

Taquicardia supraventricular e palpitações

Como avaliar a queixa de palpitações no consultório, reconhecer a taquicardia supraventricular no lactente e na criança maior, o que fazer antes da transferência e como seguir o paciente com o cardiologista

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP/AHA, NICE (Oxford e Cambridge), AEP, SIP, Harvard e Johns Hopkins · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A maioria das crianças com **palpitações** tem taquicardia sinusal (febre, ansiedade, anemia, cafeína, energéticos, salbutamol, estimulantes) ou extrassístoles benignas; história, exame e **ECG de 12 derivações** resolvem a maior parte dos casos. A **taquicardia supraventricular (TSV)** é a arritmia sustentada mais comum da infância: FC fixa, em geral ≥ 220 bpm no lactente e ≥ 180 bpm na criança (PALS), QRS estreito, início e término súbitos. No lactente, os sintomas são inespecíficos e a crise prolongada pode causar **insuficiência cardíaca**. Toda TSV em curso é tratada em serviço com monitor: crise em **lactente ou com sinais de má perfusão, síncope ou insuficiência cardíaca** =  **pronto-socorro**. Na criança estável, manobras vagais; se falharem, **adenosina 0,1 mg/kg IV rápida (máx. 6 mg), depois 0,2 mg/kg (máx. 12 mg)**; se instável, **cardioversão sincronizada 0,5–1 J/kg, até 2 J/kg** (PALS 2020, mantido em 2025). Palpitação breve, sem alarme e com ECG normal fica com o pediatra (); TSV documentada, pré-excitação no ECG ou crises recorrentes vão ao cardiologista pediátrico () , que decide entre observação, profilaxia e ablação.

Veja também, nesta Biblioteca: **PALS — Suporte Avançado de Vida em Pediatria** (Urgências e Emergências), **Síncope na Criança e no Adolescente**, **Sopro cardíaco**, **dor torácica e pressão arterial elevada**, **Uso de cafeína por crianças e adolescentes**, **TDAH**, **Ansiedade e depressão na infância e adolescência** e **Anemia ferropriva**.

1. O que é e como se apresenta

Palpitação é a percepção desagradável dos batimentos cardíacos, por serem rápidos, fortes ou irregulares. A queixa é comum no escolar e no adolescente e raramente corresponde a arritmia; o objetivo do pediatra é separar os poucos casos de arritmia real dos muitos casos benignos.

Causas mais frequentes de palpitações

- **Taquicardia sinusal:** febre, dor, desidratação, anemia, hipertireoidismo, ansiedade e pânico; cafeína, energéticos e pré-treino; salbutamol, descongestionantes, estimulantes; drogas ilícitas.
- **Extrassístoles supraventriculares ou ventriculares:** a causa cardíaca mais frequente; em coração estruturalmente normal, isoladas, monomórficas e que **desaparecem com o exercício**, são benignas (AEP, *Pediatria Integral* 2021).
- **Arritmia sinusal respiratória:** fisiológica.
- **Taquiarritmias verdadeiras:** TSV por reentrada (a mais comum), *flutter* e fibrilação atrial (raras sem cardiopatia), taquicardia atrial ectópica e, raramente, taquicardia ventricular.

Taquicardia supraventricular (TSV)

- **Mecanismo:** reentrada por **via acessória** (predomina no lactente; inclui Wolff-Parkinson-White, com pré-excitação no ECG basal) ou **nodal** (mais comum no adolescente).
- **ECG na crise:** FC fixa, em geral ≥ 220 bpm no lactente e ≥ 180 bpm na criança (PALS 2020); QRS estreito; P ausente ou retrógrada; RR regular. A taquicardia sinusal tem FC variável, P visível e causa aparente.
- **Lactente:** achado de consulta ou queixa inespecífica (irritabilidade, palidez, recusa alimentar, sudorese, taquipneia); 23% de uma série espanhola teve insuficiência cardíaca, associada à menor idade e à crise mais longa (Anales de Pediatría 2007).
- **Criança maior:** "coração disparado" abrupto, às vezes com dor torácica, tontura ou pré-síncope, que termina subitamente.
- **História natural:** no lactente, muitas crises cessam no primeiro ano, com possível recorrência mais tarde; na criança maior, tende a persistir.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Palpitações breves, em repouso ou com gatilho evidente (febre, ansiedade, cafeína, salbutamol), sem síncope, sem sintomas ao esforço, sem família de risco; exame e ECG normais (ou extrassístoles isoladas que somem com o exercício)	Tratar a causa; orientar cafeína, energéticos, sono e ansiedade; diário de sintomas; retorno programado
● Moderada	Palpitações de início e término súbitos sugestivas de TSV, já resolvidas, em criança estável; TSV documentada anteriormente; pré-excitação (PR curto e onda delta) no ECG; extrassístoles frequentes, pareadas, polimórficas ou que aumentam com o esforço; palpitações com cardiopatia conhecida ou com família de risco	ECG, e Holter ou monitor de eventos; cardiologia pediátrica prioritária (em até 2–4 semanas) ; afastar esporte competitivo se sintomas ao esforço até a avaliação
● Grave	TSV em curso (FC fixa ≥ 220 bpm no lactente ou ≥ 180 bpm na criança); qualquer taquicardia em lactente ; sinais de má perfusão, hipotensão, alteração de consciência, insuficiência cardíaca (taquipneia, hepatomegalia, sudorese); síncope ou palpitações durante o esforço ; taquicardia de QRS largo; dor torácica com dispneia	Pronto-socorro com monitor e desfibrilador (ver "Como encaminhar"); SAMU 192 se instável

