



Principais tipos de arritmias cardíacas e seus manejos mais comuns

Thássia Mirelly Xavier de Castro Lisboa , Camilly Vitória Queiroz Lima, Maria Eduarda Gomes Miguel , Thalisson de Oliveira Dias, Fernando José Martins , Rodrigo Marinho Coelho de Medeiros, Maria Alice Oliveira Magalhães Teixeira , Gebes Vanderlei Parente Santos , Camila Strassacapa Chociai, Lucia Rosa Passaglia, Bruno Guilherme Da Silva Lima



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n2p2133-2149>

Artigo publicado em 23 de Fevereiro de 2025

Revisão de literatura

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de caráter crítico e analítico, na pesquisa sobre os principais conceitos no que tange as arritmias cardíacas e seu manejo comum. Foi realizada uma revisão de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Arritmias; Cardiologia; Emergência. Selecionando artigos entre os períodos de 2000 a 2025, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol para ampliar o nível de relevância e a qualidade da revisão, além do embasamento técnico-científico advindo de obras literárias conceituadas pela história. A avaliação das arritmias cardíacas tem como objetivo identificar o local do distúrbio de condução, os ritmos atriais e ventriculares presentes, bem como a interação entre os impulsos atriais e ventriculares. O uso de derivações padrão de ECG é fundamental para a análise detalhada do ritmo cardíaco, sendo as derivações II e V1 as mais indicadas, pois oferecem as amplitudes máximas das ondas P e QRS, facilitando a avaliação da relação entre os impulsos supraventriculares e ventriculares. A avaliação e o manejo das arritmias cardíacas são fundamentais para o diagnóstico e tratamento adequado das condições que afetam o ritmo cardíaco. A utilização de derivadas padrão de ECG, como II e V1, permite uma análise detalhada do distúrbio de condução e facilita a identificação de alterações isquêmicas e rítmicas. A classificação das arritmias, considerando sua origem, frequência e condução do impulso, é essencial para a definição de estratégias terapêuticas eficazes, visando corrigir as causas precipitantes, restaurar o ritmo sinusal e prevenir recaídas.

Palavras-chave: Arritmias; Cardiologia; Emergência.

Main Types of Cardiac Arrhythmias and Their Most Common Management

Abstract

This study is a critical and analytical narrative review on the main concepts related to cardiac arrhythmias and their common management. A review of articles was conducted in the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO) and PubMed, using the following Health Science Descriptors (DeCS): Arrhythmias; Cardiology; Emergency. Articles published between 2000 and 2025 in English, Portuguese, and Spanish were selected to enhance the relevance and quality of the review, as well as the technical-scientific foundation from reputable literary works recognized by history. The evaluation of cardiac arrhythmias aims to identify the location of the conduction disturbance, the present atrial and ventricular rhythms, as well as the interaction between atrial and ventricular impulses. The use of standard ECG leads is essential for a detailed analysis of the heart rhythm, with leads II and V1 being the most suitable as they provide the maximum amplitudes of P and QRS waves, facilitating the assessment of the relationship between supraventricular and ventricular impulses. The evaluation and management of cardiac arrhythmias are crucial for the proper diagnosis and treatment of conditions affecting the heart's rhythm. The use of standard ECG leads, such as II and V1, allows for a detailed analysis of conduction disturbances and aids in identifying ischemic and rhythmic alterations. The classification of arrhythmias, considering their origin, frequency, and conduction of the impulse, is essential for defining effective therapeutic strategies, aiming to correct precipitating causes, restore sinus rhythm, and prevent recurrences.

Keywords: Arrhythmias; Cardiology; Emergency.

Autor correspondente: *Thássia Mirelly Xavier de Castro Lisboa*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



INTRODUÇÃO

As arritmias cardíacas representam distúrbios na regularidade do ritmo cardíaco, sendo causadas por anomalias na geração ou condução dos impulsos elétricos. Esses distúrbios podem se manifestar de forma taquicardia ou bradicardia. Em termos fisiopatológicos, tais alterações estão intimamente ligadas à origem ou à propagação anormal dos impulsos cardíacos, podendo resultar em eventos fatais, seja pela redução no débito cardíaco e perfusão miocárdica ou pelo desenvolvimento de arritmias mais graves (Gaztañaga, et al., 2012; Porta, et al., 2021).

