

**Versão
2016**

**VERSÃO
PORTUGUESA**

RECOMENDAÇÕES DE BOLSO DA ESC

Comissão para as Recomendações Práticas
Para melhorar a qualidade da prática clínica e o tratamento dos doentes na Europa



EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®

FIBRILHAÇÃO AURICULAR

RECOMENDAÇÕES EUROPEIAS
PARA A FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines



Sociedade Portuguesa de
CARDIOLOGIA

Distribuição no âmbito de Colaboração
para a formação científica continuada



biénio 2015-2017
www.spc.pt

Patrocínio de:



Tradução: Isabel Moreira Ribeiro
Revisão: Grupo APAPE, Graça Castro
Coordenação: Graça Castro

Os Patrocinadores não estiveram envolvidos
no conteúdo científico do documento

Apoiar a sua Tomada de Decisão Clínica Em Linha Com as Melhores Recomendações Práticas

A Aplicação das Recomendações de Bolso da ESC dá-lhe acesso às Recomendações de 2016 sobre a Prática Clínica da Fibrilhação Auricular.

A aplicação inclui a primeira versão do *state-of-art Overall Treatment Manager*, desenvolvido por **CATCH ME**.

Esta ferramenta ajudá-lo-á a personalizar a prevenção e o tratamento dos doentes com Fibrilhação Auricular e a executar a melhor prática clínica, mesmo quando está sob pressão para tomar uma decisão rápida.

Faça o download de ESC Pocket Guidelines APP para:

- Acesso à última versão das Recomendações Práticas da ESC sobre Fibrilhação Auricular num formato sucinto e de leitura fácil
- Utilize as ferramentas clínicas interativas incluindo:
 - Estratégias de cuidados e calculadores de scores de risco, tais como CHA₂DS₂-VASc
 - A nova aplicação *Overall Treatment Manager* que providencia uma estratégia de tratamento, baseados nas situações clínicas ou nos dados individuais do doente – a primeira numa série de ferramentas de **CATCH ME**.

Preste atenção às ferramentas atualizadas de **CATCH ME** no capítulo da Fibrilhação Auricular da sua aplicação e a nova aplicação **CATCH ME** para o doente que providenciará apoio adicional à sua abordagem integrada aos cuidados da Fibrilhação Auricular – lançamento previsto para Dezembro de 2016.



CATCH ME foi fundado pelo programa de pesquisa e de inovação da *European Union's Horizon 2020*, sob acordo de subvenção N° 633196 <http://www.catch-me.info/>



Recomendações de Bolso da ESC

Recomendações de 2016 da ESC para o Tratamento da Fibrilhação Auricular*

Grupo de Trabalho da *European Society of Cardiology* (ESC)
para o Tratamento da Fibrilhação Auricular.

Desenvolvidas com a colaboração da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS)
e com a contribuição especial da *European Heart Rhythm Association* (EHRA) da ESC

Aprovadas pela *European Stroke Organisation* (ESO)

Presidente

Paulus Kirchhof

Institute of Cardiovascular Sciences
University of Birmingham
IBR – Wolfson Drive
Birmingham B15 2TT, Reino Unido
Tel: +44 121 4147042
Email: p.kirchhof@bham.ac.uk

Vice-Presidente

Stefano Benussi

Department of Cardiovascular Surgery
University Hospital Zurich
Rämistrasse 100
98091 Zürich, Suíça
Tel: + 41 (0)7 88 93 38 35
Email: stefano.benussi@usz.ch

Membros do Grupo de Trabalho: Dipak Kotecha (RU), Anders Ahlsson (Suécia), Dan Atar (Noruega), Barbara Casadei (RU), Manuel Castella Pericasl (Espanha), Hans-Christoph Diener (Alemanha), Hein Heidbuchel (Bélgica), Jeroen Hendriks (Holanda), Gerhard Hindricks (Alemanha), Antonis S. Manolis (Grécia), Jonas Oldgren (Suécia), Bogdan Alexandru Popescu (Roménia), Ulrich Schotten (Holanda), Bart Van Putte (Holanda), Panagiotis Vardas (Grécia)

Outras entidades da ESC que participaram no desenvolvimento deste documento:

Associações: *European Association of Cardiovascular Imaging* (EACVI), *European Heart Rhythm Association* (EHRA), *Heart Failure Association* (HFA).

Conselhos: *Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions.*

Grupos de Estudo: *Cardiac Cellular Electrophysiology, Cardiovascular Pharmacotherapy.*

Um agradecimento especial a Dipak Kotecha pela sua contribuição.

Membros da ESC:

Veronica Dean, Catherine Després, Maïke Binet – Sophia Antipolis, França

*Adaptado das Recomendações de 2016 da ESC para o Tratamento da Fibrilhação Auricular (Eur Heart Journal 2016; doi:10.1093/eurheartj/ehw210).

Índice

Tabelas das Classes de recomendações e dos Níveis de evidência da ESC ..	Pág. 3
1. Epidemiologia e impacto para os doentes	Pág. 4
2. Diagnóstico e deteção precoce da fibrilhação auricular	Pág. 4
3. Classificação da fibrilhação auricular	Pág. 6
4. Deteção e tratamento dos fatores de risco e das doenças cardiovasculares concomitantes	Pág. 9
Insuficiência cardíaca	Pág. 9
5. Tratamento integrado de doentes com fibrilhação auricular	Pág. 11
6. Terapêutica de prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com fibrilhação auricular	Pág. 13
Oclusão e exclusão do apêndice auricular esquerdo	Pág. 19
Prevenção secundária de acidente vascular cerebral e anticoagulação após uma hemorragia intracerebral	Pág. 19
Hemorragia nos doentes anticoagulados com fibrilhação auricular	Pág. 22
Terapêutica combinada com anticoagulantes orais e antiagregantes plaquetários	Pág. 24
7. Terapêutica de controlo da frequência na fibrilhação auricular	Pág. 27
8. Terapêutica do controlo do ritmo na fibrilhação auricular	Pág. 32
Reversão aguda a ritmo sinusal	Pág. 32
Terapêutica farmacológica a longo prazo com anti-arrítmicos	Pág. 35
Escolha de controlo do ritmo após insucesso terapêutico.....	Pág. 44
Cirurgia da fibrilhação auricular	Pág. 45
A Heart Team da Fibrilhação Auricular	Pág. 46
9. Situações específicas	Pág. 48
Doentes frágeis e «idosos»	Pág. 48
Miocardiopatias hereditárias, canalopatias e vias acessórias	Pág. 48
Desporto e fibrilhação auricular	Pág. 49
Gravidez	Pág. 50
Fibrilhação auricular pós-operatória	Pág. 51
Arritmias auriculares nos doentes adultos com cardiopatias congénitas	Pág. 52
Tratamento do flutter auricular	Pág. 53
10. Envolvimento, formação e auto-tratamento do doente.....	Pág. 53

Classes de recomendações e Níveis de evidência da ESC

Tabela 1 Classes de recomendações

Classes de recomendações	Definição	Terminologia a utilizar
Classe I	Evidência e/ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção é benéfico, útil e eficaz.	É recomendado / é indicado
Classe II	Evidências contraditórias e/ou divergências de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou intervenção.	
<i>Classe IIa</i>	<i>Peso da evidência/opinião majoritariamente a favor da utilidade/eficácia.</i>	Deve ser considerado
<i>Classe IIb</i>	<i>Utilidade/eficácia pouco comprovada pela evidência/opinião.</i>	Pode ser considerado
Classe III	Evidências ou consenso geral de que determinado tratamento ou intervenção não é útil/eficaz e que poderá ser prejudicial em certas situações.	Não é recomendado

Tabela 2 Níveis de evidência

Nível de evidência A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou de meta-análises.
Nível de evidência B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
Nível de evidência C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

I. Epidemiologia e impacto para os doentes

A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca sustentada mais comum e prevê-se que, nos países desenvolvidos, um em cada quatro adultos de meia-idade venha a desenvolver FA.

Em 2030, prevê-se que haja 14 – 17 milhões de doentes com FA na União Europeia, com 120 000 – 215 000 doentes diagnosticados de novo por ano.

A FA associa-se de forma independente a aumento da mortalidade e morbidade, tais como insuficiência cardíaca e acidente vascular cerebral, assim como a hospitalizações frequentes e a redução da qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3 Morbilidade e mortalidade cardiovasculares associadas com a FA	
Evento	Associação à FA
Morte	Mortalidade acrescida, especialmente mortalidade cardiovascular por a morte súbita, insuficiência cardíaca ou acidente vascular cerebral.
Acidente vascular cerebral	20 – 30% de todos os acidentes vasculares cerebrais são devidos a FA. Um número crescente de doentes com acidente vascular cerebral é diagnosticado com FA paroxística «silenciosa».
Internamentos	10 – 40% dos doentes com FA são internados todos os anos.
Qualidade de vida	A qualidade de vida é reduzida nos doentes com FA independentemente de outras condições cardiovasculares.
Disfunção ventricular esquerda e insuficiência cardíaca	A disfunção ventricular esquerda está presente em 20 – 30% de todos os doentes com FA. A FA causa ou agrava a disfunção VE em muitos doentes com FA, enquanto outros têm função VE completamente preservada apesar de FA de longa data.
Declínio cognitivo e demência vascular	O declínio cognitivo e a demência vascular podem desenvolver-se mesmo nos doentes com FA e anticoagulados. As lesões cerebrais da substância branca são mais comuns nos doentes com FA do que nos doentes sem esta patologia.

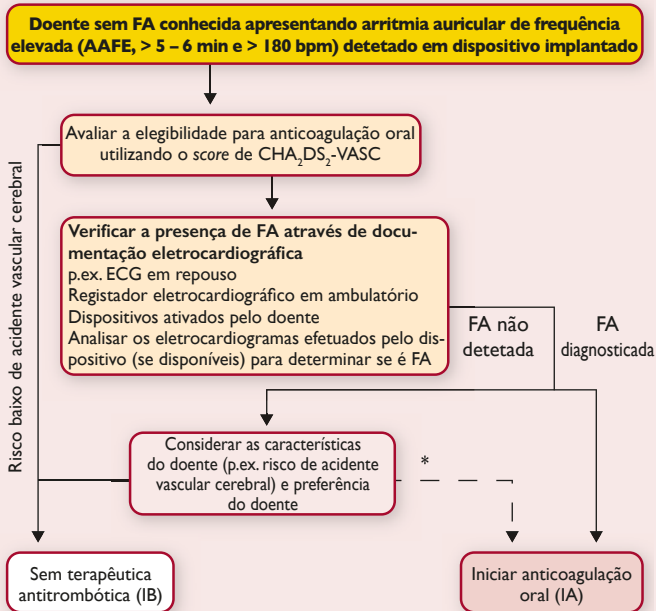
FA = fibrilhação auricular; VE = ventricular esquerda.

2. Diagnóstico e deteção precoce da fibrilhação auricular

O diagnóstico de FA requer documentação do ritmo através de um eletrocardiograma (ECG), mostrando intervalos RR irregulares sem ondas P visíveis. Muitos dos doentes com FA apresentam episódios tanto sintomáticos como assintomáticos de FA. Há uma boa evidência de que a monitorização eletrocardiográfica prolongada melhora a deteção de FA não diagnosticada.

A monitorização eletrocardiográfica prolongada parece adequada em todos os sobreviventes de um acidente vascular cerebral isquémico sem um diagnóstico estabelecido de FA e nas populações idosas. Os dispositivos implantados devem ser interrogados de forma regular relativamente a AAFE (arritmias auriculares de frequência elevada) e os doentes com AAFE devem ser submetidos a avaliação do risco de acidente vascular cerebral e a monitorização eletrocardiográfica (Figura 1).