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 1 ano e crise prolongada.
- Pré-excitação (risco de fibrilação atrial pré-excitada muito rápida).

- Cardiopatia congênita (sobretudo operada), miocardite, cardiomiopatia.
- Morte súbita inexplicada em jovem na família (antes dos 40 anos no documento de Síncope desta Biblioteca; antes dos 50 na AHA e na AAP), canalopatia ou cardiomiopatia.
- Hipertireoidismo, estimulantes, drogas, anorexia nervosa com distúrbio eletrolítico.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida: início e término (súbitos sugerem TSV; graduais, taquicardia sinusal); duração; FC contada ou registrada; ritmo regular ou irregular; relação com esforço, emoção, posição ou sono; sintomas associados (dor torácica, tontura, síncope); o que faz a crise parar.

Cafeína e energéticos, pré-treino, medicamentos, drogas, ansiedade, tireoide. Na família: morte súbita, afogamento ou acidente inexplicados em jovens, marca-passo ou desfibrilador, cardiomiopatia, surdez congênita.

Exame físico: FC e ritmo por um minuto, PA com manguito adequado (bolsa $\approx$ 40% da circunferência do braço), sopros, sinais de insuficiência cardíaca, tireoide, palidez, sinais de uso de substâncias.

Exames

- **ECG de 12 derivações** em toda palpitação que não seja claramente sinusal: **pré-excitação** (PR curto e onda delta), QTc, sobrecargas, bloqueios, extrassístoles. ECG normal fora da crise não exclui TSV.
- **Registrar a crise fecha o diagnóstico:** ECG durante o episódio (pedir o traçado **antes** do tratamento, se estável), **Holter de 24–48 h** se sintomas diários, **monitor de eventos** se esporádicos. Relógios e aplicativos não substituem o ECG (UHL/NHS, 2025).
- **Hemograma, TSH e T4 livre, eletrólitos** conforme a suspeita clínica.
- **Ecocardiograma** (pelo cardiologista) na TSV documentada, na pré-excitação e se houver sopro ou disfunção.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: taquicardia sinusal de causa grave (choque, sepse, miocardite — FC desproporcional à febre), taquicardia de QRS largo (ventricular até prova em contrário), *flutter* atrial no recém-nascido, hipertireoidismo, intoxicação por cafeína ou estimulantes, taquicardia postural ortostática (ver Síncope) e pânico — só depois de afastada a arritmia.

4. Tratamento e seguimento

Palpitações benignas (pediatra): explicar, tratar a causa (anemia, febre, tireoide), reduzir cafeína, suspender energéticos e pré-treino, cuidar do sono e da ansiedade. Extrassístoles

isoladas que somem com o esforço, em coração normal, não exigem tratamento nem restrição de esporte.

TSV aguda — o que fazer (em serviço com monitor)

