

BMJ Best Practice

Avaliação das palpitações

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Jun 22, 2018

Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	7
Considerações de urgência	7
Sinais de alarme	7
Diagnóstico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Visão geral do diagnóstico diferencial	13
Diagnóstico diferencial	15
Diretrizes de diagnóstico	25
Referências	26
Imagens	29
Aviso legal	32

Resumo

- ◊ As palpitações são definidas como a percepção anormal do próprio batimento cardíaco. É uma queixa comum observada no ambiente ambulatorial em praticamente todas as faixas etárias e demográficas. A maioria das palpitações é resultante de etiologias não arrítmicas que ocorrem durante o ritmo sinusal normal.
Uma parte significativa das palpitações deve-se a doenças cardíacas tratáveis que não apresentam risco de vida. Elas incluem contrações ventriculares prematuras, contrações atriais prematuras e taquicardias supraventriculares, como fibrilação atrial, flutter atrial, taquicardia por reentrada do nó atrioventricular, taquicardia atrial e taquicardia por reentrada atrioventricular ou síndrome de Wolff-Parkinson-White. Ironicamente, o ritmo mais comum observado ao avaliar os pacientes com palpitações é o ritmo sinusal. Pode-se observar uma percepção maior do ritmo normal em situações de estresse físico ou emocional ou associado ao uso de cafeína, álcool ou outros estimulantes. No entanto, ocasionalmente as palpitações são uma manifestação de doenças que apresentam risco de vida, especialmente no caso de uma doença cardíaca estrutural - por exemplo, taquicardia ventricular, que pode causar morte súbita cardíaca. Doenças hereditárias como cardiomiopatia hipertrófica, síndrome de Brugada e síndrome do QT longo, também podem, inicialmente, apresentar-se com palpitações e estão associadas a um risco de morte súbita cardíaca.^[1]
As palpitações associadas a síncope são especialmente preocupantes já que têm maior probabilidade de estarem associadas a arritmias malignas como a taquicardia ventricular (TV), e também devem ser avaliadas com urgência.
A avaliação das palpitações inclui história e exame físico cuidadosos e direcionados, e um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. Os testes adicionais e o tratamento devem se basear na avaliação inicial e incluem o monitoramento eletrocardiográfico em ambulatório e testes eletrofisiológicos.

Etiologia

As palpitações podem ser causadas por distúrbios cardíacos ou não cardíacos.^[2] As etiologias cardíacas são classificadas pelo local de origem e incluem taquicardias ventriculares (TVs) e supraventriculares (TSVs), bem como despolarizações prematuras atriais e ventriculares. As arritmias cardíacas também são comuns no caso de uma doença cardíaca estrutural.^[2] As causas não cardíacas incluem os ataques de pânico, transtorno de ansiedade, anemia, febre, hipertireoidismo, hipoglicemias e desequilíbrio eletrolítico. O transtorno de pânico pode causar palpitações em 20% dos pacientes.^[3] Além disso, muitos pacientes com palpitações têm uma história de ataques de pânico.^[4] No entanto, diagnósticos psiquiátricos, como ataque de pânico ou transtorno de ansiedade, não devem ser aceitos como etiologias únicas de palpitações até que as verdadeiras causas arrítmicas tenham sido descartadas.^{[5] [6]}

Arritmias cardíacas primárias

Taquicardias supraventriculares (TSVs)

- Taquicardia sinusal: a etiologia mais comum de palpitações, definida como uma frequência cardíaca >100 bpm com uma causa identificável como atividade física, estresse ou certos estados patológicos.
- Taquicardia sinusal inapropriada: definida como uma frequência cardíaca de repouso >100 bpm ou uma resposta cardíaca exagerada ao exercício, sem uma etiologia identificável para a taquicardia como gravidez, anemia ou hipertireoidismo. A etiologia é desconhecida, mas pode ser resultante de uma disfunção do sistema nervoso autônomo ou de uma anormalidade do nó sinusal. Uma síndrome relacionada é a síndrome ortostática postural na qual se demonstra uma taquicardia inapropriada em resposta à postura em um teste com mesa inclinável.
- Taquicardia atrial: frequentemente observada em pacientes com uma doença cardíaca estrutural ou no contexto de uma doença aguda, como uma infecção. É muito mais comum em idosos. Alternativamente, ela pode ser descrita como incessante com sintomas que são menos específicos como fadiga e dispneia. Às vezes, a taquicardia atrial incessante pode causar uma cardiomiopatia induzida por taquicardia.
- Flutter atrial: comumente observado em pacientes com fibrilação atrial.
- Fibrilação atrial: frequentemente observada no contexto de insuficiência cardíaca congestiva, valvopatia cardíaca, cardiomiopatia hipertrófica, doença tireoidiana e doença pulmonar. Muito comum em idosos; 5% a 15% das pessoas com 80 anos de idade apresentam fibrilação atrial.
- Taquicardia por reentrada no nó atrioventricular: pode ocorrer em qualquer idade, embora geralmente se apresente no final da terceira e início da quarta década de vida.^[7] As palpitações tipicamente têm início e término abruptos.
- Taquicardia por reentrada atrioventricular: uma taquicardia supraventricular (TSV) reentrante que usa uma via acessória anômala entre os átrios e os ventrículos. Quando evidência dessa via acessória é observada como uma onda delta no eletrocardiograma (ECG) e o paciente tem palpitações, isso é denominado síndrome de Wolff-Parkinson-White. É importante notar que esta condição pode estar presente sem ondas delta visíveis no ECG inicial, por causa do que se convencionou chamar de via acessória "oculta"; isso acontece quando o bypass não conduz na direção anterógrada, e o ventrículo não é pré-excitado. No entanto, a via acessória tem uma condução retrógrada que suportará uma taquicardia reciprocante ortodrómica. Geralmente, a síndrome de Wolff-Parkinson-White se manifesta na adolescência, é observada com maior frequência em homens e está associada a um ligeiro aumento da incidência de morte súbita cardíaca.

Taquicardias ventriculares

- Uma taquicardia ventricular (TV) reentrante causada por cardiomiopatia (muitas vezes resultante de doença arterial coronariana e de um infarto prévio).
- Síndrome de Brugada: uma síndrome hereditária que apresenta um risco associado de morte súbita cardíaca.
- Síndrome do QT longo (SQTL): as palpitações se devem a episódios de TV polimórfica não sustentada, com frequência associada a síncope. Conhecem-se SQTL congênita e adquirida, muitas vezes associada à morte súbita cardíaca. Nas síndromes hereditárias, existem desencadeadores clássicos para os episódios, que dependem do genótipo subjacente. Na SQTL 1, os episódios ocorrem durante o exercício. Na SQTL 2, geralmente eles ocorrem com o despertar do sono ou durante estresse emocional. O prolongamento do QT também pode ser adquirido e é essencial para avaliar os medicamentos do paciente capazes de prolongar o intervalo QT, como antibióticos macrolídeos e fluoroquinolonas, ou determinados antipsicóticos.
- TV idiopática: vários tipos diferentes de TVs idiopáticas, classificados por local de origem. Estes incluem a TV da via de saída do ventrículo direito, TV da via de saída do ventrículo esquerdo e TV idiopática do ventrículo esquerdo, por vezes chamada de TV de Belhassen ou TV sensível a verapamil, que é originada no miocárdio ventricular esquerdo.

Outras causas cardíacas

- Contrações ventriculares prematuras: uma das etiologias mais comuns de palpitações, observada tanto em corações normais como em pacientes com uma doença cardíaca estrutural.
- Contrações atriais prematuras: uma das etiologias mais comuns de palpitações, observada tanto em corações normais como em pacientes com uma doença cardíaca estrutural.