Figura 1 Tratamento de AAFE detetado por dispositivo implantado



AFNET = German Competence NETwork on Atrial Fibrillation; bpm = batimentos por minuto; CHA₂DS₂-VAS_c = Insuficiência Cardíaca congestiva, hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes, Acidente vascular cerebral (2 pontos) – Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; ECG = eletrocardiograma; EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular.

*Em raras circunstâncias individuais, pode ser considerada a anticoagulação oral nos doentes com AAFE, mas sem FA diagnosticada. Tal necessita claramente de discussão com o doente e de avaliação cuidadosa do risco / benefício.

Recomendações para o rastreio da fibrilhação auricular		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se o rastreio da FA através da medição do pulso ou através de tira de ritmo eletrocardiográfico em doentes > 65 anos.	I	B
Nos doentes com AIT ou com acidente vascular cerebral isquémico, recomenda-se o rastreio de FA através do registo eletrocardiográfico seguido de monitorização eletrocardiográfica contínua durante pelo menos 72 horas.	I	B
Recomenda-se a interrogação regular de <i>pacemakers</i> e de CDIs para deteção de arritmias auriculares de frequência elevada (AAFE). Os doentes com AAFE devem submeter-se a monitorização eletrocardiográfica adicional para documentar a FA antes de iniciar terapêutica.	I	B
Nos doentes com acidente vascular cerebral, deve ser considerada a monitorização eletrocardiográfica adicional de longa duração através de monitores eletrocardiográficos não invasivos ou através de registadores de eventos implantados para documentar a fibrilhação auricular silenciosa.	IIa	B
Pode ser considerado o rastreio eletrocardiográfico sistemático para detetar a FA nos doentes > 75 anos ou nos que têm risco elevado de acidente vascular cerebral.	IIb	B

AAFE arritmias auriculares de frequência elevada ; AIT = acidente isquémico transitório; CDI = cardioversor desfibrilhador implantável; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

3. Classificação da fibrilhação auricular

A FA progride habitualmente a partir de episódios paroxísticos curtos ocasionais para episódios mais longos e mais frequentes, culminando na FA persistente (Tabela 4). Embora o padrão da FA possa ser o mesmo, o mecanismo subjacente da FA varia substancialmente de doente para doente (Tabela 5). Os sintomas de FA devem ser descritos em função do score alterado da EHRA (Tabela 6).

Recomendação para a utilização da escala dos sintomas alterados da EHRA		
Recomendação	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a utilização da escala modificada de sintomas da EHRA na prática clínica e nos trabalhos de investigação para quantificar os sintomas relacionados com a FA.	I	C

EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Tabela 4 Padrões da fibrilhação auricular

Padrão de FA	Definição
FA “de novo”	FA que não foi diagnosticada anteriormente, independentemente da duração da arritmia ou da presença e da gravidade dos sintomas relacionados com a FA.
FA paroxística	Autolimitada, na maioria dos casos num período de 48 horas. Alguns paroxismos da FA podem manter-se até 7 dias. Os episódios de FA que são cardiovertidos num período de 7 dias devem ser considerados paroxísticos.
FA persistente	FA com duração superior a 7 dias, incluindo episódios terminados por cardioversão, elétrica ou farmacológica, após 7 ou mais dias.
FA persistente de longa duração	FA contínua com duração \geq 1 ano, desde que seja decidida uma estratégia de controlo de ritmo.
FA permanente	FA que é aceite pelo doente (e pelo médico). Deste modo, as intervenções de controlo de ritmo não são, por definição, adotadas nos doentes com FA permanente. Se for adotada uma estratégia de controlo de ritmo, a arritmia deve ser reclassificada como «FA persistente de longa duração».

FA = fibrilhação auricular.

Tabela 5 Tipos clínicos de FA (com sobreposição dos mesmos em muitos doentes)

Tipo de FA	Apresentação clínica	Fisiopatologia possível
FA secundária a doença cardíaca estrutural	FA em doentes com disfunção VE sistólica ou diastólica, com hipertensão de longa duração com HVE e/ou outra doença cardíaca estrutural. O início da FA nestes doentes é causa comum de internamento e é um fator preditor de mau prognóstico.	Aumento da pressão arterial e remodelagem auricular estrutural, juntamente com a ativação do sistema simpático e do sistema renina-angiotensina.
FA focal	Doentes com salvas de extrassístoles auriculares repetitivas e episódios curtos e frequentes de fibrilhação auricular paroxística. Frequentemente são doentes jovens, muito sintomáticos, com ondas auriculares distintas (FA grosseira), ectopia auricular, e/ou taquicardia auricular que degenera em FA.	Existem <i>triggers</i> , localizados na maioria dos casos nas veias pulmonares, que iniciam a FA. A FA devida a um ou a alguns circuitos de re-entrada é também incluída neste tipo de FA.
FA poligénica	FA em portadores de variantes do gene comum, associados ao início precoce de FA.	Atualmente em estudo. A presença de variantes genéticas selecionados pode também influenciar os resultados do tratamento.

Tabela 5 Tipos clínicos de FA (com sobreposição dos mesmos em muitos doentes) (continuação)

Tipo de FA	Apresentação clínica	Fisiopatologia possível
FA pós-operatória	FA de novo (habitualmente auto-limitada) depois de cirurgia <i>major</i> (tipicamente cardíaca) em doentes em ritmo sinusal antes da cirurgia e sem história prévia de FA.	Fatores agudos: inflamação, stress oxidativo auricular, tónus simpático elevado, alterações eletrolíticas e sobrecarga de volume, possivelmente interagindo com um substrato pré-existente.
FA em doentes com estenose mitral ou com próteses valvulares	FA em doentes com estenose mitral, após cirurgia valvular mitral e em alguns casos de outras doenças valvulares.	A pressão auricular esquerda (estenose) e a sobrecarga de volume (regurgitação) são os principais causadores da dilatação auricular e da remodelagem auricular estrutural nestes doentes.
FA em atletas	Geralmente paroxística, relacionada com a duração e a intensidade do treino.	Aumento do tónus vagal e do volume auricular.
FA monogénica	FA nos doentes com miocardiopatias hereditárias, incluindo as canalopatias.	Os mecanismos arritmogénicos responsáveis pela morte súbita contribuem provavelmente para a ocorrência de FA nestes doentes.

FA = fibrilhação auricular; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; VE = ventricular esquerda.

Tabela 6 Escala EHRA modificada de sintomas

Score EHRA modificado	Sintomas	Descrição
I	Nenhum	A FA não causa quaisquer sintomas
2a	Ligeiro	Atividade diária normal não é afetada pelos sintomas relacionados com a FA ^a
2b	Moderados	Atividade diária normal não é afetada pelos sintomas relacionados com a FA, mas o doente sofre com os sintomas ^a
3	Graves	Atividade diária normal é afetada pelos sintomas relacionados com a FA
4	Incapacitantes	Atividade diária normal descontinuada

EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular.

^aAs Classes 2a e 2b da EHRA podem ser diferenciadas ao avaliar se os doentes estão funcionalmente afetados pelos sintomas de FA. Os sintomas relacionados com a FA são habitualmente a fadiga/cansaço e dispneia de esforço ou, menos frequentemente, palpitações e dor torácica.

4. Detecção e tratamento dos fatores de risco e das doenças cardiovasculares concomitantes

Muitas doenças cardiovasculares e situações concomitantes aumentam o risco de desenvolver a FA, FA recorrente e complicações associadas à FA. Estas situações concomitantes contribuem para o risco de FA inerente aos fatores do doente tais como a idade avançada, a obesidade, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool e exercício intenso frequente. A identificação de fatores de risco, a sua prevenção e tratamento são um componente importante para prevenir a FA e o peso da doença.

Insuficiência cardíaca

Muitos doentes com FA desenvolvem insuficiência cardíaca com ou sem fração de ejeção reduzida. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (IC-FEr) pode ser realizado através de qualquer modalidade imagiológica cardíaca. O diagnóstico de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (IC-FEp) no contexto da FA é mais desafiante, uma vez que a FA e a IC-FEp estão ambas presentes com sintomas semelhantes e níveis elevados do peptídeo natriurético auricular. O tratamento da FA e da IC-FEp deve focar-se no controlo do balanço hídrico e no tratamento de situações concomitantes tais como a hipertensão e a isquemia.

A **Figura 2** resume a abordagem aos doentes com FA e IC recentemente diagnosticadas.

Figura 2 Tratamento inicial de insuficiência cardíaca e de FA concomitantes recentemente diagnosticadas

Tratamento dos doentes com FA e insuficiência cardíaca aguda

Tratamento agudo

Tratamento crónico

Efetuar a cardioversão se instável

Anticoagular de acordo com o risco de acidente vascular cerebral

Normalizar o balanço hídrico com diuréticos para melhorar os sintomas

Controlo de frequência: frequência inicial alvo < 110 bpm; mais rigoroso na presença de sintomas de IC/FA persistentes

Inibir o sistema renina-angiotensina-aldosterona^a

Consideração precoce de controlo do ritmo

Terapêuticas avançadas para a IC, incluindo dispositivos^a

Tratamento de outras doenças cardiovasculares, especialmente isquemia e hipertensão

ARA = antagonista dos recetores de angiotensina; bpm = batimentos por minuto; ECA = enzima de conversão da angiotensina; FA = fibrilhação auricular; IC = insuficiência cardíaca; IRAN = inibição do recetor da angiotensina e neprililina.

^aNos doentes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida. Considerar também a IRAN combinada em doentes que toleram um inibidor ECA ou um ARA com sintomas permanentes.

Outras situações cardiovasculares tais como a hipertensão, a doença valvular cardíaca, a diabetes *mellitus*, a obesidade, a doença pulmonar ou a doença renal crónica co-existem muitas vezes nos doentes com FA. Devem ser tratados para reduzir o risco cardiovascular e são relevantes para decidir as opções terapêuticas da FA.

Recomendações para os doentes com doença valvular cardíaca e FA		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Deve ser considerada a cirurgia valvular mitral prévia na regurgitação mitral grave, função VE preservada e FA de novo, mesmo com ausência de sintomas, especialmente quando a reparação valvular é viável.	Ila	C
Deve ser considerada a valvulotomia mitral nos doentes assintomáticos com estenose mitral grave e anatomia valvular adequada que apresentam FA de novo.	Ila	C

Recomendações para os doentes obesos com FA		
Recomendação	Classe^a	Nível^b
Nos doentes obesos com FA, deve ser considerada a perda de peso juntamente com o tratamento de outros fatores de risco para reduzir a carga e os sintomas da FA.	Ila	B

Recomendações para os doentes com FA e doenças respiratórias		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Deve ser considerada a correção da hipoxemia e da acidose como tratamento inicial dos doentes que desenvolvem FA durante uma doença pulmonar aguda ou exacerbação da doença pulmonar crónica.	Ila	C
Deve ser considerada a pesquisa de sinais clínicos de apneia obstrutiva do sono em todos os doentes com FA.	Ila	B
Deve ser otimizado o tratamento da apneia obstrutiva do sono para reduzir as recidivas de FA e para melhorar os resultados do tratamento da FA.	Ila	B

Recomendações para os doentes com doença renal e com FA		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Recomenda-se a avaliação da função renal através da creatinina sérica ou da depuração da creatinina em todos os doentes com FA para detetar a doença renal e para dosear corretamente a terapêutica da FA.	I	A
Todos os doentes com FA tratados com hipocoagulação oral devem ter avaliada a função renal, pelo menos uma vez por ano para detetar a doença renal crónica.	Ila	B

FA = fibrilhação auricular; VE = ventricular esquerda. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

5. Tratamento integrado dos doentes com fibrilhação auricular

A maioria dos doentes acede inicialmente aos cuidados de saúde através dos farmacêuticos, dos profissionais de saúde comunitária ou dos médicos de família. A avaliação inicial dos doentes que apresentam FA recém diagnosticada deve abordar cinco domínios *major*: estabilidade hemodinâmica, presença de fatores precipitantes ou de fatores subjacentes, risco de acidente vascular cerebral e anticoagulação, controlo da frequência e necessidade de terapêutica de controlo do ritmo (Figura 3). São necessários diversos procedimentos de diagnóstico para definir o melhor tratamento da FA. Recomenda-se genericamente a avaliação num serviço com arritmologia, incluindo a referência urgente em alguns casos (Tabela 7). Uma abordagem estruturada e integrada, para os cuidados da FA, conforme aplicado com êxito a outros domínios da medicina, facilitará o tratamento consistente destes doentes em função das recomendações nas *guidelines*, com a melhoria potencial dos resultados. O tratamento da FA abrange terapêuticas com impacto prognóstico (anticoagulação e tratamento da doença cardiovascular) e terapêuticas predominantemente com benefício sintomático (controlo da frequência, controlo do ritmo). O esclarecimento a cada doente dos benefícios expectáveis, no início do tratamento da FA evitará expectativas infundadas e reveste-se do potencial de otimizar a qualidade de vida.

