ou quase-desmaio
 - Palpitações com duração >30 segundos
 - Sudorese fria, palidez, extremidades frias
 - Confusão mental ou desorientação
- **Recuperação:**
 - A TV é uma arritmia grave que requer acompanhamento cardiológico rigoroso
 - A maioria dos pacientes necessita internação para investigação completa
 - Pode ser necessário implante de cardiodesfibrilador (CDI) para prevenir morte súbita
- **Restrições de atividade:**
 - **Repouso relativo nas primeiras 48-72h** após alta (se alta for possível)
 - **Evitar esforços físicos intensos** até avaliação cardiológica
 - **Suspensão de direção veicular:** Conforme legislação (geralmente 6 meses após evento, se sem CDI)
 - Retorno gradual às atividades conforme orientação do cardiologista
- **Recomendações gerais:**
 - **Tomar medicações rigorosamente** nos horários prescritos
 - **NÃO suspender medicações** por conta própria (especialmente antiarrítmicos e betabloqueadores)
 - Evitar consumo de álcool
 - Evitar cafeína em excesso (café, energéticos, chás)
 - Suspender tabagismo (essencial)
 - Controle rigoroso de comorbidades (HAS, DM, dislipidemia)
- **Acompanhamento:**
 - **CONSULTA COM CARDIOLOGISTA/ARRITMOLOGISTA:** Em 7-15 dias (PRIORIDADE)
 - Avaliação para implante de CDI
 - Investigação etiológica completa (ecocardiograma, holter 24h, teste ergométrico, cineangiocoronariografia se indicada)
 - Estratificação de risco para morte súbita
- **Afastamento:**
 - Afastamento das atividades habituais geralmente necessário durante investigação e estabilização
 - Duração variável conforme etiologia e evolução

? CID-10:

- **I47.2:** Taquicardia ventricular
- **I49.0:** Fibrilação e flutter ventricular
- **I46.0:** Parada cardíaca com ressuscitação bem-sucedida (se PCR revertida)
- **I25.2:** Infarto do miocárdio antigo (se TV secundária a cardiopatia isquêmica)
- **I42.0:** Cardiomiopatia dilatada (se TV secundária a miocardiopatia)

Revision #9

Created 11 August 2025 21:18:29 by Heric

Updated 17 October 2025 15:43:46 by Heric