O ritmo cardíaco normal em um adulto em repouso é gerado por impulsos originados no nó sinoatrial, com uma frequência que varia de 60 a 100 batimentos por minuto (bpm). Durante o sono, essa frequência pode diminuir para valores entre 30 e 50 bpm, com a ocorrência de pausas sinusais de até três segundos. Algumas condições como bloqueio sinoatrial, ritmos juncionais e bloqueios atrioventriculares de primeiro e segundo grau, quando apresentados com uma frequência suficiente, podem ser considerados variantes fisiológicas do ritmo cardíaco normal (Porta, et al., 2021; Lara, et al., 2022).

Os impulsos originados no nó sinoatrial percorrem as vias de condução internodal atrial, sendo transmitidos ao nó atrioventricular, onde são temporariamente retardados antes de se propagarem para o miocárdio ventricular por meio do sistema de condução His-Purkinje. Quando ocorrem distúrbios nesse processo, os pacientes frequentemente percebem palpitações, ou têm consciência de um ritmo cardíaco anormalmente rápido ou lento. Sintomas associados à arritmia incluem fraqueza, dispneia, vertigem, síncope e, ocasionalmente, dor torácica. Esses sintomas tendem a ser mais pronunciados em casos de arritmias com frequências cardíacas elevadas, comprometimento da função ventricular ou quando há alterações no tônus autonômico (Eulogio, et al., 2022; Manuel, et al., 2024).

Entretanto, é importante notar que muitos pacientes com arritmias assintomáticas podem não apresentar queixas clínicas, com a condição sendo frequentemente identificada apenas durante exames de rotina. Uma taquiarritmia de

início rápido e prolongado pode evoluir para cardiomiopatia e insuficiência cardíaca congestiva, situações nas quais o tratamento adequado pode restaurar a função ventricular normal. Embora certos sinais clínicos observados durante episódios de arritmia possam auxiliar no diagnóstico médico, o eletrocardiograma (ECG) continua sendo o método padrão para diagnóstico definitivo dessas condições. A utilização de dispositivos como o monitor Holter, que realiza uma gravação contínua do ECG por 24 horas ou mais, ou o uso de monitores de eventos, nos quais o paciente ativa a gravação ao perceber uma anormalidade, são fundamentais para a identificação de arritmias de ocorrência esporádica. A compreensão detalhada dos tipos de arritmias e das principais abordagens diagnósticas e terapêuticas é de fundamental importância na prevenção de complicações cardiovasculares mais graves, destacando-se como um componente essencial na gestão clínica dessas condições (Soto, et al., 2021; Betancur, et al., 2023).

Este estudo tem como objetivo expor as principais informações acerca das arritmias cardíacas e os manejos mais comuns atualmente, de forma simplificada .

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de caráter crítico e analítico, na pesquisa sobre os principais conceitos no que tange as arritmias cardíacas e seu manejo comum. Foi realizada uma revisão de artigos nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Arritmias; Cardiologia; Emergência. Selecionando artigos entre os períodos de 2000 a 2025, nos idiomas Inglês, Português e Espanhol para ampliar o nível de relevância e a qualidade da revisão, além do embasamento técnico-científico advindo de obras literárias conceituadas pela história. Por conta dessas descrições, foram encontrados 1768 artigos, sendo analisados os títulos, resumos e resultados.

Logo, foram empregados filtros a partir de: conter assuntos principais, disponibilidade da versão ampla e completa, conter as palavras-chaves e período de 2000 a 2025. Uma segunda filtração seguiu os parâmetros: (a) período da pesquisa até 25 anos; (b) se possuía todas as palavras-chaves reunidas; (c) a quantidade de citações que o artigo possui; (d) a linguagem adotada na pesquisa; (e) o nível de

evidência do estudo; (f) a composição referencial do trabalho, obtendo assim 461 artigos.