Figura 3 Tratamento agudo e crónico de doentes com FA, resultados cardiovasculares desejados e benefícios do doente.



FA = fibrilhação auricular; VE = ventricular esquerda.

Tabela 7 Sinais clínicos que sugerem avaliação urgente num Serviço especializado em FA^a

Situações clínicas que sugerem avaliação urgente em serviço com capacidade de tratamento especializado da FA

Instabilidade hemodinâmica

Frequência cardíaca incontrolável

Bradicardia sintomática, não sendo suscetível a redução dos agentes para controlo da frequência

Angina grave ou agravamento da função ventricular esquerda

Acidente isquémico transitório ou acidente vascular cerebral

FA = fibrilhação auricular. ^aA anticoagulação deve ser iniciada assim que possível, em todos os doentes com indicação e não requer por rotina o contributo de um especialista.

Recomendações para uma abordagem integrada dos cuidados

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Deve ser considerada uma abordagem integrada com uma organização estruturada dos cuidados e do seguimento em todos os doentes com FA, com o objetivo de melhorar a adesão às recomendações e reduzir o internamento e a mortalidade.	Ila	B
Deve ser considerada a atribuição de um papel central aos doentes na tomada de decisão de modo a moldar o tratamento de acordo com as preferências do doente e a melhorar a adesão à terapêutica crónica.	Ila	C

FA = fibrilhação auricular. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Recomendações para a avaliação diagnóstica de doentes com FA

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
É necessária a documentação ECG para estabelecer o diagnóstico de FA.	I	B
Recomenda-se avaliação cardiovascular completa incluindo história clínica detalhada, exame clínico cuidadoso e avaliação de situações concomitantes em todos os doentes com FA.	I	C
Recomenda-se realização de ecocardiografia transtorácica em todos os doentes com FA para orientar o tratamento.	I	C
Deve ser considerada a monitorização eletrocardiográfica de longa duração em doentes selecionados para avaliar a adequação do controlo da frequência em doentes sintomáticos e para relacionar os sintomas com os episódios de FA.	Ila	C

ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

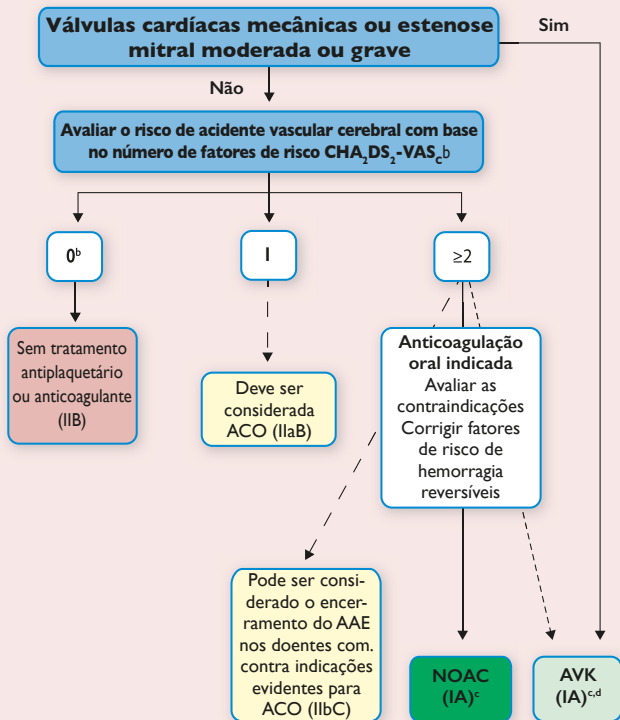
6. Terapêutica de prevenção do acidente vascular nos doentes com fibrilhação auricular

A anticoagulação oral (ACO) pode prevenir a maioria dos acidentes vasculares cerebrais isquémicos nos doentes com FA e pode prolongar a vida. Recomendamos a avaliação do risco de acidente vascular cerebral nos doentes com FA com base no score de risco $CHA_2DS_2-VAS_c$ (Tabela 8). Genericamente, os doentes sem fatores de risco clínicos para acidente vascular cerebral não necessitam de ACO, enquanto os doentes com um score $CHA_2DS_2-VAS_c$ de 2 ou mais nos homens e de 3 ou mais nas mulheres terão um benefício evidente. (Figura 4). Muitos doentes com um fator de risco (p. ex. o score $CHA_2DS_2-VAS_c$ de 1 para os homens e de 2 para as mulheres) beneficiarão também de ACO, considerando o risco absoluto baixo de acidente vascular cerebral, o risco de hemorragia e a preferência do doente.

Tabela 8 Fatores de risco clínicos para acidente vascular cerebral, acidente isquémico transitório e embolia sistémica no score $CHA_2DS_2-VAS_c$

Fator de risco do $CHA_2DS_2-VAS_c$	Pontos
Insuficiência cardíaca congestiva Sinais/sintomas de insuficiência cardíaca ou evidência objetiva de fração de ejeção ventricular esquerda reduzida	+1
Hipertensão Pressão arterial em repouso > 140/90 mmHg em pelo menos duas ocasiões ou tratamento anti-hipertensor em curso	+1
Idade 75 anos ou mais	+2
Diabetes mellitus Glicose em jejum > 125 mg/dL (7 mmol/L) ou tratamento com agente hipoglicemiante oral e/ou insulina	+1
Acidente vascular cerebral prévio, acidente isquémico transitório ou tromboembolismo	+2
Doença vascular Enfarte do miocárdio prévio, doença arterial periférica ou placa aórtica	+1
Idade 65 – 74 anos	+1
Género (mulheres)	+1

Figura 4 Prevenção do acidente vascular cerebral na FA.



ACO = anticoagulação oral; AAE = apêndice auricular esquerdo; AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K.

^aInsuficiência Cardíaca Congestiva, hipertensão, idade ≥ 75 (2 pontos), diabetes, acidente vascular cerebral/AIT/embolia prévios (2 pontos), doença vascular, idade 65 – 74 , género feminino.^bInclui as mulheres sem outros fatores de risco de acidente vascular cerebral.

^cIIaB para as mulheres com apenas um fator de risco adicional de acidente vascular cerebral.^dIB para os doentes com válvulas cardíacas mecânicas ou com estenose mitral.

Diversos scores de risco de hemorragia foram desenvolvidos e os fatores de risco de hemorragia sobrepõem-se frequentemente aos de acidente vascular cerebral. Um elevado score de risco de hemorragia não deve geralmente condicionar a não realização da ACO. Pelo contrário, os fatores de risco de hemorragia devem ser identificados e os fatores tratáveis devem ser corrigidos (**Tabela 9**).

Tabela 9 Fatores de risco para hemorragia modificáveis e não modificáveis nos doentes anticoagulados em função dos scores de risco de hemorragia

Fatores de risco de hemorragia modificáveis

Hipertensão (especialmente quando a pressão arterial sistólica é > 160 mmHg)^{a,b,c}

INR lábil ou tempo na janela terapêutica $< 60\%$ ^a nos doentes sob tratamento com antagonistas da vitamina K

Medicação que aumenta o risco de hemorragia, tal como os fármacos antiplaquetários e os fármacos anti-inflamatórios não esteroides^{a,d}

Excesso de álcool (≥ 8 bebidas/semana)^{a,b}

Fatores de risco de hemorragia potencialmente modificáveis

Anemia^{b,c,d}

Função renal diminuída^{a,b,c,d}

Função hepática diminuída^b

Redução da contagem ou função plaquetar^b

Fatores de risco de hemorragia não modificáveis

Idade^e (> 65 anos)^a (≥ 75 anos)^{b,c,d}

História de hemorragia *major*^{a,b,c,d}

Acidente vascular cerebral prévio^{a,b}

Doença renal sob diálise ou transplante renal^{a,c}

Doença hepática cirrótica^a

Neoplasia maligna^b

Fatores genéticos^b

Fatores de risco de hemorragia em função dos biomarcadores

Troponina de alta sensibilidade^e

Fator de diferenciação do crescimento – 15^e

Creatinina sérica/CeCr estimada^e

ABC = idade, biomarcadores, história clínica; ATRIA = *AnTicoagulation and Risk factors in Atrial fibrillation*; AVK = antagonista da vitamina K; CeCr = depuração da creatinina; HAS-BLED = hipertensão, função renal/hepática alterada (1 ponto cada), AVC, história ou predisposição de hemorragia, INR lábil, idosos (> 65 anos), consumo concomitante de fármacos/álcool (1 ponto cada); INR = *international normalized ratio*; ORBIT = *Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation*; TIT = tempo no intervalo terapêutico.

^aDerivado do score HAS-BLED. ^bDerivado do score HEMORR₂HAGES.

^cDerivado do score ATRIA. ^dDerivado do score ORBIT. ^eDerivado do score de hemorragia ABC.

Tanto os anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K (NOACs; apixabano; dabigatran; edoxabano; rivaroxabano) como os antagonistas da vitamina K são anticoagulantes eficazes na prevenção do acidente vascular cerebral na FA. Nos doentes elegíveis, recomenda-se preferencialmente a iniciação com um NOAC em vez de antagonistas da vitamina K. Os NOACs não devem ser utilizados em doentes com estenose mitral moderada a grave ou com válvulas cardíacas mecânicas. Os ensaios com NOACs têm sido conduzidos com doses cuidadosamente selecionadas, incluindo regras claras para a redução da dose em doentes com doença renal (**Tabela 10**).

Os antiplaquetários (por exemplo a aspirina ou o clopidogrel) são inferiores aos anticoagulantes e não são recomendados para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA. Pode ser considerada a oclusão do apêndice auricular esquerdo (AAE) nos doentes com contraindicações claras para anticoagulação e a excisão cirúrgica do AAE pode ser realizada em concomitância com a cirurgia cardíaca ou como um procedimento toracoscópico independente.

Recomendações para a determinação do risco de acidente vascular cerebral e de hemorragia		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se o score CHA ₂ DS ₂ -VAS _c para a determinação do risco de acidente vascular cerebral nos doentes com FA.	I	A
Devem ser considerados os scores de risco de hemorragia nos doentes com FA sob anti-coagulação oral, para identificar os fatores de risco modificáveis para hemorragia <i>major</i> .	IIa	B
Podem ser considerados os biomarcadores tais como a troponina de alta sensibilidade e o peptídeo natriurético para apurar o risco de acidente vascular cerebral e de hemorragia nos doentes com FA.	IIb	B

FA = fibrilhação auricular; CHA₂DS₂-VAS_c = Insuficiência Cardíaca Congestiva, hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes, Acidente vascular cerebral (2 pontos) – Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino).