1. **Avaliar estabilidade:** perfusão, PA, consciência. Instável → cardioversão sincronizada imediata.
2. **Estável** → **manobras vagais** (primeira linha no PALS 2020 e 2025):
 - **Lactente:** reflexo de mergulho — bolsa com gelo e água, ou compressa gelada, sobre a face (testa, olhos e nariz) por 15–30 segundos, com monitor; a imersão da face em água gelada por cerca de 5 segundos é mais eficaz, mas exige equipe treinada (RCH Melbourne).
 - **Criança maior:** Valsalva — soprar uma seringa de 10 mL ou o polegar por 10–15 segundos; a **Valsalva modificada** (soprar semissentado e, logo em seguida, deitar com as pernas elevadas a 45°) é mais eficaz (RCH Melbourne).
 - **Não fazer:** compressão dos globos oculares nem massagem do seio carotídeo.
3. **Adenosina** se as manobras falharem e **cardioversão sincronizada** se instável (hipotensão, má perfusão, alteração de consciência) — doses na tabela (PALS 2020; documento PALS desta Biblioteca). Refratária ou recorrente: antiarrítmico com o cardiologista.
4. **Verapamil** é contraindicado em menores de 1 ano (hipotensão grave e parada — RCH Melbourne; o PALS desta Biblioteca o reserva a maiores de 1 ano). Na **fibrilação atrial pré-excitada** (QRS largo, irregular, muito rápido), evitar adenosina, digoxina, verapamil e amiodarona; cardioversão se instável.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Adenosina IV/IO (hospital)	0,1 mg/kg em bolo rápido (máx. 6 mg); 2ª dose 0,2 mg/kg (máx. 12 mg)	2ª dose se a 1ª não reverter	Dose única ou duas doses	Acesso proximal, <i>flush</i> imediato, ECG contínuo; rubor, dispneia e pausa breve são esperados
Cardioversão sincronizada (hospital)	0,5–1 J/kg; depois 2 J/kg	Se não reverter	—	TSV instável; sedação/analgesia se não atrasar
Amiodarona IV (hospital, com especialista)	5 mg/kg em infusão lenta (máx. 300 mg/dose)	—	—	TSV refratária; monitorar PA e QT
Propranolol oral (profilaxia)	Dose definida pelo cardiologista pediátrico	Fracionado ao longo do dia	No lactente, em geral 6–12 meses	Mais usado no lactente; hipoglicemia em jejum, broncoespasmo; não suspender por conta própria
Outros (digoxina, flecainida, sotalol)	Conforme especialista	—	—	Digoxina e verapamil são evitados na pré-excitação

Profilaxia e ablação (cardiologista)

- **Lactente:** em geral recebe profilaxia (propranolol é o mais usado); reduzir de 12 para 6 meses não aumentou a recorrência em coorte finlandesa (Mecklin, 2023); recorrem mais os com Wolff-Parkinson-White ou em associação de drogas.
- **Criança maior com crises raras e bem toleradas:** manobras vagais e plano de ação podem bastar.
- **Ablação por cateter:** tratamento definitivo; em geral acima de 15–20 kg, conforme o centro (ACC 2025).
- **Pré-excitação assintomática:** cardiologista; estratificação e ablação em decisão compartilhada; a pré-excitação isolada não impõe restrição de atividade física (ACC 2025).

O que não fazer: tratar palpitações com betabloqueador ou ansiolítico sem ECG; rotular como ansiedade antes de afastar arritmia; liberar esporte competitivo com síncope ao esforço sem avaliação.

Seguimento pelo pediatra: revisar o plano de ação, ensinar a contar a FC, conferir adesão e efeitos adversos da profilaxia (hipoglicemia com propranolol em jejum ou doença intercorrente); vacinas e puericultura normais.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Qualquer taquicardia sustentada com FC fixa ≥ 220 bpm no lactente ou ≥ 180 bpm na criança.

- Lactente com taquicardia, recusa alimentar, palidez, sudorese, taquipneia ou hepatomegalia.
- Sinais de choque, hipotensão, alteração de consciência, dor torácica ou dispneia durante a crise.
- Síncope ou palpitações **durante o exercício**.
- Taquicardia de QRS largo ou irregular e muito rápida (suspeita de fibrilação atrial pré-excitada).
- Crise que não cede com manobras vagais em até alguns minutos.
- Internação ou cardiologia imediata: primeiro episódio, menores de 3 meses, insuficiência cardíaca, cardioversão ou antiarrítmico venoso (RCH Melbourne).