Foram encontrados na SciELO 461 artigos, onde foram excluídos 446 artigos. No PubMed foram encontrados 109 artigos, mas foram excluídos 90 artigos. Totalizando 34 artigos selecionados nas duas bases de dados. Os artigos excluídos foram determinados pela duplicação das bases de dados ou pelas naturezas de metodologia, como: estudos qualitativos e estudos apenas com relatórios transversais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação das arritmias cardíacas tem como objetivo identificar o local do distúrbio de condução, os ritmos atriais e ventriculares presentes, bem como a interação entre os impulsos atriais e ventriculares. O uso de derivações padrão de ECG é fundamental para a análise detalhada do ritmo cardíaco, sendo as derivações II e V1 as mais indicadas, pois oferecem as amplitudes máximas das ondas P e QRS, facilitando a avaliação da relação entre os impulsos supraventriculares e ventriculares. Em situações mais raras, pode ser necessário registrar um traço de ECG por até 60 segundos para uma avaliação completa. Embora as derivações II e V1 não sejam as mais adequadas para a detecção de isquemia miocárdica, a derivação V5 é frequentemente utilizada, pois demonstra aproximadamente 90% das alterações no segmento ST associadas à isquemia, seja anterior, inferior ou posterior. A combinação das derivações II e V5 — com o eletrodo do braço direito posicionado no manúbrio do esterno, o eletrodo do braço esquerdo no xifoide e o eletrodo da perna esquerda em V5 — melhora a precisão no diagnóstico de alterações rítmicas e isquêmicas (Fernández, *et al.*, 2022; Dorantes, *et al.*, 2023).

Essa configuração da derivação I proporciona uma amplitude máxima da onda P, enquanto a derivação II é ideal para a detecção de alterações isquêmicas, oferecendo também a vantagem de reduzir interferências e artefatos elétricos, melhorando a qualidade do diagnóstico. Para garantir um traço de ritmo adequado no ECG, o paciente deve estar em um ambiente confortável, com mínima movimentação corporal, já que a

mobilidade excessiva pode gerar artefatos, simulando uma taquicardia ventricular (Lara, et al., 2022; Rojas, et al., 2024).

As arritmias podem ser classificadas com base em diversas características que são fundamentais para seu diagnóstico e manejo. Primeiramente, a frequência da arritmia pode ser determinada como taquicardia ou bradicardia. A taquicardia é definida pela ocorrência de três ou mais impulsos consecutivos originados do mesmo marca-passo a uma frequência superior a 100 batimentos por minuto (bpm) em adultos, ou seja, em indivíduos com mais de 8 anos de idade. Já a bradicardia é caracterizada pela ocorrência de três ou mais impulsos consecutivos originados do mesmo marca-passo a uma frequência inferior a 60 bpm (Priori, et al., 2022).

Outro critério importante é o ritmo, que pode ser classificado como regular ou irregular, dependendo da uniformidade dos intervalos entre os batimentos cardíacos. A origem do impulso também é uma característica relevante, podendo ser supraventricular, ventricular ou proveniente de um marca-passo artificial, conforme o local de geração do impulso elétrico. A condução do impulso elétrico também desempenha um papel crucial na classificação das arritmias. Ela pode ocorrer de forma atrioventricular, ventrículo-atrial ou até mesmo ser obstruída por bloqueios que afetam o percurso do impulso. Além disso, a frequência ventricular, que diz respeito à quantidade de impulsos elétricos que chegam aos ventrículos, também deve ser observada, pois impacta diretamente a contratilidade cardíaca e a resposta do coração à arritmia. Por fim, fenômenos especiais, como a pré-excitação, em que há uma condução anômala do impulso, também devem ser considerados. Este fenômeno é comumente observado em síndromes como a de Wolff-Parkinson-White, que pode gerar complicações adicionais na condução elétrica do coração. Essas características são essenciais para o diagnóstico preciso das arritmias, permitindo a definição de tratamentos adequados e a melhor abordagem clínica para cada caso (Lorentz, et al., 2011; Inês, et al., 2020).

O manejo de uma arritmia, de maneira geral, concentra-se em três abordagens principais. Primeiramente, é fundamental corrigir as causas precipitantes da arritmia,

como desequilíbrios eletrolíticos (hipocalemia, hipomagnesemia), distúrbios respiratórios (hipercapnia, hipocapnia), hipóxia, alcalose metabólica, ou até envenenamento por drogas ou toxicidade. Em segundo lugar, é necessário restaurar o ritmo sinusal ou, quando não possível, adotar uma terapia supraventricular com frequência ventricular aceitável, visando a estabilização do ritmo cardíaco. Por fim, é importante prevenir recaídas, através de estratégias adequadas de acompanhamento e manejo a longo prazo (Lorga, et al., 2013).