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

Tabela 10 Ajustamento da dose para os NOACs conforme avaliado nos ensaios da FASE III

	Dabigatrano (RE-LY) ^{318,425}	Rivaroxabano (ROCKET-AF) ^{320,426}	Apixabano (ARISTOTLE) ^{319,427}	Edoxabano (ENGAGE AF-TIMI 48) ³²¹
Depuração renal	80%	35%	25%	50%
Número de doentes	18 113	14 264	18 201	21 105
Dose	150 mg ou 110 mg duas vezes por dia	20 mg uma vez por dia	5 mg duas vezes por dia	60 mg ou 30 mg uma vez por dia
Critérios de exclusão de DRC	CeCr < 30 mL/min	CeCr < 30 mL/min	Creatinina sérica > 2,5 mg/dL ou CeCr < 25 mL/min	CeCr < 30 mL/min
Ajustamento da dose na DRC	Nenhum	15 mg uma vez por dia se a CeCr < 30 – 49 mL/min	2,5 mg duas vezes por dia se a creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL além de idade ≥ 80 anos ou peso ≤ 60 kg	30 mg ou 15 mg uma vez por dia se a CeCr < 50 mL/min
Porcentagem de doentes com DRC	20% com CeCr 30-49 mL/min	21% com CeCr 30 – 49 mL/min	15% com CeCr 30 – 50 mL/dL	19% com CeCr < 50 mL/min
Redução de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica	Sem interação com fase da DRC	Sem interação com fase da DRC	Sem interação com fase da DRC	ND
Redução das hemorragias <i>major</i> comparando com a varfarina	Redução na hemorragia <i>major</i> com dabigatrano foi superior nos doentes com TFGe > 80 mL/min com ambas as doses	Hemorragia <i>major</i> semelhante	Redução da hemorragia <i>major</i> com apixabano	ND

CeCr = depuração da creatinina; DRC = doença renal crônica; FA = fibrilhação auricular; ND = não disponível; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K; TFG = taxa de filtração glomerular.

Recomendações para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Recomenda-se a terapêutica anticoagulante oral para prevenir o tromboembolismo em todos os doentes homens com FA com um score CHA ₂ DS ₂ -VAS _C de 2 ou mais.	I	A
Recomenda-se a terapêutica anticoagulante oral para prevenir o tromboembolismo em todas as doentes mulheres com FA com um score CHA ₂ DS ₂ -VAS _C de 3 ou mais.	I	A
Deve ser considerada a terapêutica anticoagulante oral para prevenir o tromboembolismo nos doentes homens com FA com um score CHA ₂ DS ₂ -VAS _C de 1, considerando as características individuais e as preferências do doente.	IIa	B
Deve ser considerada a terapêutica anticoagulante oral para prevenir o tromboembolismo nas doentes mulheres com FA com um score CHA ₂ DS ₂ -VAS _C de 2, considerando as características individuais e as preferências da doente.	IIa	B
Recomenda-se a terapêutica com um antagonista da vitamina K (INR 2,0 – 3,0 ou superior) para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA com estenose mitral moderada a grave ou com válvulas cardíacas mecânicas.	I	B
Quando a anticoagulação oral é iniciada num doente com FA com indicação para um NOAC (apixabano, dabigatran, edoxabano ou rivaroxabano) recomenda-se de preferência um NOAC em vez de um antagonista da vitamina K.	I	A
Quando os doentes são tratados com um antagonista da vitamina K, o tempo no intervalo terapêutico (TIT) deve ser mantido tão elevado quanto possível e rigorosamente monitorizado.	I	A
Os doentes com FA, já sob tratamento com um antagonista da vitamina K, podem ser considerados para tratamento com um NOAC se o TIT não for bem controlado apesar da boa adesão ou se o doente não tiver contraindicações para um NOAC (p. ex. prótese valvular).	IIb	A
As combinações dos anticoagulantes orais e dos inibidores plaquetários aumentam o risco de hemorragia e devem ser evitadas nos doentes com FA e sem outra indicação para inibição plaquetária.	III (dano)	B
Nos doentes com FA, homens ou mulheres, sem fatores de risco adicionais de acidente vascular cerebral, não é recomendada a terapêutica anticoagulante ou antiplaquetária para prevenção do acidente vascular cerebral.	III (dano)	B
Não é recomendada a monoterapêutica antiplaquetária para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA, independentemente do risco de acidente vascular cerebral.	III (dano)	B

Recomendações para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA (continuação)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Os NOACs (apixabano, dabigatrano, edoxabano e rivaroxabano) não são recomendados nos doentes com válvulas cardíacas mecânicas (Nível de evidência B) ou com estenose mitral moderada a grave (Nível de evidência C).	III (dano)	B C

ACO = anticoagulação oral; AVK = antagonista da vitamina K; CHA₂DS₂-VAS_c = Insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes, Acidente vascular cerebral (2 pontos) – Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); FA = fibrilhação auricular; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K; TIT = tempo no intervalo terapêutico. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Oclusão e excisão do apêndice auricular esquerdo

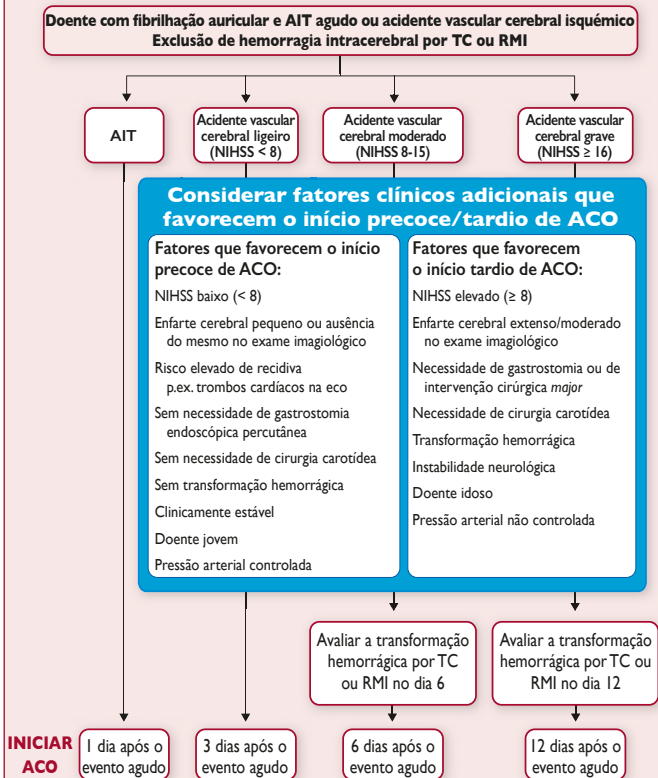
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Após a oclusão ou excisão cirúrgica do AAE, recomenda-se a continuação da anticoagulação nos doentes de risco com FA para prevenção do acidente vascular cerebral.	I	B
Pode ser considerada a oclusão do AAE para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA e com contraindicações para a terapêutica anti-coagulante a longo prazo (p. ex. aqueles com hemorragia que representa risco de vida prévio sem uma causa reversível).	IIb	B
Podem ser consideradas a oclusão ou a excisão cirúrgica do AAE para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA submetidos a cirurgia cardíaca.	IIb	B
Podem ser consideradas a oclusão ou a excisão cirúrgicas do AAE para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes submetidos a cirurgia toracoscópica da FA.	IIb	B

AAE = apêndice auricular esquerdo; FA = fibrilhação auricular. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Prevenção secundária do acidente vascular cerebral e anticoagulação após hemorragia intracerebral

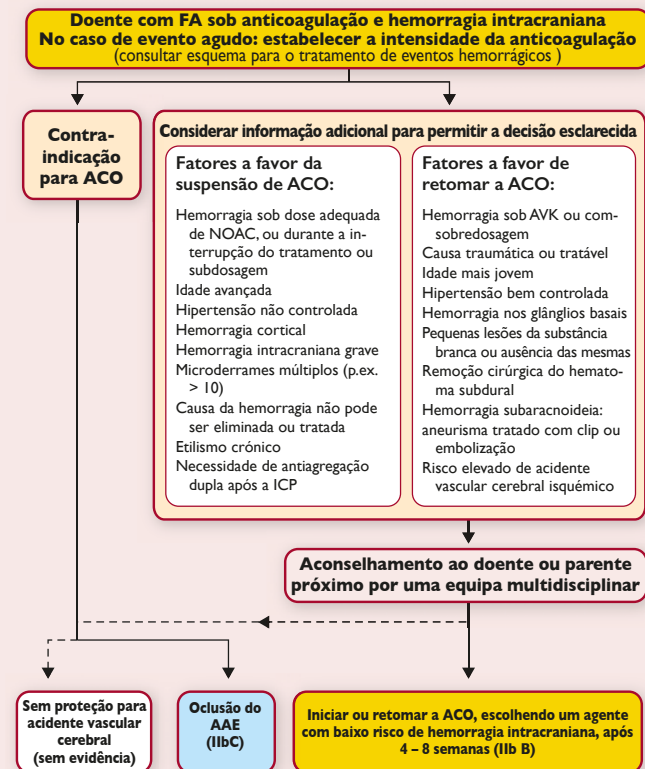
Os fatores de risco mais importantes de acidente vascular cerebral nos doentes com FA são a idade avançada e acidente vascular cerebral ou AIT prévios e o risco mais elevado de acidente vascular cerebral recorrente surge na fase inicial após um acidente vascular cerebral. O início de ACO nos doentes com FA após um acidente vascular cerebral ou um AIT agudo e após exclusão da presença de hemorragia intracerebral, necessita de ponderação entre o risco de acidente vascular cerebral e o risco de hemorragia intracraniana (Figura 5). É apresentado na Figura 6, o algoritmo de decisão multidisciplinar para iniciar ou recomeçar a ACO nos doentes com FA com hemorragia intracraniana.

Figura 5 Início ou continuação da anticoagulação nos doentes com FA após acidente vascular cerebral ou AIT. Esta abordagem baseia-se mais em opinião de consenso do que em dados prospectivos



AIT = acidente isquêmico transitório; ACO = anticoagulação oral; FA = fibrilhação auricular; NIHSS = *National Institutes of Health stroke severity scale* (disponível em http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/NIH_Stroke_Scale.pdf); RMI = ressonância magnética imagiológica; TC = tomografia computadorizada.

Figura 6 Iniciar ou retomar a anticoagulação nos doentes com FA após hemorragia intracraniana. Esta estratégia baseia-se na opinião de consenso e em dados retrospectivos. Em todos os doentes, é necessária a avaliação por uma equipa multidisciplinar antes do tratamento (neurologista, cardiologista, neurorradiologista e neurocirurgião)



AAE = apêndice auricular esquerdo; ACO = anticoagulação oral; AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; ICP = intervenção coronária percutânea; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K.