Distúrbios cardíacos estruturais

- Infarto do miocárdio: uma taquicardia ventricular (TV) é geralmente observada nos casos agudos. Uma cicatriz miocárdica de um infarto prévio predispõe o paciente a taquicardia ventricular (TV) decorrente de reentrada, causando palpitações. Pacientes com um infarto do miocárdio prévio, especialmente aqueles que desenvolvem insuficiência cardíaca congestiva, também estão particularmente propensos a desenvolver fibrilação e flutter atriais.[\[8\]](#) [\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Cardiomiopatia dilatada: associada à frequência aumentada da TV e da fibrilação atrial.[\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica: uma síndrome hereditária marcada por hipertrofia ventricular esquerda (HVE) que pode apresentar diversas arritmias que causam palpitações, bem como dispneia ao esforço, quase síncope e síncope. As arritmias podem ser supraventriculares, como fibrilação atrial, contrações ventriculares prematuras, ou ventriculares (geralmente uma TV não sustentada).[\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito: embora rara, frequentemente apresenta palpitações como o sintoma inicial.[\[9\]](#) [\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Prolapso da valva mitral: palpitações, em geral decorrentes de taquicardias supraventriculares, são frequentemente observadas nessa afecção, especialmente na presença de regurgitação mitral significativa.[\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Anomalia de Ebstein (malformação congênita do anel da valva tricúspide): vias acessórias atrioventriculares são associadas a essa doença, muitas vezes causando taquicardia por reentrada atrioventricular.[\[2\]](#) [\[1\]](#)
- Anormalidades valvares (estenóticas ou regurgitantes): geralmente causam um alargamento atrial, que predispõe a fibrilação e flutter atriais.[\[8\]](#) [\[2\]](#) [\[1\]](#)

- Defeitos cardíacos congênitos: defeitos do septo atrial, defeitos do septo ventricular e tetralogia de Fallot reparados ou não reparados podem causar uma TV por reentrada ao redor das cicatrizes cirúrgicas ou taquiarritmias atriais em decorrência de alargamento atrial significativo.[12] [2] [1]
- Pericardite: fibrilação atrial pode ser precipitada, especialmente após uma cirurgia cardíaca.[2] [1]
- Cirurgia cardíaca: toda cirurgia cardíaca que envolve uma incisão, como a punção dos átrios para o início de derivação cardiopulmonar ou exposição da valva mitral, resulta em cicatrização que pode se tornar um substrato para uma taquicardia por reentrada.

Causas não cardíacas

- Transtorno de pânico[2]
- Transtorno de ansiedade[2]
- Anemia[2]
- Febre[2]
- Hipertireoidismo: pode causar uma taquicardia sinusal ou fibrilação atrial[2]
- Feocromocitoma: palpitações associadas a sudorese e cefaleia[2]
- Uso de álcool: o consumo esporádico intenso de álcool (binge drinking) em especial pode causar uma fibrilação atrial[2]
- Medicamentos: os medicamentos que prolongam o intervalo QT podem provocar uma taquicardia ventricular (TV) polimórfica[2]
- Consumo de cafeína: pode aumentar a frequência de contrações ventriculares prematuras e contrações atriais prematuras[2]
- Desequilíbrio eletrolítico: anormalidades eletrolíticas (particularmente hipocalêmia e hipomagnesemias) predispõem os pacientes a várias arritmias, desde contrações atriais e ventriculares prematuras até fibrilação atrial, e muitas vezes incitam e/ou contribuem para a taquicardia ventricular (TV).

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Em algumas situações, indicam-se diagnóstico e tratamento urgentes. Os pacientes com uma taquicardia sustentada (definida como taquicardia com duração >30 segundos) devem ser encaminhados para o serviço apropriado, como o pronto-socorro, e conectados a um monitor cardíaco. Deve-se monitorar a saturação de oxigênio e a pressão arterial e fornecer a ressuscitação apropriada se necessário. Também se deve considerar o monitoramento do débito urinário, especialmente se o paciente estiver hemodinamicamente instável. Um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações deve ser realizado imediatamente. O tratamento ministrado dependerá da arritmia diagnosticada.

Em geral, o primeiro impulso do médico é controlar a arritmia antes de obter um ECG; no entanto, a menos que o paciente esteja hemodinamicamente instável, há tempo suficiente para realizar um eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, que será útil no diagnóstico e tratamento subsequentes.

As palpitações associadas a síncope são especialmente preocupantes já que têm maior probabilidade de estarem associadas a arritmias malignas como a taquicardia ventricular e também devem ser avaliadas com urgência.

Sinais de alarme

- Fibrilação atrial
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)
- Taquicardia ventricular idiopática
- Síndrome do QT longo
- Síndrome de Brugada
- Cardiomiopatia hipertrófica
- Taquicardia ventricular (TV) no caso de outra cardiopatia estrutural

Abordagem passo a passo do diagnóstico

História

Os pontos importantes a serem observados sobre a história incluem:[1]

- Frequência e grau de regularidade das palpitações: as palpitações sustentadas, rápidas e irregulares podem indicar uma fibrilação atrial ou flutter atrial, ao passo que um ritmo rápido e regular indica uma taquicardia supraventricular (TSV) paroxísmica
- Natureza das palpitações: a impressão de vai e vem do peito (flip-flop), muitas vezes descrita como se o coração parasse e voltasse a bater, ou como se pulasse uma batida com a sensação de um batimento pulsante, geralmente indica contrações atriais ou ventriculares prematuras. A sensação de uma rápida vibração no peito pode indicar arritmias atriais ou ventriculares, incluindo a taquicardia sinusal. Os pacientes muitas vezes usam termos como "mecânico" ou "mudar de marcha", que são altamente sugestivos da taquicardia por reentrada no nó atrioventricular ou taquicardia por reentrada atrioventricular. Os sintomas que param abruptamente, especialmente com uma manobra de Valsalva, sugerem um mecanismo por reentrada no qual o nó AV está envolvido (como taquicardia por reentrada no nó atrioventricular ou taquicardia por reentrada atrioventricular). Os sintomas que "simplesmente parecem desaparecer", em geral, são resultantes de uma taquicardia sinusal
- Sensação de pulsação rápida e regular no pescoço: típica de arritmias por reentrada supraventricular, especialmente taquicardia por reentrada no nó atrioventricular. A sensação é resultante da dissociação atrioventricular que produz uma contração dos átrios com as valvas tricúspide e mitral fechadas. A dissociação atrioventricular também pode ser resultante de contrações ventriculares prematuras isoladas ou de taquicardias ventriculares sustentadas (TV)
- Palpitações decorrentes da sensação de pânico: sugerem um diagnóstico de transtorno de pânico, embora muitas vezes seja difícil para o paciente determinar se o sentimento de ansiedade ou de pânico precede ou sucede as palpitações. Alguns transtornos psiquiátricos, como ataques de pânico ou transtorno de ansiedade, são causas comuns de palpitações, mas esses diagnósticos não devem ser aceitos como a única etiologia das palpitações até que sejam descartadas causas verdadeiramente arrítmicas[5] [6]
- Palpitações causadas por exercício (excesso de catecolamina): sugerem uma taquicardia ventricular (TV) idiopática, particularmente as que se originam na via de saída do ventrículo direito.[13] A síndrome do QT longo também pode estar presente com palpitações desencadeadas por exercício vigoroso. As TSVs, especialmente a fibrilação atrial, podem ser induzidas durante o exercício ou no final dele quando a supressão de catecolaminas está associada a um aumento no tônus vagal. É mais comum em homens atléticos da terceira até a sexta década de vida.[14] [15] [16] Palpitações durante o esforço físico mínimo ou estresse emocional também podem indicar uma taquicardia sinusal inadequada. Essa arritmia é caracterizada pelo aumento inappropriado da frequência sinusal. É mais frequentemente observada em mulheres jovens e pode resultar de uma hipersensibilidade ao estímulo beta-adrenérgico
- Palpitações ao acordar (geralmente cedo pela manhã): existe uma associação bem delineada entre fibrilação atrial e apneia obstrutiva do sono, provavelmente em razão da grande variação do tônus simpático e vagal no momento do episódio apneico. A coexistência dessas duas condições deve ser considerada em pacientes com fatores de risco para apneia do sono que acordam com palpitações[17]
- Precipitação por estresse emocional: mais frequentemente causada por ansiedade, mas também pode sugerir síndrome do QT longo com taquicardia ventricular (TV) polimórfica[18]