Para o tratamento específico da arritmia, é essencial determinar se a condição se origina de um impulso ectópico, se é uma arritmia sustentada ou se envolve um fenômeno especial. As arritmias ventriculares ectópicas, por exemplo, normalmente têm pouco impacto clínico em indivíduos sem doenças cardíacas. No entanto, elas ganham relevância quando associadas a evidências clínicas de patologia cardíaca. Nessas situações, elas são vistas como um indicativo de doença subjacente, e não como um distúrbio isolado que precisa ser tratado. De fato, o tratamento voltado para a supressão dessas arritmias pode, em alguns casos, estar associado a um aumento na mortalidade, em vez de uma diminuição, reforçando a importância de uma avaliação cuidadosa e individualizada no manejo dessas condições (García, et al., 2015).

O ritmo normal do coração tem origem no nó sinusal, uma estrutura composta por células localizadas na junção do átrio direito e da veia cava superior, com uma interação limitada com outros tecidos cardíacos. As células automáticas presentes no nó sinusal são influenciadas pelo sistema nervoso autônomo, especificamente pelo sistema parassimpático, que regula a frequência cardíaca durante a maior parte das atividades cotidianas e em repouso, e pelo sistema simpático, que aumenta a frequência cardíaca durante o exercício físico. A ativação atrial, responsável pela geração das ondas P no ECG durante o ritmo sinusal normal, propaga-se do nó sinusal para o nó atrioventricular e, em seguida, para os átrios direito e esquerdo. Esse processo resulta em um eixo das ondas P no plano frontal, que pode variar entre 0 e 175 graus. Após a ativação atrial, a atividade elétrica percorre o nó atrioventricular e despolariza os ventrículos, gerando o complexo QRS no ECG (Bonomo, et al., 2012; De Araújo, et al., 2024).

Durante várias décadas, a definição de ritmo sinusal em adultos foi estabelecida para frequências cardíacas entre 60 e 100 bpm. No entanto, diretrizes internacionais mais recentes sugerem que a frequência mínima deve ser de 50 bpm, uma taxa comumente observada em atletas, devido ao maior tônus parassimpático em repouso em comparação com a maioria das pessoas. A taquicardia sinusal é caracterizada pela frequência superior a 100 bpm, enquanto a bradicardia sinusal é definida por uma frequência abaixo de 60 ou 50 bpm. Em crianças, o ritmo sinusal normal tende a ser mais rápido do que em adultos e pode apresentar uma leve irregularidade, com a inspiração temporariamente acelerando a frequência cardíaca e a expiração diminuindo-a. Quando essa variação se torna mais pronunciada, é denominado arritmia sinusal, frequentemente observada em indivíduos jovens com corações normais (Campos, *et al.*, 2023). Em alguns pacientes, particularmente em mulheres, o marca-passo sinusal pode disparar de forma contínua e mais rápida do que o normal, sem a presença de qualquer doença cardíaca estrutural, outras arritmias atriais ou condições como tireotoxicose. Caso essa condição resulte em sintomas, o diagnóstico de taquicardia sinusal inapropriada pode ser atribuído. Para aqueles que necessitam de tratamento, as opções incluem o uso de betabloqueadores ou medicamentos bloqueadores de cálcio, com o objetivo de reduzir a frequência cardíaca. Raramente, intervenções ablativas ou cirúrgicas são necessárias (Scanavacca, *et al.*, 2012).

As taquiarritmias supraventriculares são distúrbios caracterizados por arritmias rápidas, podendo ser regulares ou irregulares, com complexos QRS de origem supraventricular e duração normal, salvo quando distorcidas por um defeito de condução intraventricular. O tipo mais prevalente de taquiarritmia supraventricular é a fibrilação atrial, embora outras variações também sejam comuns, como o flutter atrial, taquicardia atrial, taquicardia atrial multifocal, taquicardia supraventricular paroxística e taquicardia ectópica juncional (Terradellas, *et al.*, 2020; Poletti, *et al.*, 2021).

A frequência atrial no flutter atrial geralmente varia entre 250 e 350 bpm, sendo frequentemente causada por um único circuito reentrante localizado no átrio direito. No flutter atrial tipo 1, o circuito segue no sentido anti-horário ao redor do átrio direito,

enquanto no tipo 2, o processo ocorre no sentido horário. Ao contrário da fibrilação atrial, onde as ondas de atividade elétrica são caóticas e sem coordenação mecânica, no flutter atrial ocorre uma discreta sístole mecânica atrial após cada onda de flutter elétrico, o que torna a embolia arterial rara nesse tipo de arritmia. A regurgitação atrioventricular, comumente observada na fibrilação atrial, não é registrada no flutter atrial (Bun, et al., 2015).