Recomendações para a prevenção secundária do acidente vascular cerebral		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Não se recomenda a anticoagulação com heparina ou com HBPM imediatamente após um acidente vascular cerebral isquêmico nos doentes com FA.	III (dano)	A
Nos doentes que sofreram um AIT ou um acidente vascular cerebral sob anticoagulação deve ser avaliada e otimizada a adesão à terapêutica.	IIa	C
Nos doentes que sofreram um acidente vascular cerebral isquêmico moderado a grave, sob anticoagulação, a anticoagulação deve ser interrompida durante 3 – 12 dias em função de uma avaliação multidisciplinar sobre o risco de acidente vascular cerebral agudo e de hemorragia.	IIa	C
Nos doentes com FA, que sofreram um acidente vascular cerebral, deve ser considerada a aspirina para a prevenção de outro acidente vascular cerebral até ao início ou recomeço da anticoagulação oral.	IIa	B
Não é recomendada a trombólise sistêmica com rtPA se o INR for superior a 1,7 (ou para os doentes tratados com dabigatran, se o aPTT estiver acima do normal).	III (dano)	C
Recomenda-se de preferência os NOACs relativamente aos AVKs ou à aspirina nos doentes com FA que tenham tido um acidente vascular cerebral prévio.	I	B
Após um AIT ou um acidente vascular cerebral, não se recomenda a terapêutica combinada de ACO e de um antiplaquetário.	III (dano)	B
Após uma hemorragia intracraniana, pode ser reiniciada a anticoagulação oral nos doentes com FA após 4 – 8 semanas desde que a causa da hemorragia ou fator de risco relevante tenham sido tratados ou controlados.	IIb	B

AIT = acidente isquêmico transitório; aPTT - tempo de tromboplastina parcial ativado; AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; HBPM = heparina de baixo peso molecular; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K; rtPA - ativador do plasminogénio tecidual recombinante. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Hemorragia nos doentes anticoagulados com fibrilhação auricular

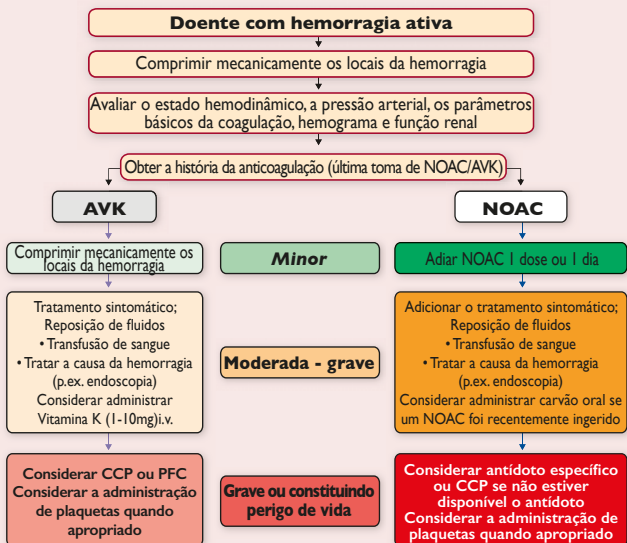
Minimizar os fatores corrigíveis que aumentam o risco de hemorragia (Tabela 9) parece fundamental para reduzir a taxa de hemorragias na ACO. Tal inclui:

1. Controlar a pressão arterial de acordo com as atuais recomendações sobre hipertensão.
2. Avaliar os eventos hemorrágicos anteriores; nos doentes em que foi identificada e corrigida a origem da hemorragia, pode ser reiniciada a ACO.
3. Alcançar um TTR elevado sob um AVK ou escolher a dose adequada de um NOAC avaliado nos ensaios clínicos, considerando a função renal, a idade e o peso.
4. Evitar o excesso de álcool.

5. Reduzir as quedas; no entanto, a ACO só deve ser recusada aos doentes com quedas graves não controladas (p.ex. epilepsia ou atrofia multissistêmica avançada com quedas para trás), ou em doentes selecionados com demência onde o cumprimento e a adesão terapêutica não podem ser assegurados por um responsável.
6. Quando a interrupção da ACO é solicitada, o *bridging* com heparina não parece ser benéfico, exceto nos doentes com válvulas cardíacas mecânicas.

Mesmo no tratamento otimizado, as hemorragias podem ocorrer e os profissionais de saúde devem estar preparados para as solucionar. Está representado na **Figura 7** um esquema para o tratamento de eventos hemorrágicos nos doentes sob ACO.

Figura 7 Tratamento da hemorragia ativa nos doentes sob anticoagulação. As instituições devem ter um protocolo aprovado.



AVK = antagonista da vitamina K; CCP = concentrado de complexo protrombínico; INR = *international normalized ratio*; i.v. = intravenoso; NOAC = anticoagulante coagulante oral não antagonista da vitamina K; PFC = plasma fresco congelado.

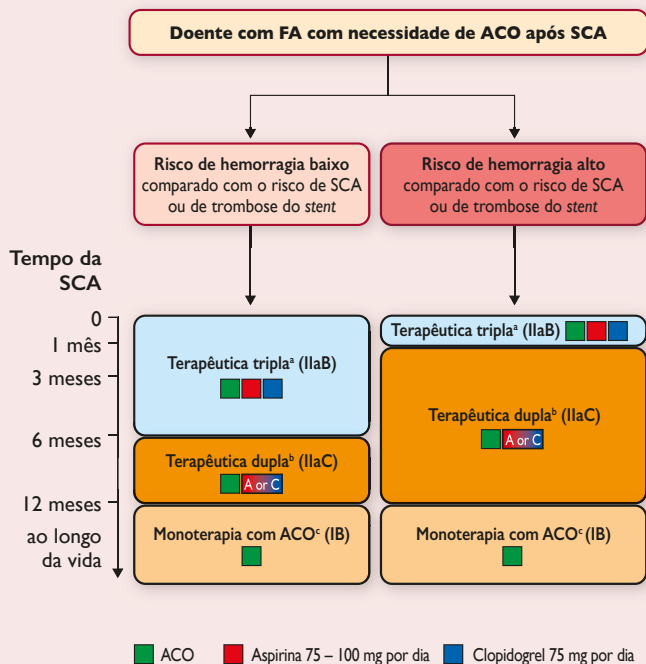
Recomendações para o tratamento da hemorragia		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Deve ser considerado o controlo da pressão arterial nos doentes anticoagulados com hipertensão para reduzir o risco de hemorragia.	IIa	B
No tratamento com dabigatrano, pode ser considerada uma dose reduzida (110 mg duas vezes por dia) nos doentes > 75 anos para reduzir o risco de hemorragia.	IIb	B
Nos doentes com alto risco de hemorragia gastrointestinal devem ser preferidos um AVK ou outro NOAC em vez do dabigatrano 150 mg duas vezes por dia, do rivaroxabano 20 mg uma vez por dia ou do edoxabano 60 mg uma vez por dia.	IIa	B
Deve ser considerado aconselhamento e tratamento para evitar o excesso de álcool em todos os doentes com FA considerados para ACO.	IIa	C
Não se recomendam testes genéticos antes do início da terapêutica com AVK.	III (sem benefício)	B
Deve ser considerado o reinício da ACO após um evento hemorrágico em todos os doentes considerados aptos por uma equipa multidisciplinar em FA, considerando os diferentes anticoagulantes e intervenções para prevenção de acidente vascular cerebral, melhoria do controlo dos fatores que aumentaram o risco de hemorragia e acidente vascular cerebral.	IIa	B
Nos doentes com FA com eventos hemorrágicos graves ativos, recomenda-se a interrupção da terapêutica anticoagulante até resolução da causa da hemorragia.	I	C

ACO = anticoagulação oral; AVK = antagonista da vitamina K; FA = Fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Terapêutica combinada com anticoagulantes orais e antiplaquetários

A prescrição de um ACO com terapêutica antiplaquetária, especialmente a terapêutica tripla, aumenta o risco absoluto de hemorragia *major*. A monoterapia de um ACO e, não a combinação com antiplaquetários, é recomendada nos doentes com FA e DC estável. Nos doentes tratados por SCA (Figura 8) e nos submetidos a implantação de stents coronários (Figura 9), uma terapêutica tripla combinada de curta duração com um ACO, clopidogrel e aspirina, parece ser segura.

Figura 8 Terapêutica antitrombótica após SCA nos doentes com FA que necessitam de anticoagulação



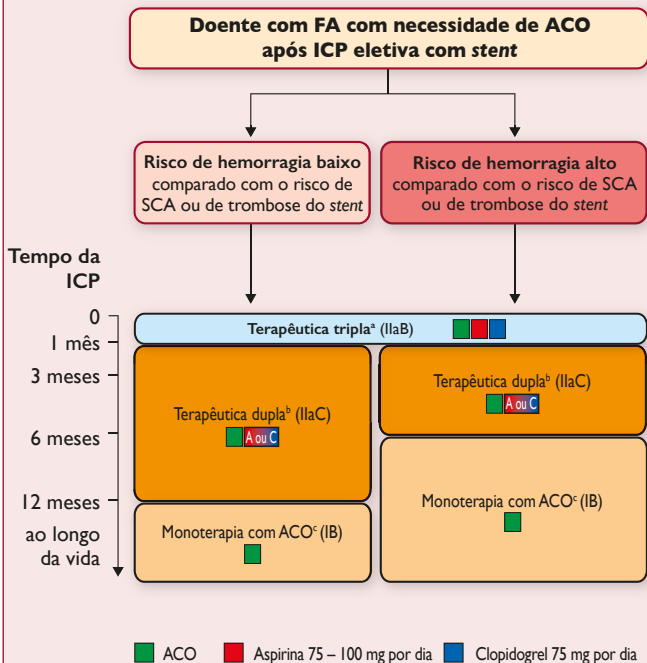
ACO = anticoagulação oral (utilizando antagonistas da vitamina K ou anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K); FA = fibrilhação auricular; ICP = intervenção coronária percutânea; SCA = síndrome coronária aguda.

^aPode ser considerada a terapêutica dupla com ACO e aspirina ou clopidogrel em doentes selecionados, especialmente os não submetidos a implantação de stent.

^bACO e agente antiplaquetário único.

^cPode ser considerada uma terapêutica dupla com ACO e um agente antiplaquetário (aspirina ou clopidogrel) nos doentes de alto risco para eventos coronários.

Figura 9 Terapêutica antitrombótica após intervenção percutânea eletiva nos doentes com FA que necessitam de anticoagulação



ACO = anticoagulação oral (utilizando antagonistas da vitamina K ou anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K); FA = fibrilhação auricular; ICP = intervenção coronária percutânea; SCA = síndrome coronária aguda.

^aPode ser considerada a terapêutica dupla com ACO e aspirina ou clopidogrel em doentes selecionados.

^bACO e agente antiplaquetário único.

^cPode ser considerada uma terapêutica dupla com ACO e com um agente antiplaquetário (aspirina ou clopidogrel) nos doentes de alto risco para eventos coronários.

Recomendações para a terapêutica combinada com anticoagulantes orais e antiplaquetários

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Após implantação eletiva de <i>stent</i> coronário na doença coronária estável nos doentes com FA em risco de acidente vascular cerebral, deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e um anticoagulante oral durante 1 mês para prevenir a recidiva de eventos isquémicos coronários e cerebrais.	Ila	B
Após um episódio de SCA com implantação de <i>stent</i> nos doentes com FA em risco de acidente vascular cerebral, deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e com um anticoagulante oral durante 1 – 6 meses para prevenir a recidiva de eventos isquémicos coronários e cerebrais.	Ila	C
Após um episódio de SCA sem implantação de <i>stent</i> nos doentes com FA em risco de acidente vascular cerebral, deve ser considerada uma terapêutica dupla com um anticoagulante oral e aspirina ou clopidogrel durante cerca de 12 meses para prevenir a recidiva de eventos isquémicos coronários e cerebrais.	Ila	C
A duração da terapêutica antitrombótica combinada, em especial a terapêutica tripla, deve ser mantida por um período limitado, ajustando o risco estimado de eventos coronários e de hemorragias recorrentes.	Ila	B
Pode ser considerada a terapêutica dupla com um anticoagulante oral adicionado de clopidogrel 75 mg/dia, como alternativa à terapêutica tripla inicial com aspirina em doentes selecionados.	Ilb	C