- Associação com a posição: frequentemente, os pacientes com taquicardia por nó atrioventricular desenvolvem uma arritmia quando se abaixam. Alguns pacientes observam uma sensação pulsante quando se deitam na cama, especialmente na posição supina ou de decúbito lateral esquerdo. Esse sintoma pode ser o resultado de batimentos prematuros, que são mais recorrentes com a frequência cardíaca baixa, e acredita-se que isso corresponda à sensação do ventrículo esquerdo contra a parede torácica
- Tontura, pré-síncope ou síncope: requerem um exame para taquicardia ventricular (TV). Ocasionalmente, ocorre síncope com TSV, especialmente no início da taquicardia[1]
- Pacientes com história de cardiopatia isquêmica ou outra doença cardíaca estrutural apresentam um aumento do risco de morte súbita cardíaca e as queixas de palpitações podem ser decorrentes de contrações ventriculares prematuras e/ou taquicardia ventricular (TV) não sustentada. A etiologia das palpitações deve ser ativamente averiguada, assim como a estratificação do risco para morte súbita cardíaca e tratamento com um cardioversor-desfibrilador implantável, se for indicado
- Pacientes com história de cardiopatia congênita (reparada ou não reparada) são propensos a vários tipos de arritmias. Aqueles com sobrecarga de volume crônica são propensos a terem um alargamento atrial que causa fibrilação, flutter e taquicardia atriais. Pacientes com defeitos do septo ventricular ou tetralogia de Fallot reparados são propensos a terem uma taquicardia ventricular (TV) reentrante em volta do patch do defeito do septo ventricular ou no local do reparo da valva pulmonar no infundíbulo do ventrículo direito no caso de tetralogia de Fallot reparada
- História familiar de arritmia, síncope ou morte súbita por causas cardíacas: sugere uma cardiomiopatia ou uma canalopatia, como a síndrome do QT longo
- História sugestiva de hipertireoidismo, como perda de peso, intolerância ao calor, frequência elevada dos movimentos do intestino
- Uso de álcool
- Consumo excessivo de cafeína
- Estimulantes ou medicamentos contendo estimulantes como pílulas para emagrecer ou outros que prolongam o intervalo QT e causam uma taquicardia ventricular (TV) polimórfica (torsades de pointes) como anti-histamínicos não sedativos (terfenadina, astemizol), antibióticos macrolídeos e fluoroquinolonas, medicamentos antipsicóticos e antidepressivos.

Exame físico

Embora os médicos raramente tenham a oportunidade de examinar um paciente durante um episódio de palpitações, o exame físico é útil para definir as possíveis anormalidades cardiovasculares. Os principais pontos do exame físico incluem:

- Exame de rotina: palidez, febre, sinais de hipertireoidismo, como pele quente e com suor, afinamento do cabelo e da pele, exoftalmias, lagoftalmia, mixedema pré-tibial
- Frequência e ritmo cardíacos
- Pressão arterial
- Pulso venoso jugular: ondas "A" em canhão, observadas como uma protuberância no pescoço (às vezes chamada de sinal do sapo; ocorre quando o átrio se contrai junto com uma valva tricúspide ou mitral fechada) como na dissociação atrioventricular[19] [20]
- Exame cardíaco: um ponto difuso e deslocado lateralmente de impulso máximo indica uma cardiomiopatia dilatada. A auscultação pode revelar o clique mediano sistólico do prolapsus da valva mitral.[10] [11] Um sopro holossistólico forte ouvido na borda esternal esquerda que aumenta com a manobra de Valsalva indica uma cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica. Pode haver sinais de

insuficiência cardíaca congestiva como uma B3. Tanto a estenose como a regurgitação mitral causam o alargamento do átrio esquerdo, o que está associado à fibrilação atrial.

eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações

A avaliação inicial de todos os pacientes com história de palpitações deve incluir um ECG de 12 derivações, o qual pode ter valor diagnóstico se for registrada uma arritmia correlacionada às palpitações. O ECG de 12 derivações também ajuda a restringir o diagnóstico diferencial em pacientes com ritmo sinusal normal.[\[1\]](#)

Os principais pontos a serem observados no ECG incluem:

- Bradicardia: qualquer bradicardia pode ser acompanhada de contrações ventriculares prematuras e palpitações. Em especial, o bloqueio atrioventricular total pode estar associado a contrações ventriculares prematuras, intervalos QT prolongados e torsades de pointes
- Intervalo PR curto e ondas delta: características da síndrome de Wolff-Parkinson-White [\[Fig-1\]](#)
- Intervalo QT prolongado e morfologia anormal da onda T: sugerem síndrome do QT longo [\[Fig-2\]](#)
- Ondas Q septais profundas em I, aVL e V4 a V6: sugerem uma hipertrofia ventricular esquerda (HVE) acentuada em decorrência de uma cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica [\[Fig-3\]](#)
- Força de onda P terminal em V1 mais negativa que 0.04 mV e incisada na derivação II: indica uma hipertrofia ventricular esquerda com anormalidade no átrio esquerdo, que pode predispor a fibrilação atrial [\[Fig-4\]](#)
- Ondas Q: características de um infarto do miocárdio prévio e justificam uma investigação de taquicardia ventricular (TV) sustentada ou não sustentada, bem como fibrilação ou flutter atriais [\[Fig-5\]](#)
- Morfologia dos batimentos ventriculares ectópicos: pode ajudar a distinguir entre dois tipos de taquicardia ventricular (TV) idiopática. As contrações ventriculares prematuras que apresentam uma morfologia de bloqueio do eixo inferior do ramo esquerdo podem ser observadas na TV da via de saída do ventrículo direito, ao passo que a taquicardia ventricular (TV) idiopática do ventrículo esquerdo apresentará contrações ventriculares prematuras com morfologia de bloqueio do ramo direito
- Onda épsilon ou prolongamento localizado do QRS >110 ms de V1 a V3: sugere uma cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito, bem como achados sugerindo uma dilatação do ventrículo direito como inversão da onda T precordial[\[9\]](#)
- Padrões da síndrome de Brugada: o tipo 1 apresenta valor diagnóstico com elevações do ST de >2.0 mm em duas derivações precordiais direitas de V1 a V3, com uma convexidade para cima que produz uma onda T invertida, conhecida como padrão arqueado. Os padrões do tipo 2 e 3 são sugestivos, mas não apresentam valor diagnóstico. Eles são caracterizados por um padrão em sela no qual a elevação do ST desce para a linha basal e depois sobe novamente para uma onda T positiva ou bifásica. O segmento ST é elevado >1 mm no tipo 2 e <1 mm no tipo 3 [\[Fig-6\]](#)
- Pseudo-ondas S na taquicardia por reentrada no nó atrioventricular. [\[Fig-7\]](#)

Testes diagnósticos adicionais

Devem-se realizar testes diagnósticos adicionais para quatro grupos de pessoas:[1] [21]

- Quando a avaliação diagnóstica inicial (história, exame físico e eletrocardiograma [ECG]) sugerir uma causa arrítmica, principalmente se as palpitações estiverem associadas à síncope.[22]
- Aqueles que apresentam alto risco de uma arritmia sem um diagnóstico claro após a avaliação inicial. Isso abrange pessoas com uma doença cardíaca estrutural ou anormalidades do miocárdio incluindo a formação de cicatriz por infarto do miocárdio, cardiomiopatia dilatada idiopática, lesões valvares estenóticas ou regurgitantes clinicamente significativas ou cardiomiopatia hipertrófica; essas condições podem causar arritmias graves, especialmente taquicardia ventricular (TV). Outros pacientes com alto risco incluem aqueles com história familiar de arritmia, síncope ou morte súbita por causas cardíacas (por exemplo, cardiomiopatia ou síndrome do QT longo).[22]
- Pacientes com fatores de risco associados a alto risco de complicações trombóticas da fibrilação atrial nos quais se estabeleceu um diagnóstico de fibrilação atrial precisarão de terapia antitrombótica.
- Pacientes com baixo risco que estão ansiosos para ter uma explicação específica para seus sintomas.

Os métodos de testes adicionais incluem o monitoramento ambulatorial, monitores de eventos implantáveis, exames laboratoriais, estudos por imagem e eletrofisiológicos.

monitoramento ambulatorial

O monitoramento ambulatorio é o método definitivo para diagnosticar arritmias cardíacas como a etiologia das palpitações de um paciente, já que demonstra o ritmo cardíaco do paciente durante os sintomas.