Em um traçado de ECG típico, observa-se um padrão de dente de serra nas derivações II e III, caracterizando um ritmo atrial regular. Nos pacientes não tratados, o bloqueio AV 2:1 resulta em uma frequência ventricular de cerca de 150 bpm. Não há linha isoeletrica entre as ondas P, que podem aparecer invertidas nas derivações II, III e aVF em 70% dos casos (padrão típico ou tipo 1) e retas em 30% dos casos (padrão atípico ou tipo 2). Uma variante do flutter atrial é o flutter/fibrilação, onde a atividade atrial alterna entre esses dois ritmos, aumentando o risco de embolia arterial. O flutter atrial é frequentemente causado por distúrbios que também podem induzir fibrilação atrial. O tratamento de escolha para o flutter atrial é a cardioversão com choque de corrente contínua de baixa voltagem. Embora a anticoagulação prévia não seja geralmente recomendada, exceto quando o paciente alterna entre flutter atrial e fibrilação atrial, há relatos de eventos embólicos após cardioversão para flutter atrial sem anticoagulação, o que levou à revisão dessa recomendação. Se o flutter for prolongado, energias mais altas podem ser necessárias para a conversão. Um estudo com 330 pacientes mostrou uma taxa de conversão mais alta com o uso de 100 J em comparação com 50 J, independentemente da duração da arritmia (Waldo, et al., 2008; Cosio, et al., 2017).

Caso haja um fio de estimulação atrial direita presente, a estimulação atrial rápida por 15 segundos – com duração do ciclo de estimulação de 10 ms menor que a frequência atrial e progressivamente reduzido para 150 ms ou 400 por minuto – também pode converter a arritmia. Para manter o ritmo sinusal após a cardioversão, podem ser necessários antiarrítmicos como procainamida, amiodarona ou verapamil. Alternativamente, o verapamil, digoxina ou amiodarona também podem ser usados para diminuir a frequência ventricular ou converter a arritmia para ritmo sinusal. O verapamil é eficaz na conversão do ritmo sinusal em 10 a 30% dos casos. Embora os

antiarrítmicos usados para manutenção do ritmo sinusal possam converter a arritmia, com taxas de conversão variando entre 30 a 50%, em casos raros, podem aumentar a condução atrioventricular antes que o ritmo reverta, o que pode resultar em uma resposta ventricular de 1:1 e taquicardia, com risco de evoluir para fibrilação ventricular (Granada, et al., 2000; Calvo, et al., 2012).

A taquicardia atrial é um tipo de taquiarritmia supraventricular relativamente incomum, que ocorre devido a circuitos reentrantes ou focos automáticos nos átrios. Em adultos, é mais comumente associada à doença cardíaca intrínseca. Na maioria dos casos, cada batimento atrial anormal é transmitido aos ventrículos, embora, em algumas ocasiões, possa ocorrer bloqueio atrioventricular, como no caso da arritmia conhecida como "TAP (taquicardia atrial paroxística) com bloqueio", que pode ser causada por intoxicação digitalica. A frequência atrial em pacientes com taquicardia atrial varia de menos de 100 até mais de 250 bpm, com uma média de cerca de 150 bpm. Em crianças pequenas, a taxa de batimento é geralmente mais rápida. Nos casos de taquicardia atrial por reentrada, o início e o término dos picos arrítmicos são súbitos, e o paciente pode perceber esses fenômenos. Na taquicardia atrial automática, a arritmia pode aparecer e desaparecer sem as características típicas de uma arritmia paroxística. As ondas P no ECG desses pacientes são idênticas, mas formadas de maneira anormal, indicando a origem não sinusal da ativação atrial. Em alguns pacientes, a forma das ondas P durante a arritmia pode ser quase idêntica à do ritmo sinusal, e nesse contexto, algumas diretrizes classificam essa condição como "reentrada do nódulo sinusal" (Friedmann, et al., 2021).