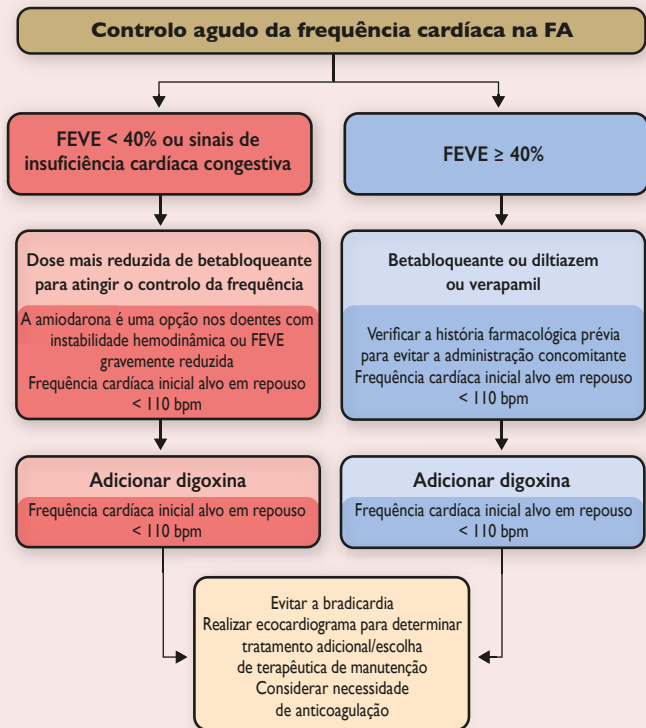
FA = fibrilhação auricular; SCA = síndromes coronárias agudas. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

7. Terapêutica de controlo da frequência na FA

O controlo agudo (Figura 10) ou a longo prazo (Figura 11) da frequência pode ser alcançado através de betabloqueantes, digoxina, bloqueadores dos canais de cálcio diltiazem e verapamil, ou de uma terapêutica combinada (Tabela II). A frequência cardíaca alvo ótima nos doentes com FA não está estabelecida, mas a evidência sugere que um controlo flexível da frequência (frequência cardíaca < 110 batimentos/minuto em repouso) é uma abordagem inicial aceitável a não ser que os sintomas obriguem a um controlo mais rigoroso da frequência. A bradicardia deve ser evitada. Os betabloqueantes são muitas vezes o agente de primeira linha no controlo da frequência, embora mesmo nos doentes com IC-FEr, não haja benefício no prognóstico da FA. O verapamil ou o diltiazem são agentes adequados no controlo da frequência nos doentes com FA com FEVE ≥ 40% e têm demonstrado reduzir os sintomas. Os glicosídeos cardíacos tais como a digoxina e a digitoxina têm uma evidência base limitada, mas parecem ser eficazes no controlo da frequência sem efeitos mensuráveis na mortalidade. A ablação do nódulo auriculoventricular/feixe de His pode controlar

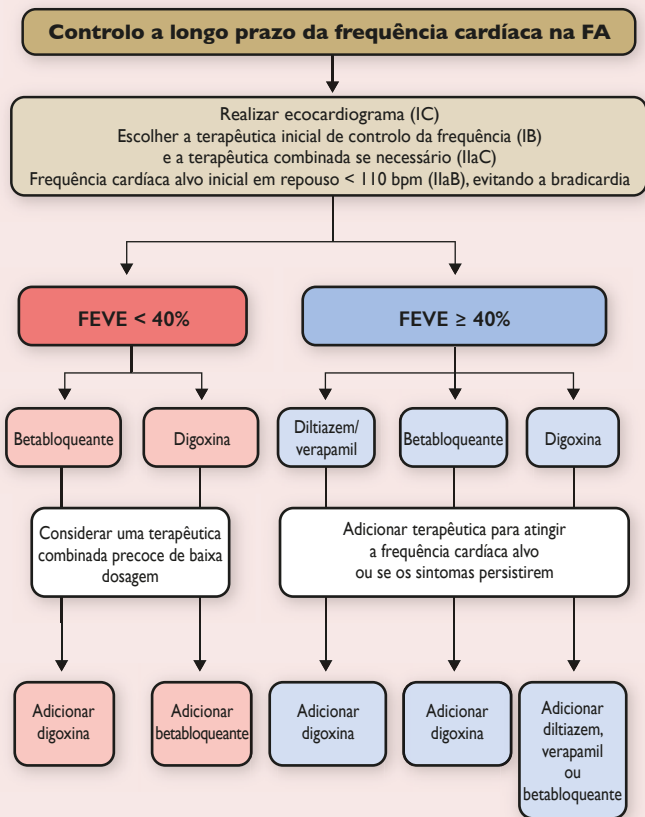
a frequência ventricular eficazmente quando a medicação falha, mas requer a implantação de um *pacemaker* permanente. Nos doentes críticos e naqueles com função sistólica VE gravemente diminuída, a amiodarona intravenosa é também uma opção e a cardioversão urgente deve ser considerada sempre nos doentes instáveis.

Figura 10 Controlo agudo da frequência cardíaca na FA.



Consultar a Tabela 10 para dosagem da medicação. A digitoxina é uma alternativa viável à digoxina, quando disponível.
bpm = batimentos por minuto; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda.

Figura 11 Controlo a longo prazo da frequência cardíaca na FA



Consultar a Tabela 11 para dosagem da medicação. A digitoxina é uma alternativa viável à digoxina, quando disponível.
bpm = batimentos por minuto; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda.

Tabela 1 | Terapêutica de controlo da frequência na fibrilhação auricular

Terapêutica	Controlo agudo da frequência intravenosa	Controlo a longo prazo da frequência oral
Betabloqueantes^a		
Bisoprolol	N/D	1,25 – 20 mg uma vez por dia ou fracionado
Carvedilol	N/D	3,125 – 50 mg duas vezes por dia.
Metoprolol	2,5 – 10 mg de bolus intravenoso (repetir conforme necessário)	100 – 200 mg de dose diária total (de acordo com a preparação)
Nebivolol	N/D	2,5 – 10 mg uma vez por dia ou fracionado
Esmolol	0,5 mg/kg de bolus intravenoso durante 1 min; seguidamente 0,05 – 0,25 mg/kg/min.	
Bloqueadores dos canais de cálcio		
Diltiazem	15 – 25 mg de bolus intravenoso (repetir conforme necessário)	60 mg 3 vezes por dia até 360 mg de dose diária total (120 – 360 mg uma vez por dia com liberação modificada)
Verapamil	2,5 – 10 mg de bolus intravenoso (repetir conforme necessário)	40 – 120 mg 3 vezes por dia (120 – 480 mg de liberação modificada, uma vez por dia).
Glicosídeos cardíacos		
Digoxina	0,5 mg de bolus intravenoso (0,75 – 1,5 mg durante 24 horas em doses fracionadas)	0,0625 – 0,25 mg de dose diária.
Digitoxina	0,4 – 0,6 mg de bolus intravenoso.	0,05 – 0,3 mg de dose diária.
Indicações específicas		
Amiodarona	300 mg diluídos em 250 mL de dextrose 5% durante 30 – 60 minutos (preferencialmente via cateter venoso central).	200 mg por dia

DRC = doença renal crónica; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda; VE = ventricular esquerda.

^aOutros betabloqueantes estão também disponíveis, mas não são recomendados como terapêutica específica de controlo da frequência na FA. Incluindo o atenolol (25 – 100 mg uma vez por dia com semi vida curta), o

Perfil de efeitos colaterais	Comentários
Os sintomas adversos reportados mais comuns são fadiga, cefaleia, edema periférico, sintomas do trato respiratório superior, perturbações gastrointestinais e tonturas. Os efeitos adversos incluem bradicardia, bloqueio auriculoventricular e hipotensão.	O broncoespasmo é raro – em doentes com asma, recomendam-se agentes beta-1 seletivos (devendo-se evitar o carvedilol). Contraindicados na insuficiência cardíaca aguda e se há antecedentes de broncoespasmo grave.
Os sintomas adversos reportados mais comuns são tonturas, mal-estar geral, fadiga, cefaleia, afrontamentos, perturbações gastrointestinais e edema. Os efeitos adversos incluem bradicardia, bloqueio auriculoventricular e hipotensão (sendo possível hipotensão prolongada com verapamil).	Níveis plasmáticos elevados estão associados a risco aumentado de morte. Deve ser avaliada a função renal antes de iniciar a terapêutica e adaptar-se a dose nos doentes com DRC. Contraindicados em doentes com vias acessórias, taquicardia ventricular e miocardiopatia hipertrófica com obstrução do trato de saída.
Os sintomas adversos reportados mais comuns são perturbações gastrointestinais, tonturas, visão turva, cefaleia e erupção cutânea. Nos estados tóxicos (níveis séricos > 2 ng/mL), a digoxina é proarrítmica e pode agravar a insuficiência cardíaca, especialmente se coexistir hipocaliémia.	Níveis plasmáticos elevados estão associados a risco aumentado de morte. Deve ser avaliada a função renal antes de iniciar a terapêutica e adaptar-se a dose nos doentes com DRC. Contraindicados em doentes com vias acessórias, taquicardia ventricular e miocardiopatia hipertrófica com obstrução do trato de saída.
Hipotensão, bradicardia, náuseas, prolongamento do QT, toxicidade pulmonar, descoloração da pele, disfunção tiroideia, depósitos na córnea e reação cutânea com extravasamento.	Sugerida como terapêutica adjuvante nos doentes em que o controlo da frequência cardíaca não é obtido com terapêutica combinada.

propranolol (não seletivo, 1 mg durante 1 min com repetição até 3 mg com intervalos de 2 min [agudo] ou 10 – 40 mg três vezes por dia (a longo prazo) ou o labetalol (não seletivo, 1 – 2 mg/min [agudo]).

^bSe necessário manter amiodarona intravenosa mais tempo, prosseguir com 900 mg durante 24 horas diluídos em 500 – 1000 mL, através de cateter venoso central.

Recomendações para o controlo da frequência		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Os bloqueadores-beta, a digoxina, o diltiazem ou o verapamil são recomendados para controlar a frequência cardíaca nos doentes com FA com FEVE \geq 40%.	I	B
Os bloqueadores-beta e/ou a digoxina são recomendados para controlar a frequência cardíaca nos doentes com FA com FEVE $<$ 40%.	I	B
Deve ser considerada terapêutica combinada incluindo diferentes agentes de controlo da frequência se não for possível atingir a frequência cardíaca alvo com um fármaco isolado.	IIa	C
Nos doentes com instabilidade hemodinâmica ou com depressão grave da FEVE, pode ser considerada a amiodarona para controlo agudo da frequência cardíaca.	IIb	B
Nos doentes com FA permanente (ou seja, em que não se planeie tentativa de restauração do ritmo sinusal), os fármacos antiarrítmicos não devem ser administrados por rotina para controlo da frequência.	III (dano)	A
Uma frequência cardíaca em repouso $<$ 110 bpm (ou seja, controlo não agressivo da frequência) deve ser considerada como frequência cardíaca inicial alvo na terapêutica de controlo da frequência.	IIa	B
As estratégias de controlo do ritmo devem ser preferidas às estratégias de controlo da frequência no tratamento da FA pré-excitada e da FA durante a gravidez.	IIa	C
Deve ser considerada a ablação do nódulo auriculoventricular para controlar a frequência cardíaca em doentes sem resposta adequada ou intolerantes à terapêutica intensiva de controlo da frequência e do ritmo, aceitando que estes doentes se tornarão dependentes de <i>pacemaker</i> .	IIa	B

bpm = batimentos por minuto; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência. A digitoxina é uma alternativa viável à digoxina, quando disponível. Nos doentes com IC-FEr (FEVE $<$ 40%), são recomendados os seguintes bloqueadores-beta: bisoprolol, carvedilol, metoprolol de ação prolongada e nebivolol.

8. Terapêutica de controlo do ritmo na fibrilhação auricular

Restaurar e manter o ritmo sinusal constitui uma parte integrante do tratamento sintomático da FA em doentes adequados. São ainda necessários resultados de ensaios clínicos em curso antes de ser possível avaliar o benefício da terapêutica de controlo do ritmo para além da melhoria sintomática.