Pacientes com baixo risco devem ter um monitoramento ambulatorio somente se a história sugerir uma arritmia sustentada que seja significativamente incômoda para eles. Mesmo que o paciente tenha um risco baixo e a história seja sugestiva de contrações atriais ou ventriculares prematuras, às vezes é necessário registrar isso para tranquilizá-lo de que suas palpitações têm uma causa benigna. É uma medida altamente terapêutica para pacientes excessivamente preocupados com o seu risco de uma arritmia perigosa.[1] Há vários tipos de sistemas de monitoramento disponíveis:[23]

- Monitoramento com Holter: sistemas de monitoramento de 24 horas que registram e salvam os dados continuamente. São usados por 1 ou 2 dias enquanto o paciente mantém um registro diário da hora e das características dos sintomas. Só são eficazes para pacientes que apresentam episódios diários
- Monitores de eventos ou loop event recorder contínuos: registram os dados continuamente, mas salvam apenas quando ativados manualmente pelo paciente durante um episódio de palpitações. Os modelos mais recentes também registraram automaticamente qualquer episódio de arritmia, seja sintomático ou não. Embora os monitores Holter ainda sejam populares na prática clínica, loop event recorder contínuos em geral apresentam maior custo-benefício e são mais eficazes para a avaliação de palpitações intermitentes.[24] [25] Eles podem ser usados por períodos mais longos que os monitores Holter e têm maior probabilidade de registrar dados durante as palpitações, pois a maioria dos pacientes com palpitações não é sintomática todos os dias. Um período de monitoramento de 2 semanas é suficiente para fazer um diagnóstico em muitos pacientes[26]
- Telemetria ambulatorial contínua móvel: oferece um monitoramento com ECG contínuo e reconhece arritmias de acordo com os algoritmos prescritos. A telemetria contínua oferece maior sensibilidade porque: 1) reconhece arritmias que são assintomáticas, e 2) captura arritmias em pacientes que não são capazes de ativar manualmente um monitor de loop[27]
- Dispositivos eletrônicos pessoais: têm um papel cada vez maior no diagnóstico de palpitações. Muitos relógios inteligentes podem monitorar as frequências cardíacas; a aceleração abrupta

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

do pulso em conjunto com sintomas de palpitações sugere arritmia. Também há dispositivos comercialmente disponíveis que podem registrar um ECG de canal único para avaliar a correlação com os sintomas.^[28]

Monitores de eventos implantáveis

Os monitores de eventos implantáveis são usados para pacientes com palpitações infrequentes, algumas vezes por ano, mas cujas palpitações estejam associadas a sintomas preocupantes como a síncope. Em tais pacientes, pode ser necessário estabelecer um diagnóstico decisivo de um desses raros eventos. Esses pequenos monitores são colocados no tecido subcutâneo pré-peitoral esquerdo e automaticamente armazenarão os ECGs de eventos específicos como taquicardia ou bradicardia extrema, ou assistolia. Todo episódio que o paciente identificar como um episódio de palpitação também será armazenado. Esses ECGs armazenados são então recuperados da memória do dispositivo quando analisados pelo uso de telemetria.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais também podem ser úteis para excluir causas subjacentes específicas:

- TSH: para a avaliação de taquicardia sinusal ou fibrilação atrial
- Hemograma completo: a anemia poderia ser uma explicação para a taquicardia sinusal
- Perfil de eleutrólitos: as anormalidades eletrolíticas (particularmente hipocalêmia e hipomagnesemias) em geral incitam e/ou contribuem para a taquicardia ventricular (TV).

Exames de imagem

Os estudos por imagem que podem ser considerados são:

- Ecocardiograma transtorácico: indicado quando há evidência de cardiopatia isquêmica ou suspeita de doença cardíaca estrutural. É de suma importância para a estratificação do risco dos pacientes quanto a uma etiologia maligna para as palpitações
- Ressonância nuclear magnética (RNM) cardíaca: modalidade para avaliar a estrutura e função cardíacas, muitas vezes com uma fidelidade maior que a ecocardiografia. Tem a vantagem de ser capaz de caracterizar especificamente o tecido cardíaco, o que é especialmente útil para diagnosticar doenças como cardiomiopatia arritmogênica do ventrículo direito ou sarcoidose cardíaca. A cicatrização cardíaca, quando detectada pela RNM, está associada a um aumento do risco de arritmias.

estudos eletrofisiológicos

Os estudos eletrofisiológicos, com ou sem monitoramento ambulatorial precedente, devem ser realizados em duas situações:

- Se as palpitações forem sustentadas ou mal toleradas e se houver evidência de cardiopatia, especialmente com uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo <40%. Pode-se realizar um estudo eletrofisiológico para verificar se as arritmias ventriculares são induzíveis e, nesse caso, o paciente seria candidato a um cardioversor-desfibrilador implantável
- Se for identificada uma arritmia que é tratável com ablação, como flutter atrial, taquicardia de reentrada no nó atrioventricular ou taquicardia de reentrada atrioventricular. Deve-se realizar um estudo eletrofisiológico como parte do diagnóstico de um procedimento de ablação terapêutica.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Taquicardia sinusal

Taquicardia atrial

Flutter atrial

Fibrilação atrial

Taquicardia por reentrada no nó atrioventricular

Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)

Batimento ventricular prematuro

Batimento atrial prematuro

Transtorno de pânico ou de ansiedade

Febre

Hipertireoidismo

Consumo excessivo de álcool (binge drinking)

Cafeína

Medicamentos

Incomum

Taquicardia sinusal inapropriada

Taquicardia ventricular idiopática

Síndrome do QT longo

Síndrome de Brugada

Cardiomiopatia hipertrófica

Taquicardia ventricular (TV) no caso de outra cardiopatia estrutural

Incomum

Feocromocitoma

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Taquicardia sinusal

História	Exame	1º exame	Outros exames
história geralmente vaga; palpitações que parecem desaparecer; sintomas associados ao hipertireoidismo, como perda de peso apesar de aumento do apetite, instabilidade emocional, oligomenorreia; dispneia e fadiga associados decorrentes de anemia; pode se manifestar no caso de episódios de intensa emoção; a cefaleia e o rubor associados podem se dever a um feocromocitoma	pulso regular >100 bpm; exame cardíaco normal; sinais e sintomas de hipertireoidismo (por exemplo, tremor fino, taquicardia, lagoftalmia), anemia (por exemplo, palidez) ou feocromocitoma (hipertensão episódica)	» eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações: complexos QRS regulares com frequência >100 bpm	» hormônio estimulante da tireoide (TSH): reduzido na maioria dos casos de hipertireoidismo » Hemograma completo: Hb reduzida se houver anemia » teste de gravidez: teste de gravidez positivo

◊ Taquicardia atrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de cardiopatia estrutural; associação com uma doença aguda; as palpitações em geral são paroxísticas; palpitações rápidas e regulares com início e término súbitos; sintomas menos específicos, como fadiga e dispneia, podem estar presentes se a taquicardia atrial for incessante	geralmente normal; pode-se observar sinais e sintomas de insuficiência cardíaca ou doença pulmonar como a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou pneumonia	» ECG inicial sem sintomas: geralmente normal; pode-se observar sinais de anormalidades atriais à esquerda (onda P bifásica na derivação V1 ou onda P com duas curvas na derivação II) ou à direita (onda P >2.5 mV na derivação II)	» ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: taquicardia QRS estreita (>100 bpm); onda P ocasionalmente com uma morfologia não sinusal

◊ Flutter atrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
palpitações rápidas e regulares; observada	pode-se observar a vibração do pulso	» ECG inicial sem sintomas:	» ECG ambulatorial ou monitor de