A adenosina, a amiodarona, e os bloqueadores dos canais de cálcio e beta administrados por via intravenosa são eficazes para converter a maioria dos casos de taquicardia atrial reentrante. A combinação dessas e de outras drogas antiarrítmicas geralmente ajuda a suprimir as recorrências. A amiodarona, a flecainida e as drogas bloqueadoras β -adrenérgicas são especialmente eficazes na supressão da taquicardia atrial automática. A cardioversão e a estimulação auricular podem converter a taquicardia atrial reentrante, mas a cardioversão é ineficaz no caso de taquicardia atrial automática, e a estimulação suprime temporariamente a arritmia (Scuotto, et al., 2015).

A ablação do local de origem da taquicardia atrial com corrente de radiofrequência, utilizando eletrodos-cateteres, pode suprimir o foco da arritmia, independentemente do seu mecanismo. No entanto, a arritmia pode retornar após o tratamento ablativo, com a taquicardia originando-se de outro foco. Em casos refratários, a ablação do nó atrioventricular ou do feixe de His, juntamente com a inserção de um marcapasso ventricular, pode proporcionar uma solução satisfatória para o paciente (Andalft, et al., 2022).

As taquiarritmias originadas nos ventrículos, como a taquicardia ventricular monomórfica e polimórfica, bem como a fibrilação ventricular, são consideradas ameaças à vida, sendo as mais frequentes em adultos quando comparadas a outras taquicardias. A taquicardia ventricular, caracterizada por complexos QRS de morfologia uniforme, é relativamente rara, ocorrendo com maior frequência em homens do que em mulheres. Ela pode se manifestar brevemente como taquicardia ventricular "transitória" ou "não sustentada", com a presença de três ou mais batimentos consecutivos que duram até 30 segundos. Quando a taquicardia ventricular é "sustentada" ou "incessante", ela persiste por mais de 30 segundos ou exige conversão devido à deterioração hemodinâmica (Lorga, et al., 2011).

A doença coronariana crônica é a causa mais comum da taquicardia ventricular monomórfica, embora também ocorra em pacientes com cardiomiopatia, cardiopatia reumática ou sem evidência de cardiopatia estrutural, e até mesmo em alguns casos de outras condições cardíacas. Os pacientes com essa condição frequentemente relatam sensação de coração acelerado, além de poderem desenvolver dor no peito, dispneia, fraqueza e sintomas neurológicos como desmaio. O sinal físico mais característico é uma frequência cardíaca acelerada, associada a uma taquiarritmia aparentemente regular. Outros sinais incluem pressão arterial sistólica variável, ondas A grandes nas veias do pescoço, intensidade variável da primeira bulha e sopros sistólicos, que indicam dissociação atrioventricular, característica de cerca de metade dos casos de taquicardia ventricular sustentada (Lopes, et al., 2024).

O ECG mostra uma taquicardia rápida, regular ou ligeiramente irregular, com complexos QRS mais largos que o normal e aparência de bloqueio de ramo direito ou esquerdo. Os complexos podem ser monomórficos (forma constante) ou polimórficos (forma variável). A dissociação atrioventricular pode ser observada, quando presente, pelas ondas P no ECG. A taquicardia ventricular pode ser diferenciada da taquicardia atrial ou supraventricular com condução aberrante através do histórico clínico, exame físico e uma análise criteriosa do ECG. A taquicardia ventricular é diagnosticada quando a largura dos complexos QRS excede 0,14 s ou quando há dissociação, concordância ou fusão atrioventricular (Jiménez, et al., 2023).

Pacientes com taquicardia ventricular sustentada muitas vezes apresentam sofrimento hemodinâmico grave, incluindo hipotensão e diminuição da função ventricular. A presença de tecido endocárdico ventricular patológico pode fornecer o substrato para a arritmia em casos de cardiopatia estrutural. O estudo eletrofisiológico mostra que a taquicardia ventricular pode ser sustentada por reentrada, atividade desencadeada ou automaticidade. Estímulos de estimulação ventricular programada podem induzir a arritmia em pacientes com taquicardia ventricular sustentada espontânea. A eficácia das drogas antiarrítmicas pode ser avaliada pela sua capacidade de prevenir a indução de taquicardia ventricular sustentada. Nos pacientes sintomáticos com taquicardia ventricular transitória, a estimulação programada dos ventrículos frequentemente interrompe a arritmia. A taquicardia ventricular sustentada ou incessante espontânea pode ser convertida por choque elétrico ou administração de drogas antiarrítmicas intravenosas. Para o tratamento crônico, o estudo eletrofisiológico pode levar à implantação de um cardiodesfibrilador (Rosales, et al., 2025).