Restauração aguda do ritmo sinusal

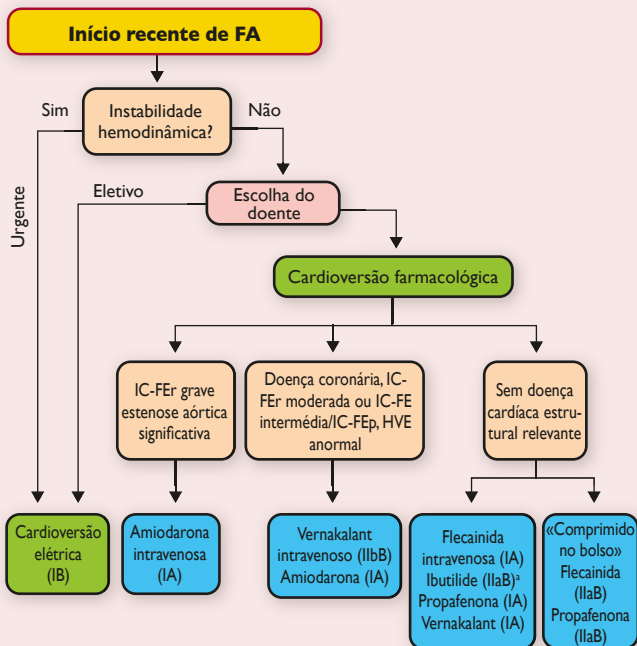
A cardioversão elétrica é uma técnica útil para o controlo do ritmo, especialmente em situações agudas e nos doentes sintomáticos com FA crónica (Figura 12).

Os fármacos antiarrítmicos (FAA) duplicam aproximadamente a taxa de conversão a ritmo sinusal quando comparados com placebo. Podem ser utilizados na cardioversão, sem sedação (Tabela 12), inclusive na estratégia «comprimido no

bolso». A ablação por cateter, a ablação cirúrgica ou a terapêutica combinada/híbrida são muitas vezes eficazes quando os FAA falham e podem ser o tratamento de primeira linha em doentes selecionados.

Os doentes que estão em FA há mais de 48 horas devem iniciar ACO pelo menos 3 semanas antes da cardioversão e manter a ACO nas 4 semanas seguintes (ou indefinidamente se estiverem presentes fatores de risco para acidente vascular cerebral). Pode ser efetuada ecocardiografia transesofágica para exclusão de trombos auriculares se for necessária cardioversão mais precoce.

Figura 12 Tratamento do controlo do ritmo no FA de início recente.



FA = fibrilhação auricular; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; IC-FEp = insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; IC-FEr = insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.

*Ibutilide não deve ser administrada nos doentes com intervalo QT longo.

Tabela 12 Fármacos antiarrítmicos para a cardioversão farmacológica

Fármaco	Via	1.ª dose	Dose de seguimento	Riscos
Flecainida	Oral IV	200 – 300 mg 1,5 – 2 mg/kg durante 10 min	N/D	Hipotensão, <i>flutter</i> auricular com condução 1:1, prolongamento do QT. Evitar em doentes com CI e/ou doença cardíaca estrutural significativa.
Amiodarona	IV ^a	5 – 7 mg/kg durante 1 – 2 horas	50 mg/hora para um máximo de 1,0 g durante 24 horas	Flebite, hipotensão, bradicardia/bloqueio AV. Vai diminuir a frequência ventricular. Conversão retardada a ritmo sinusal (8 – 12 horas).
Propafenona	IV Oral	1, 5 – 2 mg/kg durante 10 min 450 – 600 mg		Hipotensão, <i>flutter</i> auricular com condução 1:1, prolongamento do QRS (ligeiro). Evitar em doentes com CI e/ou doença cardíaca estrutural significativa.
Ibutilide ^b	IV	1 mg durante 10 min	1 mg durante 10 min após aguardar 10 min	Prolongamento do QT, taquicardia ventricular polimórfica/ <i>torsade de pointes</i> (3 – 4% dos doentes). Vai diminuir a frequência ventricular. Evitar em doentes com prolongamento do QT, hipocaliémia, HVE grave ou fração de ejeção reduzida.
Vernakalant	IV	3 mg/kg durante 10 min	2 mg/kg durante 10 min após aguardar 15 min	Hipotensão, arritmias ventriculares não mantidas, prolongamento do QT e do QRS. Evitar em doentes com PAS < 100 mmHg, SCA recente (< 30 dias), insuficiência cardíaca NYHA Classes III e IV, prolongamento do intervalo do QT (QT não corrigido > 440 ms) e estenose aórtica grave.

CI = cardiopatia isquémica; HVE = hipertrofia ventricular esquerda; IV = intravenoso; NYHA = New York Heart Association; PAS = pressão arterial sistólica; SCA = síndromes coronárias agudas.

^aUtilizar um vaso periférico de grande calibre e mudar para amiodarona oral no período de 24 h de administração IV (linha central).

^bIbutilide está apenas disponível em alguns países europeus.

Controlo do ritmo a longo prazo

A decisão de administração a longo prazo de FAA deve ter em conta que:

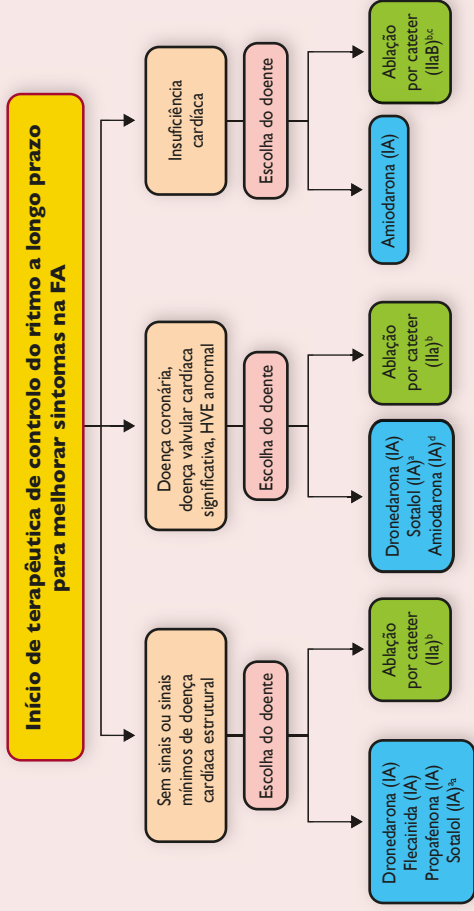
1. O objetivo do tratamento é reduzir os sintomas relacionados com a FA.
2. A eficácia dos FAA para manter o ritmo sinusal é reduzida.
3. Os FAA clinicamente bem sucedidos podem reduzir mas não eliminar a recorrência da FA.
4. Se um FAA «falhar», pode ser alcançada uma resposta clinicamente aceitável com outro fármaco.
5. A proarritmia induzida por fármacos ou os efeitos secundários extracardíacos são frequentes.
6. As considerações sobre a segurança são mais importantes do que as considerações sobre a eficácia e devem orientar em primeiro lugar a escolha de um FAA.

Para reduzir o risco dos efeitos secundários, a utilização a curto prazo de um FAA parece desejável, por exemplo após a cardioversão ou a ablação. O tratamento a mais longo prazo deve considerar com atenção o perfil de segurança de cada FAA e as características do doente (Figura 13). A análise cuidadosa de eventuais alterações eletrocardiográficas durante o início de tratamento com um FAA (intervalos PR, QRS e QT) pode identificar doentes em risco de desenvolver proarritmia induzida por fármacos (Tabela 13). Os FAA não devem ser administrados em doentes com prolongamento do QT pré-existente ou em doentes, sem *pacemaker* implantado, que tenham disfunção nodal sinoauricular ou auriculoventricular significativa.

A ablação por cateter está indicada para melhorar os sintomas de FA nos doentes que têm recidivas sintomáticas de FA sob tratamento com FAA, ou como alternativa aos FAA em doentes selecionados com FA paroxística sintomática, realizada em centros com experiência por equipas adequadamente treinadas. Para minimizar as complicações periprocedimento (Tabela 13), os doentes devem submeter-se a ablação da FA sob ACO contínua. Os doentes com recidivas da FA apesar de tratamento com diversos FAA e/ou após a ablação por cateter devem ser avaliados por uma *Heart Team* de FA.

O tratamento de situações cardiovasculares concomitantes pode também reduzir a carga dos sintomas na FA e facilitar a manutenção do ritmo sinusal, incluindo a redução do peso, o controlo da pressão arterial, o tratamento da insuficiência cardíaca e exercício moderado. Os inibidores ECA, ARAs e bloqueadores-beta reduzem o início de novo da FA em doentes com doença cardíaca estrutural.

Figura 13 Início de terapêutica de controlo do ritmo em doentes sintomáticos



FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda.

^aA utilização do sotalol requer uma avaliação cuidadosa do risco proarritmico.

^bA ablação por cateter deve ter como objetivo o isolamento das veias pulmonares e pode ser efetuada utilizando radiofrequência ou criablação.

^cA ablação por cateter como terapêutica de primeira linha é geralmente reservada para doentes com insuficiência cardíaca com taquicardiomiopatia.

^dA amiodarona é uma terapêutica de segunda escolha em muitos doentes devido aos seus efeitos colaterais extracardíacos.

Recomendações para a terapêutica de controlo do ritmo		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Recomendações gerais		
A terapêutica de controlo do ritmo está indicada para a melhoria dos sintomas nos doentes com FA.	I	B
O tratamento de fatores de risco cardiovascular e a evicção de eventuais <i>triggers</i> de FA devem ser utilizados em doentes sob terapêutica de controlo de ritmo para facilitar a manutenção em ritmo sinusal.	Ila	B
Com a exceção da FA associada à instabilidade hemodinâmica, a escolha entre a cardioversão elétrica e farmacológica deve ser orientada de acordo com as preferências do doente e do médico.	Ila	C
Cardioversão de FA		
Recomenda-se a cardioversão elétrica da FA nos doentes com instabilidade hemodinâmica aguda para restaurar o débito cardíaco.	I	B
Recomenda-se a cardioversão da FA (elétrica ou farmacológica) nos doentes sintomáticos com FA persistente ou com FA persistente de longa data como parte da terapêutica de controlo de ritmo.	I	B
Deve ser considerado o pré-tratamento com amiodarona, flecainida, ibutilide ou propafenona para aumentar o sucesso da cardioversão elétrica e prevenir a recorrência de FA.	Ila	B
Em doentes sem história de doença cardíaca isquémica ou estrutural, são recomendadas a flecainida, a propafenona ou o vernakalant para cardioversão farmacológica da FA de início de novo.	I	A
Em doentes sem história de doença cardíaca isquémica ou estrutural, deve ser considerado o ibutilide para a conversão farmacológica da FA.	Ila	B
Em doentes selecionados com início recente de FA e sem doença cardíaca estrutural ou isquémica significativa, deve ser considerada uma dose oral única de flecainida ou de propafenona (estratégia «comprimido no bolso») para a cardioversão orientada pelo doente, após avaliação da segurança.	Ila	B
Nos doentes com doença cardíaca isquémica e/ou estrutural, recomenda-se a amiodarona para a cardioversão de FA.	I	A