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Comum**◊ Flutter atrial**

História	Exame	1º exame	Outros exames
em pacientes com coração normal, mas é mais frequente naqueles com uma disfunção ventricular esquerda ou uma doença reumática cardíaca; comumente observada em combinação com fibrilação atrial	jugular venoso; intensidade do pulso arterial geralmente normal, mas a frequência ventricular é variável dependendo do grau de bloqueio atrioventricular (AV); sinais de insuficiência cardíaca congestiva e disfunção do ventrículo esquerdo podem estar presentes	normal, mas pode-se observar sinais de anormalidades atriais à esquerda (onda P bifásica na derivação V1 ou onda P com duas curvas na derivação II) ou à direita (onda P >2.5 mV na derivação II)	eventos com sintomas: ondas de flutter em dente de serra rápidas e regulares a 300 bpm com um complexo QRS estreito em alguns múltiplos de 300, ou seja, 150, 100 ou 75 bpm

◊ Fibrilação atrial

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de insuficiência cardíaca congestiva, valvopatia cardíaca, cardiomiopatia hipertrófica/dilatada, pericardite, doença tireoidiana, doença pulmonar, apneia obstrutiva do sono ou flutter atrial; palpitações paroxísticas ou persistentes; frequentemente associada a outros sintomas, como dispneia ou fadiga; ou pode ocorrer após o consumo esporádico intenso de álcool (binge drinking [coração pós-feriado]); comum em idosos (afeta 5% a 15% dos octogenários)	pulso irregularmente irregular; geralmente rápido; se o paciente estiver em um ritmo normal no momento do exame físico, deve-se investigar os sinais de insuficiência cardíaca, doença reumática cardíaca ou doença tireoidiana	» ECG inicial sem sintomas: normal, mas pode-se observar sinais de anormalidades atriais à esquerda (onda P bifásica na derivação V1 ou onda P com duas curvas na derivação II) ou à direita (onda P >2.5 mV na derivação II)	» ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: ritmo irregularmente irregular sem ondas P distintas » hormônio estimulante da tireoide (TSH): pode ser elevado ou reduzido » ecocardiograma: pode mostrar um aumento do átrio esquerdo, regurgitação mitral, disfunção do ventrículo esquerdo

◊ Taquicardia por reentrada no nó atrioventricular

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ocorrer em qualquer idade; mas comumente presente	geralmente normal; durante a arritmia, o pulso é rápido e	» ECG inicial sem sintomas: normal	» ECG ambulatorial ou monitor de eventos com

Comum

◊ Taquicardia por reentrada no nó atrioventricular

História	Exame	1º exame	Outros exames
no final da terceira e início da quarta década de vida;[7] mais comum em mulheres; as palpitações geralmente têm início e término abruptos, são rápidas e regulares, descritas como semelhantes a uma máquina e podem estar acompanhadas de um preenchimento na garganta decorrente das contrações do átrio direito com a valva tricúspide fechada; geralmente terminam com manobras de Valsalva e, às vezes, estão associadas a pré-síncope	regular com uma rápida vibração do pulso de onda venosa jugular		sintomas: taquicardia QRS estreita, às vezes com pseudo-onda R na derivação V1 ou pseudo-onda S nas derivações inferiores [Fig-7]

◊ Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)

História	Exame	1º exame	Outros exames
palpitações rápidas e regulares que podem terminar com manobras de Valsalva; geralmente presente na adolescência; é observada com maior frequência em homens; está associada a um ligeiro aumento da incidência de morte súbita cardíaca	geralmente normal no início; durante as palpitações há um pulso rápido que é regular, exceto quando há fibrilação atrial no caso de WPW e então o pulso é irregular	» ECG inicial sem sintomas: evidência de pré-excitacão com um segmento PR curto (<120 ms) e ondas delta; os pacientes podem ter WPW com uma via acessória oculta que só conduz como ramo retrógrado do circuito da taquicardia, e não é observada no ECG inicial [Fig-1]	» ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: QRS estreito ou largo com ondas P ectópicas; se houver presença de fibrilação atrial, o ECG pode ser extremamente rápido (>200 bpm) com um QRS largo e irregular

Comum

◊ Batimento ventricular prematuro

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente observadas em corações normais; as palpitações são descritas como um batimento prematuro com uma pausa seguida de um batimento "pulsante" ou anormalmente forte, ou simplesmente como um "flip-flop"; pode estar associado ao consumo de cafeína	geralmente normal; o pulso arterial periférico é regular exceto por batimentos prematuros ocasionais, muitas vezes com uma breve pausa no final	»ECG inicial sem sintomas: tipicamente normal	»ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: complexos de QRS largos isolados »ecocardiograma: geralmente normais

◊ Batimento atrial prematuro

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente observado em corações normais; palpitações descritas como se pulassem um batimento geralmente com uma pausa no final ou um breve "flip-flop", pode estar associado à ingestão de cafeína; os sintomas não costumam ser tão intensos quanto batimentos ventriculares prematuros	geralmente normal; o pulso arterial periférico é regular exceto por batimentos prematuros ocasionais, muitas vezes com uma breve pausa no final	»ECG inicial sem sintomas: normal	»ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: ritmo sinusal regular com ondas P prematuras ocasionais, às vezes com uma morfologia diferente das ondas P sinusais »ecocardiograma: geralmente normais

◊ Transtorno de pânico ou de ansiedade

História	Exame	1º exame	Outros exames
as palpitações podem ser precedidas por um evento estressante; formigamento, parestesia e dispneia podem acompanhar as palpitações	o exame físico é inespecífico	»ECG inicial sem sintomas: taquicardia sinusal ou normal	»ECG ambulatorial ou monitor de eventos com sintomas: taquicardia sinusal ou normal

Comum

◊ Febre

História	Exame	1º exame	Outros exames
sudorese, rubor, doença subjacente, por exemplo, gripe (influenza)	temperatura elevada	» nenhuma: o diagnóstico baseia-se na avaliação clínica	

◊ Hipertireoidismo

História	Exame	1º exame	Outros exames
diminuição de peso apesar de aumento do apetite, labilidade emocional, oligomenorreia, intolerância ao calor	perda de peso, hiper-reflexia, taquicardia, fibrilação atrial, tremor fino, pode ser bócio	» eletrocardiograma (ECG): normal, taquicardia ou evidência de fibrilação atrial » testes da função tireoidiana (TFTs): T3 e T4 livre elevados, hormônio estimulante da tireoide (TSH) baixo	

◊ Consumo excessivo de álcool (binge drinking)

História	Exame	1º exame	Outros exames
ingestão significativa de álcool, especialmente com uma história de consumo esporádico intenso de álcool (binge drinking)	a fibrilação atrial pode ser evidente, sinais de intoxicação alcoólica	» nenhuma: o diagnóstico baseia-se na avaliação clínica	» eletrocardiograma (ECG): se houver suspeita de fibrilação atrial clinicamente

◊ Cafeína

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de consumo intenso de cafeína ou relação direta entre o consumo de cafeína e as palpitações	o exame físico é inespecífico	» nenhuma: o diagnóstico baseia-se na avaliação clínica	

Comum**◊ Medicamentos**

História	Exame	1º exame	Outros exames
uso de estimulantes ou medicamentos que prolongam o intervalo QT, como antibióticos fluoroquinolonas ou determinados antipsicóticos	o exame físico é inespecífico	» nenhuma: o diagnóstico baseia-se na avaliação clínica	» eletrocardiograma (ECG): para excluir a síndrome do QT longo adquirida

Incomum**◊ Taquicardia sinusal inapropriada**

História	Exame	1º exame	Outros exames
resposta cardíaca exacerbada ao exercício, sem uma etiologia identificável para a taquicardia, como gravidez, anemia ou hipertireoidismo; geralmente observada em mulheres jovens	normal exceto para pulso rápido e regular >100 bpm	» eletrocardiograma (ECG): normal exceto para uma frequência de repouso >100 bpm	» teste de gravidez: negativo » hormônio estimulante da tireoide (TSH): normal » Hemograma completo: normal

◊ Taquicardia ventricular idiopática

História	Exame	1º exame	Outros exames
palpitações paroxísticas; frequentemente observada no caso de excesso de catecolamina, como exercício vigoroso; pode estar associada à quase síncope; geralmente sem uma história familiar de arritmia	geralmente normal, exceto durante as palpitações quando o paciente pode ter salvas de taquicardias ventriculares (TVs) não sustentadas que se manifestam como um pulso rápido e regular	» ECG (inicial): normal	» monitor de eventos ou ECG em arritmia: taquicardia de complexo largo; quando decorrente de uma taquicardia ventricular (TV) da via de saída do ventrículo direito, tem uma morfologia de bloqueio do ramo esquerdo (BRE)/eixo inferior, quando resultante de uma TV do ventrículo esquerdo, tem um BRE ou bloqueio do ramo direito (BRD) com eixo inferior; a TV do ventrículo esquerdo tem um BRD