A maioria dos pacientes com taquicardia ventricular transitória não necessita de tratamento específico. No entanto, em casos de pacientes com doença cardíaca coronária e função ventricular reduzida, a consideração do uso de um desfibrilador cardioversor implantável deve ser feita, especialmente se uma arritmia potencialmente fatal for induzida durante o estudo eletrofisiológico. O prognóstico de pacientes com taquicardia ventricular recorrente depende da função ventricular. Aqueles sem doença

cardíaca estrutural e com taquicardia ventricular transitória ou sustentada tendem a ter uma melhor sobrevida. Porém, à medida que a função ventricular se deteriora devido a infartos do miocárdio, cardiomiopatia ou outras doenças, o prognóstico piora (Klein, et al., 2024).

CONCLUSÃO

A avaliação e o manejo das arritmias cardíacas são fundamentais para o diagnóstico e tratamento adequado das condições que afetam o ritmo cardíaco. A utilização de derivadas padrão de ECG, como II e V1, permite uma análise detalhada do distúrbio de condução e facilita a identificação de alterações isquêmicas e rítmicas. A classificação das arritmias, considerando sua origem, frequência e condução do impulso, é essencial para a definição de estratégias terapêuticas eficazes, visando corrigir as causas precipitantes, restaurar o ritmo sinusal e prevenir recaídas. O manejo das arritmias deve ser individualizado, levando em conta as particularidades de cada paciente, a fim de oferecer a melhor abordagem clínica e melhorar o prognóstico.

REFERÊNCIAS

ANDALAF, Rogério Braga et al. Taquicardia associada à disfunção ventricular. Causa ou consequência? Descrição de um caso de taquicardiomiopatia por taquicardia atrial perinodal. 2022.

BETENCUR, Yanier. Arritmias cardíacas. Fundamentos para estudantes e profissionais de enfermagem. 2023.

BONOMO, Ana Myriam Sánchez; DE ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira. Abordagem psicológica das arritmias cardíacas: um foco nas emoções. Arritmias Cardíacas - Novas Considerações, 2012.

BUN, Sok-Sithikun et al. Flutter atrial: mais do que um tipo. *European Heart Journal*, v. 36, n. 35, p. 2356-2363, 2015.



CALVO, Naiara et al. Fibrilação atrial e flutter atrial em atletas. *British Journal of Sports Medicine*, v. 46, n. Suppl 1, p. i37-i43, 2012.

CAMPOS, Aline Graciele Henriques et al. Arritmias cardíacas no contexto de pacientes com COVID-19, uma revisão narrativa. *Brazilian Medical Students*, v. 8, n. 11, 2023.

COSIO, Francisco G. Flutter atrial, típico e atípico: uma revisão. *Arrhythmia & Electrophysiology Review*, v. 6, n. 2, p. 55, 2017.

DE ARAÚJO, Francisco Leonardo et al. Transtornos de condução e arritmias cardíacas: aspectos fisiológicos, diagnósticos e terapêuticos. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 7, n. 9, p. e75978-e75978, 2024.

DIAZ TERY, Eulogio et al. Arritmias cardíacas e anestesia. In: ANESTECIEN2022. 2022.

DORANTES, Margarita; MON, Mireya Amoedo. Arritmias cardíacas em algumas cardiopatias congênitas com diagnósticos morfológicos. *Revista Cubana de Pediatria*, v. 52, n. 6, 2023.

FERNÁNDEZ, Ricardo et al. Hipermídia Cardiologia II para o ensino-aprendizagem das arritmias cardíacas nas ciências médicas. *Revista Cubana de Informática Médica*, v. 14, n. 2, 2022.

FRIEDMANN, Antonio Américo. Sobre um caso de taquicardia atrial. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 26, n. 1, p. 28-31, 2021.

GARCÍA, E. Gargallo et al. Arritmias cardíacas em urgências. *Medicine-Programa de Formação Médica Continuada Acreditado*, v. 11, n. 87, p. 5175-5184, 2015.