Como encaminhar

1. Posição de conforto; oxigênio se $SpO_2 < 94\%$ ou desconforto respiratório.
2. Se houver ECG, **registrar o traçado de 12 derivações** sem atrasar a transferência.
3. Criança maior estável e cooperativa: pode-se tentar a Valsalva modificada enquanto aguarda; no lactente, não retardar a transferência.
4. **Instável:** SAMU (192); via aérea e ventilação; RCP se sem sinais de circulação; DEA à mão.
5. Não dar antiarrítmico no consultório sem monitor e desfibrilador.
6. Contatar o destino; relatório com FC, início, manobras, medicamentos e ECG.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Quando o coração disparar, conte os batimentos por 15 segundos e multiplique por 4 (ou use o oxímetro) e anote início e término."
- "Faça a manobra que o cardiologista ensinou; se não passar em poucos minutos, vá ao pronto-socorro e peça o eletrocardiograma **antes** do remédio, se a criança estiver bem."
- "Evite energéticos, pré-treinos e excesso de café, chá-mate e refrigerantes de cola."
- **Pronto-socorro se:** bebê pálido, suado, cansado para mamar ou respirando rápido; coração disparado que não passa; desmaio, dor no peito, falta de ar; palpitação no esporte.
- Retorno após cada crise; não suspender o remédio por conta própria.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS (E SBC)	AAP / AHA	NICE (OXFORD / CAMBRIDGE)	AEP	SIP	HARVARD / JOHNS HOPKINS
Definição e FC da TSV	PALS (documento desta Biblioteca; Diretriz SBC 2019)	≥ 220 bpm lactente, ≥ 180 bpm criança (PALS 2020)	Sem diretriz pediátrica de TSV (Oxford Handbook)	Mesmos critérios	SICP/AIAC 2011: adenosina na crise, betabloqueador na manutenção do lactente	Johns Hopkins: palpitações ≥ 5 min com dor ou palidez merecem avaliação
Manobras vagais	Primeira linha (PALS desta Biblioteca)	Primeira linha na TSV estável (PALS 2020 e 2025)	Sem posição pediátrica; segue o NICE	Valsalva, reflexo de mergulho; sem compressão ocular	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada
Adenosina e cardioversão	0,1 (máx. 6) → 0,2 mg/kg (máx. 12); 0,5–1 → 2 J/kg	Idem (2020; mantido em 2025)	—	Escalonamento além do PALS em alguns protocolos	Adenosina primeira linha	—
Palpitações na atenção primária	Sem documento SBP específico localizado	Sem diretriz AAP específica	NG127: cardiologia se desmaio, palpitações ou morte súbita na família	ECG de 12 derivações é essencial (FAPap)	—	Johns Hopkins: sintomas ao esforço exigem avaliação antes do esporte
Profilaxia e ablação	Com o cardiologista	Ablação é tratamento definitivo; pré-excitação em decisão compartilhada (ACC 2025)	—	Ablação como tratamento padrão da TSV sintomática	Betabloqueador no lactente	Sem posição específica localizada

Leitura: há convergência na sequência manobra vagal → adenosina → cardioversão sincronizada e nas doses do PALS, as mesmas do documento PALS desta Biblioteca. As divergências são de detalhe: protocolos espanhóis escalonam adenosina e energia além do PALS; o Reino Unido não tem diretriz pediátrica própria e usa a NG127 só para o

encaminhamento; e, nos EUA, a pré-excitação assintomática passou da "observação" à decisão compartilhada sobre ablação. Não há documento da SBP dedicado a palpitações.

PONTOS PRÁTICOS

1. FC fixa, sem variação com choro ou repouso, ≥ 220 bpm no lactente ou ≥ 180 bpm na criança é TSV até prova em contrário.
2. Todo lactente com TSV vai ao pronto-socorro, mesmo que pareça bem: pode descompensar em horas.
3. Peça (ou oriente a família a pedir) o ECG durante a crise, antes da adenosina, se a criança estiver estável.
4. Adenosina 0,1 mg/kg (máx. 6 mg) $\rightarrow$ 0,2 mg/kg (máx. 12 mg); cardioversão 0,5–1 $\rightarrow$ 2 J/kg — sempre em ambiente monitorado.
5. Verapamil nunca em menores de 1 ano; digoxina e verapamil são evitados na pré-excitação.
6. Palpitação ou síncope durante o esforço é sinal de alarme: afaste do esporte até a avaliação cardiológica.

8. Fontes

- American Heart Association. Pediatric Tachycardia With a Pulse Algorithm (PALS), 2020. [PDF](#)
- American Heart Association / American Academy of Pediatrics. Part 8 — Pediatric Advanced Life Support, 2025 Guidelines (Pediatrics 2026; Circulation 2025) — consultado por resumo secundário. [Resumo](#)
- Dr. José Roberto Stefani. PALS — Suporte Avançado de Vida em Pediatria (Urgências e Emergências, nesta Biblioteca), 2026.
- The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline — Supraventricular tachycardia (SVT). rch.org.au
- Balaguer Gargallo M et al. Taquicardia paroxística supraventricular en el niño y el lactante. Anales de Pediatría, 2007. analesdepediatria.org
- Sarquella-Brugada G et al. Arritmias más frecuentes en la población infantojuvenil. Pediatría Integral (SEPEAP), 2021. pediatriaintegral.es
- Ortigado Matamala A. Palpitaciones en Pediatría. FAPap (AEPap), 2011. [PDF](#)
- NICE. NG127 — Suspected neurological conditions: recommendations for children aged under 16, 2019 (atualizada). nice.org.uk

- University Hospitals of Leicester (NHS). Palpitations in children, 2025. [PDF](#)
- American College of Cardiology. Clinical Practice Algorithms for Wolff-Parkinson-White Pattern in Pediatric Patients, 2025. [acc.org](#)
- Mecklin M et al. Multicenter cohort study on duration of antiarrhythmic medication for supraventricular tachycardia in infants. Eur J Pediatr, 2023. [link.springer.com](#)
- AIAC / SICP. Policy document — cardiopatie aritmiche pediatriche, 2011. [PDF](#)
- Johns Hopkins Medicine. How to know if your child might have heart issues. [hopkinsmedicine.org](#)
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.