Incomum

◊ Taquicardia ventricular idiopática

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>relativamente estreito, em geral com um eixo superior</p> <p>»ecocardiograma: normal</p> <p>»eletrólitos séricos: variáveis; anormalidades eletrolíticas (especialmente hipocalêmia e hipomagnesemia) geralmente incitam e/ ou contribuem para a TV; hipocalêmia e hipomagnesemia frequentemente associadas à torsades de pointes (TV polimórfica com uma morfologia de torção característica ocorrendo no caso de prolongamento do intervalo QT)</p>

◊ Síndrome do QT longo

História	Exame	1º exame	Outros exames
palpitações, geralmente associadas à síncope, podem ser desencadeadas por exercício, febre ou estresse emocional; a história de medicamentos inclui medicamentos que prolongam o QT, como antibióticos fluoroquinolonas ou determinados antipsicóticos	tipicamente normal	<p>»ECG inicial sem sintomas: duração do QT >450 ms em homens e >470 ms em mulheres com anormalidades de onda T associadas ECG típico.</p> <p>[Fig-2]</p>	<p>»ECG durante a taquicardia ou monitor de eventos: taquicardia ventricular (TV) polimórfica não sustentada</p> <p>»ecocardiograma: normal</p> <p>»eletrólitos séricos: variáveis; anormalidades eletrolíticas (especialmente hipocalêmia e hipomagnesemia) geralmente incitam e/ ou contribuem para a TV; hipocalêmia e hipomagnesemia</p>

Incomum**◊ Síndrome do QT longo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			frequentemente associadas à torsades de pointes (TV polimórfica com uma morfologia de torção característica ocorrendo no caso de prolongamento do intervalo QT)

◊ Síndrome de Brugada

História	Exame	1º exame	Outros exames
os pacientes podem ter de 22 a 65 anos de idade e apresentar palpitações decorrentes de episódios de TV não sustentada ou fibrilação ventricular (FV); geralmente associada a síncope	tipicamente normal	»ECG inicial sem sintomas: 2 derivações em V1-V3 com um segmento ST elevado (>2 mm) que desce com uma convexidade para cima para uma onda T invertida ECG típico. [Fig-6]	»ECG da taquicardia ou monitor de eventos: TV e FV polimórficas não sustentadas »ecocardiograma: normal »eletrolíticos séricos: variáveis; anormalidades eletrolíticas (especialmente hipocalêmia e hipomagnesemia) geralmente incitam e/ou contribuem para a TV; hipocalêmia e hipomagnesemia frequentemente associadas à torsades de pointes (TV polimórfica com uma morfologia de torção característica ocorrendo no caso de prolongamento do intervalo QT)

◊ Cardiomiopatia hipertrófica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar de cardiomiopatia	forte sopro crescendo-decrescendo,	»ECG inicial sem sintomas: ondas	»ECG (se for taquicárdica)

Incomum

◊ Cardiomiopatia hipertrófica

História	Exame	1º exame	Outros exames
hipertrófica ou morte súbita cardíaca: os sintomas estão associados a dispneia ao esforço, quase síncope e síncope, mais frequentemente em decorrência de fibrilação atrial, mas também de taquicardia ventricular (TV)	auscultado melhor na borda esternal superior direita, que fica mais alto com a manobra de Valsalva, agachando-se e levantando-se, ou depois de uma contração ventricular prematura; sinais e sintomas de insuficiência cardíaca podem estar presentes, mas geralmente só aparecem mais tarde com a evolução da doença	Q septais profundas em I, aVL e V4 a V6: sugerem uma hipertrofia ventricular esquerda acentuada decorrente de cardiomiopatia obstrutiva hipertrófica ECG típico. [Fig-3]	ou monitor de eventos: contrações ventriculares prematuras; TV não sustentada; TV sustentada (incomum) » ecocardiograma: hipertrofia ventricular esquerda com gradiente de pressão intracavitária, movimento anterior sistólico do folheto anterior da valva mitral » eletrólitos séricos: variáveis; anormalidades eletrolíticas (especialmente hipocalêmia e hipomagnesemia) geralmente incitam e/ou contribuem para a TV; hipocalêmia e hipomagnesemia frequentemente associadas à torsades de pointes (TV polimórfica com uma morfologia de torção característica ocorrendo no caso de prolongamento do intervalo QT)

◊ Taquicardia ventricular (TV) no caso de outra cardiopatia estrutural

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença coronariana com infarto do miocárdio, cardiopatia congênita reparada, prolapsos da valva mitral e/ou regurgitação	sinais de cardiomiopatia e/ou insuficiência cardíaca congestiva; impulso apical deslocado lateralmente e/ou difuso consistente com aumento do ventrículo esquerdo; ritmo de	» ECG inicial sem sintomas: infarto antigo com onda Q	» ECG (se for taquicárdica) ou monitor de eventos: TV ou ectopia ventricular com morfologia de QRS consistente com um foco de um infarto prévio, isto é,

Incomum

◊ Taquicardia ventricular (TV) no caso de outra cardiopatia estrutural

História	Exame	1º exame	Outros exames
	galope (B3); sinais de aterosclerose como sopros arteriais		<p>complexos do QRS com um eixo superior/ ramo direito em um paciente com um infarto prévio da parede inferior</p> <p>»ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo diminuída com anormalidades de contratilidade da parede regional sugestivas de infarto ou hipocinesia difusa no caso de cardiomiopatia não coronariana</p> <p>»eletrólitos séricos: variáveis; anormalidades eletrolíticas (especialmente hipocalêmia e hipomagnesêmia) geralmente incitam e/ ou contribuem para a TV; hipocalêmia e hipomagnesêmia frequentemente associadas à torsades de pointes (TV polimórfica com uma morfologia de torção característica ocorrendo no caso de prolongamento do intervalo QT)</p>

◊ Feocromocitoma

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleias, rubor, diaforese, hipertensão resistente, história familiar de sintomas do tipo ataque de pânico	hipertensão, taquicardia sinusal	» coleta de urina de 24 horas para catecolaminas, metanefrinas, normetanefrinas e creatinina: elevado	» electrocardiograma (ECG): normal ou taquiarritmia

Incomum**◊ Feocromocitoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
(mas episódicos e não situacionais)		<ul style="list-style-type: none"> »metanefrinas e normetanefrinas séricas livres: elevado »catecolaminas plasmáticas: pode estar elevada 	

Diretrizes de diagnóstico**Europa**

Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association

Publicado por: European Heart Rhythm Association

Última publicação em: 2011

América do Norte

Guideline for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

Publicado por: American Heart Association; American College of Cardiology; Heart Rhythm Society

Última publicação em: 2017

Artigos principais

- Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, et al. The clinical course of palpitations in medical outpatients. Arch Intern Med. 1995 Sep 11;155(16):1782-8. [Resumo](#)
- Josephson ME, Wellens HJ. Differential diagnosis of supraventricular tachycardia. Cardiol Clin. 1990 Aug;8(3):411-42. [Resumo](#)
- Gatzoulis MA, Balaji S, Webber SA, et al. Risk factors for arrhythmia and sudden cardiac death late after repair of tetralogy of Fallot: a multicentre study. Lancet. 2000 Sep 16;356(9234):975-81. [Resumo](#)
- Coumel P. Clinical approach to paroxysmal atrial fibrillation. Clin Cardiol. 1990 Mar;13(3):209-12. [Resumo](#)
- Zimetbaum PJ, Kim KY, Josephson ME, et al. Diagnostic yield and optimal duration of continuous-loop event monitoring for the diagnosis of palpitations: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med. 1998 Jun 1;128(11):890-5. [Resumo](#)