GAZTAÑAGA, Larraitz; MARCHLINSKI, Francis E.; BETENSKY, Brian P. Mecanismos das arritmias cardíacas. *Revista Espanhola de Cardiologia*, v. 65, n. 2, p. 174-185, 2012.

GRANADA, Juan et al. Incidência e preditores de flutter atrial na população geral. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 36, n. 7, p. 2242-2246, 2000.

INÊS, Paula Ananda Chacon; MARGARIDO, Edson Alves; OLIVEIRA, Ana Carolina Valadão. Síndrome de Wolff-Parkinson-White: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 47, p. e3142-e3142, 2020.

JIMÉNEZ, Rafael Antonio Zambrano; MAHECHA, Freyberon Enrique Niño. Taquicardia ventricular monomórfica não sustentada associada à hipopotassemia por uso de



fludrocortisona: apresentação de caso e revisão da literatura. *Universitas Medica*, v. 64, n. 2, 2023.

KLEIN, Germán Alejandro. Abreviado: Tratamento para prevenir recorrência de taquicardia ventricular. *Cardiology*, v. 26, n. 4, 2024.

LARA, Manlio F. et al. Variabilidade da frequência cardíaca em adultos maiores com arritmias cardíacas. *Revista Médica da Universidade Autónoma de Sinaloa REVMEUAS*, v. 12, n. 3, p. 184-194, 2022.

LOPES, Hugo Bellotti et al. Impacto do mapeamento dos potenciais diastólicos em pacientes chagásicos submetidos à ablação de taquicardia ventricular. *Int. J. Cardiovasc. Sci. (Impr.)*, p. 6-6, 2024.

LORENZ, Michelle Nacur; VIANNA, Bruna Silvano Brandão. Arritmias cardíacas e anestesia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 61, p. 805-813, 2011.

LORGA, Adalberto et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas para serviços de Holter. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 101, p. 101-105, 2013.

LORGA FILHO, Adalberto. Taquicardia ventricular. *Journal of Cardiac Arrhythmias*, v. 24, n. 2, p. 54, 2011.

MANUEL, Victor; LUNA, David Revelo; CHAVES, Javier Andres Muñoz. Classificação das arritmias cardíacas usando redes neurais convolucionais em amostras de ECG. *Revista EIA*, v. 21, n. 41, p. 4105 pp. 1-22, 2024.

POLETTI, Leonardo. Taquicardia supraventricular. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste*, v. 6, p. e29960-e29960, 2021.

PORTA, Andreu et al. Arritmias cardíacas. *Medicine-Programa de Formação Médica Continuada Acreditado*, v. 13, n. 44, p. 2568-2576, 2021.

PRIORI, Silvio Luiz et al. Alterações cardíacas em pacientes durante o primeiro ano de hemodiálise crônica: foco em preditores de fibrilação atrial. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 20, n. 1, p. 6-13, 2022.

ROJAS, Héctor A.; RODRÍGUEZ, Sorelys; NAVARRETE, Luz M. Alterações cardíacas estruturais e eletrocardiográficas em. *Apresentação de Casos Clínicos*, v. 40, n. 1-2, p. 13, 2024.



ROSALES, César Steven Linares et al. Taquicardia ventricular como manifestação de um infarto agudo de miocárdio. *Alerta, Revista Científica do Instituto Nacional de Saúde*, v. 8, n. 1, p. 41-46, 2025.

SCANAVACCA, Mauricio. Novas perspectivas do tratamento das arritmias cardíacas e sua aplicação no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 99, p. 1071-1074, 2012.

SCUOTTO, Frederico; CIRENZA, Cláudio. Taquiarritmias atriais: diagnóstico e tratamento. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, p. 187-193, 2015.

SOTO, Richard et al. Ablação de arritmias cardíacas utilizando um sistema de mapeamento electroanatômico tridimensional no Instituto Nacional Cardiovascular-INCOR. *Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, v. 2, n. 3, p. 150, 2021.

TERRADELLAS, Josep Brugada et al. Guia ESC 2019 sobre o tratamento de pacientes com taquicardia supraventricular. *Revista Espanhola de Cardiologia*, v. 73, n. 6, p. 496-496, 2020.

WALDO, Albert L.; FELD, Gregory K. Inter-relações da fibrilação atrial e flutter atrial: mecanismos e implicações clínicas. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 51, n. 8, p. 779-786, 2008.