Referências

1. Zimetbaum P, Josephson ME. Evaluation of patients with palpitations. N Engl J Med. 1998 May 7;338(19):1369-73 [Resumo](#)
2. Abbott AV. Diagnostic approach to palpitations. Am Fam Physician. 2005 Feb 15;71(4):743-50. [Resumo](#)
3. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, et al. Psychiatric disorders in medical outpatients complaining of palpitations. J Gen Intern Med. 1994 Jun;9(6):306-13. [Resumo](#)
4. Barsky AJ, Cleary PD, Sarnie MK, et al. Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. J Nerv Ment Dis. 1994 Feb;182(2):63-71. [Resumo](#)
5. Barsky AJ, Cleary PD, Coeytaux RR, et al. The clinical course of palpitations in medical outpatients. Arch Intern Med. 1995 Sep 11;155(16):1782-8. [Resumo](#)
6. Weber BE, Kapoor WN. Evaluation and outcomes of patients with palpitations. Am J Med. 1996 Feb;100(2):138-48. [Resumo](#)
7. Goyal R, Zivin A, Souza J, et al. Comparison of the ages of tachycardia onset in patients with atrioventricular nodal reentrant tachycardia and accessory pathway-mediated tachycardia. Am Heart J. 1996 Oct;132(4):765-7. [Resumo](#)
8. Wolfe RR, Driscoll DJ, Gersony WM, et al. Arrhythmias in patients with valvar aortic stenosis, valvar pulmonary stenosis, and ventricular septal defect: results of 24-hour ECG monitoring. Circulation. 1993 Feb;87(2 Suppl):I89-101. [Resumo](#)

9. Sen-Chowdhry S, Lowe MD, Sporton SC, et al. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy: Clinical presentation, diagnosis, and management. *Am J Med.* 2004 Nov 1;117(9):685-95. [Resumo](#)
10. Josephson ME, Wellens HJ. Differential diagnosis of supraventricular tachycardia. *Cardiol Clin.* 1990 Aug;8(3):411-42. [Resumo](#)
11. La Vecchia L, Ometto R, Centofante P, et al. Arrhythmic profile, ventricular function, and histomorphometric findings in patients with idiopathic ventricular tachycardia and mitral valve prolapse: clinical and prognostic evaluation. *Clin Cardiol.* 1998 Oct;21(10):731-5. [Resumo](#)
12. Gatzoulis MA, Balaji S, Webber SA, et al. Risk factors for arrhythmia and sudden cardiac death late after repair of tetralogy of Fallot: a multicentre study. *Lancet.* 2000 Sep 16;356(9234):975-81. [Resumo](#)
13. Varma N, Josephson ME. Therapy of "idiopathic" ventricular tachycardia. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 1997 Jan;8(1):104-16. [Resumo](#)
14. Coumel P. Clinical approach to paroxysmal atrial fibrillation. *Clin Cardiol.* 1990 Mar;13(3):209-12. [Resumo](#)
15. Vikman S, Lindgren K, Mäkkilä TH, et al. Heart rate turbulence after atrial premature beats before spontaneous onset of atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2005 Jan 18;45(2):278-84. [Resumo](#)
16. Bettoni M, Zimmermann M. Autonomic tone variations before the onset of paroxysmal atrial fibrillation. *Circulation.* 2002 Jun 11;105(23):2753-9. [Resumo](#)
17. Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, et al. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006 Apr 15;173(8):910-6. [Resumo](#)
18. Schwartz PJ, Priori SG, Spazzolini C, et al. Genotype-phenotype correlation in the long-QT syndrome: gene-specific triggers for life-threatening arrhythmias. *Circulation.* 2001 Jan 2;103(1):89-95. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Brugada P, Gursoy S, Brugada J, et al. Investigation of palpitations. *Lancet.* 1993 May 15;341(8855):1254-8. [Resumo](#)
20. Thavendiranathan P, Bagai A, Khoo C, et al. Does this patient with palpitations have a cardiac arrhythmia? *JAMA.* 2009 Nov 18;302(19):2135-43. [Resumo](#)
21. Hoefman E, Boer KR, van Weert HC, et al. Continuous event recorders did not affect anxiety or quality of life in patients with palpitations. *J Clin Epidemiol.* 2007 Oct;60(10):1060-6. [Resumo](#)
22. Goldberger JJ, Cain ME, Hohnloser SH, et al. American Heart Association/American College of Cardiology Foundation/Heart Rhythm Society scientific statement on noninvasive risk stratification techniques for identifying patients at risk for sudden cardiac death: a scientific statement from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology Committee on Electrocardiography and Arrhythmias and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation.* 2008 Sep 30;118(14):1497-1518. [Texto completo](#) [Resumo](#)

23. Agency for Healthcare Research and Quality. Remote cardiac monitoring. December 2007 [internet publication]. [Texto completo](#)
24. Kinlay S, Leitch JW, Neil A, et al. Cardiac event recorders yield more diagnoses and are more cost-effective than 48-hour Holter monitoring in patients with palpitations: a controlled clinical trial. Ann Intern Med. 1996 Jan 1;124(1 Pt 1):16-20. [Resumo](#)
25. Fogel RI, Evans JJ, Prystowsky EN. Utility and cost of event recorders in the diagnosis of palpitations, presyncope, and syncope. Am J Cardiol. 1997 Jan 15;79(2):207-8. [Resumo](#)
26. Zimetbaum PJ, Kim KY, Josephson ME, et al. Diagnostic yield and optimal duration of continuous-loop event monitoring for the diagnosis of palpitations: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med. 1998 Jun 1;128(11):890-5. [Resumo](#)
27. Rothman SA, Laughlin JC, Seltzer J, et al. The diagnosis of cardiac arrhythmias: a prospective multi-center randomized study comparing mobile cardiac outpatient telemetry versus standard loop event monitoring. J Cardiovasc Electrophysiol. 2007 Mar;18(3):241-7. [Resumo](#)
28. Narasimha D, Hanna N, Beck H, et al. Validation of a smartphone-based event recorder for arrhythmia detection. Pacing Clin Electrophysiol. 2018 Mar 1 [Epub ahead of print]. [Resumo](#)

Imagens

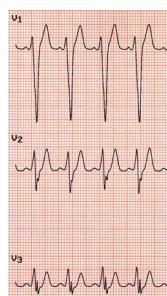


Figura 1: Síndrome de Wolff-Parkinson-White

Do acervo do Dr C. Pickett

IMAGES

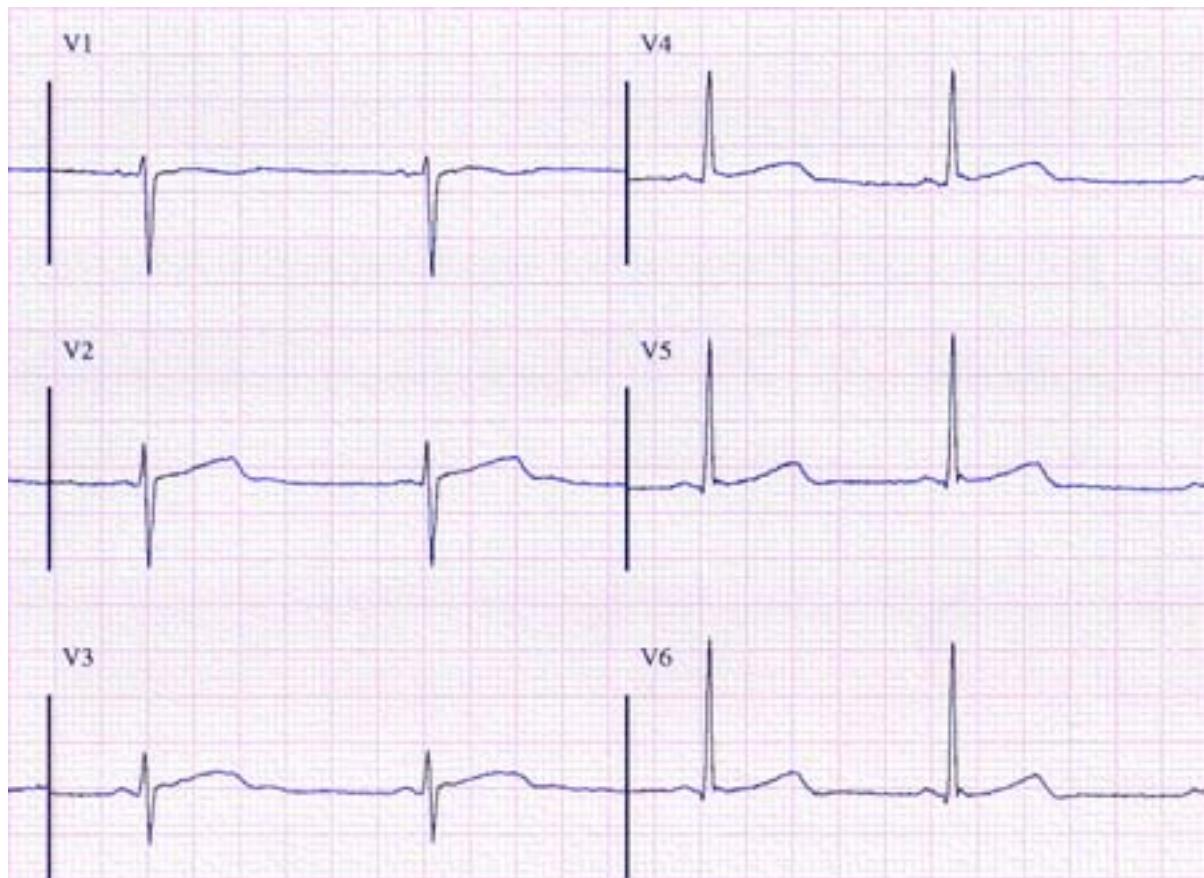


Figura 2: Síndrome do QT longo

Do acervo do Dr C. Pickett

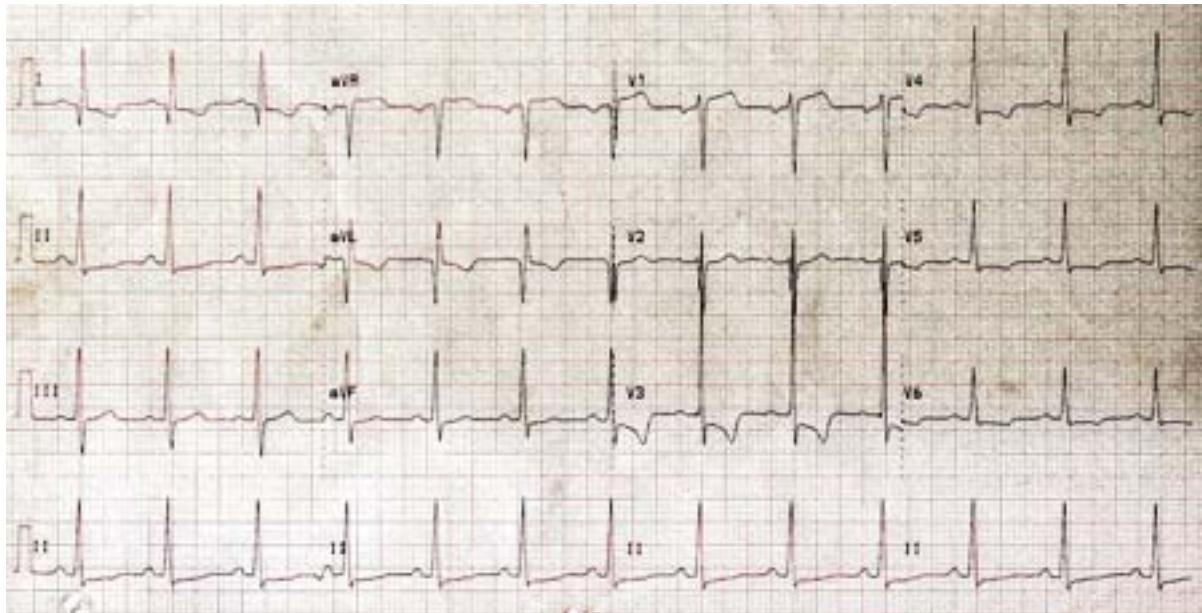


Figura 3: Cardiomiotia hipertrófica

Do acervo do Dr C. Pickett



Figura 4: Hipertrofia ventricular esquerda e anormalidade atrial esquerda

Do acervo do Dr C. Pickett



Figura 5: Ondas Q inferiores devidas a um IAM prévio

Do acervo do Dr C. Pickett

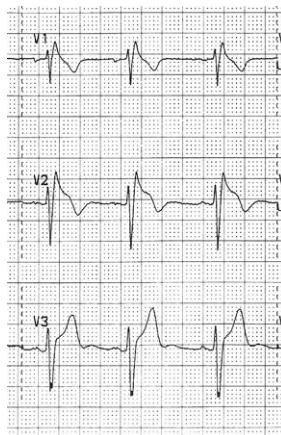


Figura 6: ECG da síndrome de Brugada

Do acervo do Dr C. Pickett

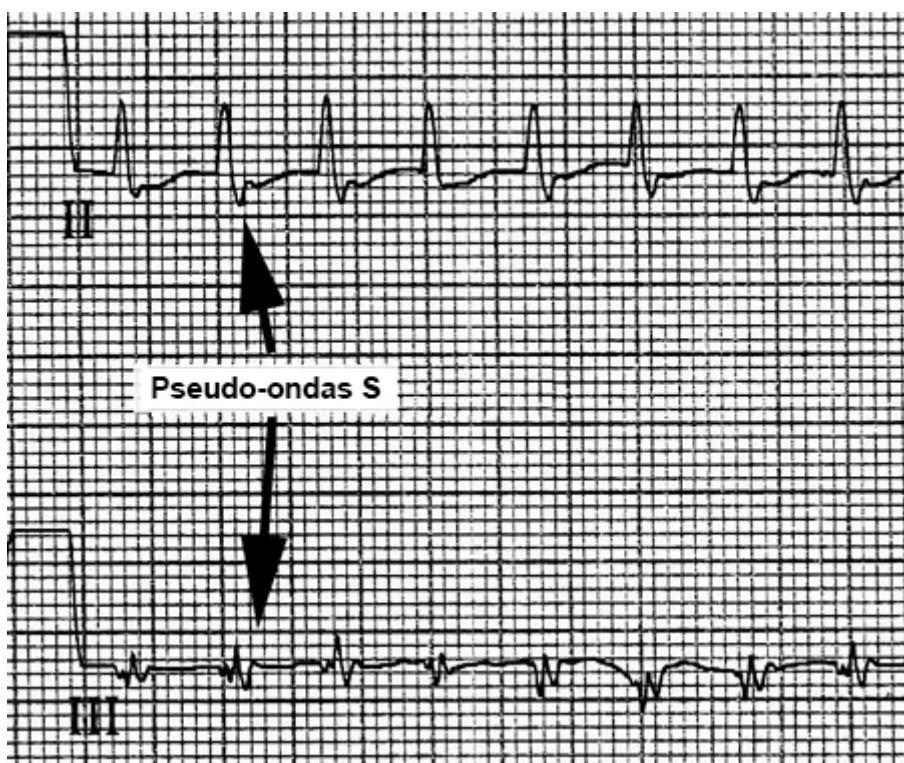


Figura 7: Taquicardia por reentrada no nó atrioventricular com pseudo-ondas S

Do acervo do Dr C. Pickett

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

33

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

Colaboradores:

// Autores:

Christopher Pickett, MD

Associate Professor of Medicine

Co-Director of Electrophysiology, Director, Clinical Cardiology, Pat and Jim Calhoun Cardiology Center, University of Connecticut Health Center, Farmington, CT

DIVULGAÇÕES: CP declares that he has no competing interests.

Peter J. Zimetbaum, MD

Associate Professor of Medicine

Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: PJZ has received financial compensation for consultation from St Jude Medical and Medtronic; he is also an author of several references cited in this monograph.

// Colegas revisores:

Brian Olshansky, MD

Professor of Medicine

University of Iowa Hospitals, Iowa City, IA

DIVULGAÇÕES: BO declares that he has no competing interests.

Vias Markides, MB(Hons), BS(Hons), MD, FRCR

Consultant Cardiologist and Chair

Arrhythmias, Royal Brompton & Harefield NHS Trust, Hon. Senior Lecturer, Imperial College, London, UK

DIVULGAÇÕES: VM declares that he has no competing interests.