Recomendações para a terapêutica de controlo do ritmo (continuação)		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Cardioversão de FA (continuação)		
Pode ser considerado o vernakalant como alternativa à amiodarona para a cardioversão farmacológica da FA em doentes sem hipotensão, insuficiência cardíaca grave ou doença cardíaca estrutural grave (especialmente estenose aórtica).	IIb	B
Prevenção de acidente vascular cerebral nos doentes selecionados para cardioversão de FA		
A anticoagulação com heparina ou com um NOAC deve ser iniciada logo que possível antes de qualquer cardioversão de FA ou <i>flutter</i> auricular.	IIa	B
Para a cardioversão da FA/ <i>flutter</i> auricular, recomenda-se anticoagulação eficaz durante um mínimo de 3 semanas antes da cardioversão.	I	B
Recomenda-se a ecocardiografia transesofágica (ETE) para excluir trombos cardíacos como alternativa à anticoagulação pré-procedimento quando a cardioversão precoce é planeada.	I	B
Pode ser realizada cardioversão precoce sem ETE em doentes com duração inequívoca de FA < 48 horas.	IIa	B
Nos doentes em risco de acidente vascular cerebral, deve-se dar continuidade a longo prazo à terapêutica anticoagulante após a cardioversão de acordo com as recomendações para a anticoagulação a longo prazo, independentemente do método de cardioversão ou da manutenção aparente do ritmo sinusal. Nos doentes sem fatores de risco de acidente vascular cerebral, recomenda-se anticoagulação durante 4 semanas após a cardioversão.	I	B
Nos doentes em que são identificados trombos na ETE, recomenda-se anticoagulação eficaz durante pelo menos 3 semanas.	I	C
Deve ser considerada a repetição da ETE para assegurar a resolução do trombo antes da cardioversão.	IIa	C
Fármacos anti-arrítmicos para a manutenção a longo prazo do ritmo sinusal/prevenção da FA recorrente		
A escolha de um FAA necessita de ser cuidadosamente avaliada, nomeadamente quanto à presença de comorbilidades, risco cardiovascular, potencial para proarritmia grave, efeitos tóxicos extracardíacos, preferências do doente, e gravidade dos sintomas.	I	A

Recomendações para a terapêutica de controlo do ritmo (continuação)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Fármacos anti-arrítmicos para a manutenção a longo prazo do ritmo sinusal/prevenção da FA recorrente (continuação)		
Recomendam-se a dronedarona, a flecaínida, a propafenona ou o sotalol para a prevenção de FA sintomática recorrente nos doentes com função ventricular esquerda normal e sem hipertrofia ventricular esquerda patológica.	I	A
Recomenda-se a dronedarona para a prevenção de FA sintomática recorrente nos doentes com doença coronária estável e sem insuficiência cardíaca.	I	A
Recomenda-se a amiodarona para a prevenção de FA sintomática recorrente nos doentes com insuficiência cardíaca.	I	B
A amiodarona é mais eficaz na prevenção de recorrências da FA do que qualquer outro FAA, mas os efeitos tóxicos extracardíacos são comuns e aumentam com o tempo. Por este motivo, deve ser considerado em primeiro lugar outro FAA.	IIa	C
Os doentes sob terapêutica com FAA devem ser periodicamente avaliados para confirmar a sua elegibilidade para o tratamento.	IIa	C
Deve ser considerado o registo eletrocardiográfico durante a iniciação da terapêutica com um FAA para monitorizar a frequência cardíaca, para detetar eventuais prolongamentos dos intervalos QRS e QT e a ocorrência de bloqueio AV.	IIa	B
Não se recomenda a terapêutica com FAA em doentes com intervalo QT prolongado (> 0,5 s) ou naqueles com doença do nódulo sinoauricular significativa ou com disfunção nodal AV que não tenham um <i>pacemaker</i> permanente normofuncionante.	III (dano)	C
Deve ser considerada a implantação de <i>pacemaker</i> permanente com <i>pacing</i> auricular em doentes sob tratamento farmacológico que induza ou agrave disfunção do nódulo sinusal para permitir o prosseguimento da terapêutica com FAA em doentes em que a ablação da FA seja recusada ou não esteja indicada.	IIa	B
Deve ser considerada a continuação da terapêutica com FAA para além do «período cego» após ablação da FA para manutenção do ritmo sinusal quando as recorrências pareçam prováveis.	IIa	B

Recomendações para a terapêutica de controlo do ritmo (continuação)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Efeitos antiarrítmicos dos fármacos não antiarrítmicos		
Devem ser considerados os IECAs, os ARAs e os betabloqueantes para a prevenção do restabelecimento da FA nos doentes com insuficiência cardíaca e com fração de ejeção reduzida.	IIa	A
Devem ser considerados os IECAs e os ARAs para a prevenção do restabelecimento da FA nos doentes com hipertensão, em particular os que têm hipertrofia VE.	IIa	B
Pode ser considerado o pré-tratamento com IECAs ou com ARAs nos doentes com FA recorrente, submetidos a cardioversão elétrica e sob terapêutica farmacológica antiarrítmica.	IIb	B
Não se recomendam os ARAs ou os IECAs para a prevenção secundária da FA paroxística nos doentes com cardiopatia ligeira ou sem cardiopatia.	III (sem benefícios)	B
Devem ser considerados os IECAs, os ARAs e os betabloqueantes para a prevenção da FA de início recente nos doentes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida.	IIa	A
Devem ser considerados os IECAs e os ARAs para a prevenção da FA de início recente nos doentes com hipertensão, em particular com hipertrofia VE.	IIa	B
Pode ser considerado o pré-tratamento com IECAs ou com ARAs nos doentes com FA recorrente, que vão ser submetidos a cardioversão elétrica e sob terapêutica com fármacos antiarrítmicos.	IIb	B
Não se recomendam os IECAs ou aos ARAs para a prevenção secundária da FA paroxística nos doentes com cardiopatia ligeira ou sem cardiopatia.	III (sem benefícios)	B

ARA = antagonista dos recetores da angiotensina; AV = aurículo ventricular; CHA₂DS₂-VAS_C = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes, Acidente vascular cerebral (2 pontos), Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); ECG = eletrocardiograma; ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármacos antiarrítmicos; IECA = inibidor da enzima de conversão da angiotensina; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K; VE = ventricular esquerda.

^aClasse de de recomendação.

^bNível de evidência.

Tabela 13 Complicações relacionadas com a ablação da FA por cateter

Complicações graves	Tipo de complicação	Taxa
Complicações com risco de vida	Morte periprocedimento	< 0,2%
	Lesão esofágica (perfuração/fístula) ^a	< 0,5%
	Acidente vascular cerebral periprocedimento (incluindo AIT/embolismo gasoso)	< 1%
	Tamponamento cardíaco	1 – 2%
Complicações graves	Estenose das veias pulmonares	< 1%
	Paralisia persistente do nervo frénico	1 – 2%
	Complicações vasculares	2 - 4%
	Outras complicações graves	≈ 1%
Outras complicações de gravidade moderada ou <i>minor</i>		1 – 2 %
Significado desconhecido	Embolia cerebral assintomática (acidente vascular cerebral silencioso) ^b	5 – 20%
	Exposição à radiação	

AIT = acidente isquémico transitório; FA = fibrilhação auricular.

^aDeve-se suspeitar de fístula esofágica nos doentes que se apresentam com uma tríade de sinais não específicos como infeção, dor torácica e acidente vascular cerebral ou AIT nas primeiras semanas após um procedimento de ablação. Requer terapêutica imediata.

^b< 10% para crioablação ou ablação por radiofrequência, > 20% para ablação por radiofrequência faseada.

Tabela 14 Fármacos antiarrítmicos orais utilizados para manter o ritmo sinusal após a

Fármaco	Dose	Contraindicações e precauções principais
Amiodarona	600 mg em doses divididas durante 4 semanas, 400 mg durante 4 semanas, seguidamente 200 mg uma vez por dia	Precaução ao administrar terapêutica concomitante com fármacos que prolonguem o intervalo QT e em doentes com doença do nódulo sinusal ou do nódulo AV e doença do tecido de condução. A dose de AVKs e de digitálico deve ser reduzida. Risco acrescido de miopatias com estatinas. Precaução nos doentes com doença hepática pré-existente.
Dronedarona	400 mg duas vezes por dia	Contraindicada nas Classes III ou IV da NYHA ou com insuficiência cardíaca instável, durante a terapêutica concomitante com fármacos que prolonguem o intervalo QT ou com inibidores potentes da CYP3A4 (ex. verapamil, diltiazem, agentes antifúngicos azóis) e quando a ClCr <30 mL/min. A dose de digitálico, de betabloqueante e de algumas estatinas deve ser reduzida. As elevações da creatinina sérica de 0,1 – 0,2 mg/dL são comuns e não refletem o agravamento da função renal. Precaução nos doentes com doença hepática pré-existente.
Flecainida	100 – 150 mg duas vezes por dia	Contraindicada se a ClCr <50 mg/mL, doença hepática, DCI ou FEVE reduzida. Precaução na presença de doença do nódulo sinusal ou nódulo AV ou de doença do tecido de condução. Os inibidores da CYP2D6 (p. ex. fluoxetina ou antidepressivos tricíclicos) aumentam a concentração plasmática.
Flecainida de liberação prolongada	200 mg uma vez por dia	
Propafenona	150 – 300 mg três vezes por dia	Contraindicado na DCI ou na FEVE reduzida. Precaução na presença de doença do nódulo sinusal ou do nódulo AV e da doença do tecido de condução, de insuficiência renal ou hepática e de asma. Aumenta a concentração de digitálicos e de varfarina.
Propafenona SR	225 – 425 mg duas vezes por dia	
Sotalol d,l	80 – 160 mg duas vezes por dia	Contraindicado na presença de hipertrofia VE significativa, de insuficiência cardíaca sistólica, de asma, prolongamento pré-existente do QT, hipocaliemia, CeCR < 50 mg/mL. A disfunção renal moderada requer adaptação cuidadosa da dose.

AVK = antagonista da vitamina K; bpm = batimentos por minuto; CeCR = depuração da creatinina; DCI = doença cardíaca = New York Heart Association.

cardioversão

Sinais de aviso que justificam a descontinuação	Redução no nóculo AV	Monitorização eletrocardiográfica sugerida durante o início da terapêutica
Prolongamento do QT > 500 ms	10 – 12 bpm na FA	Basal, 1 semana, 4 semanas
Prolongamento do QT > 500 ms	10 – 12 bpm na FA	Basal, 1 semana, 4 semanas
Aumento da duração do QRS >25% sobre o valor basal	Nenhuma	Basal, dia 1, dias 2 - 3
Aumento da duração do QRS >25% sobre o valor basal	Discreta	Basal, dia 1, dias 2 - 3
Intervalo QT > 500 ms. Prolongamento do QT >60 ms em relação ao início da terapêutica	Semelhante à dose elevada dos bloqueadores	Basal, dia 1, dias 2 - 3

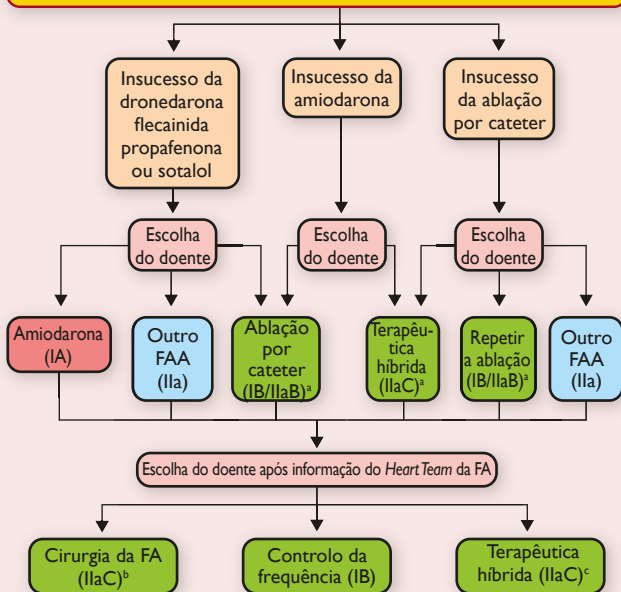
ca isquêmica; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda; NYHA

Seleção do controle do ritmo na sequência do insucesso do tratamento

As preferências do doente, o acesso local à terapêutica e uma abordagem multidisciplinar são considerações importantes para informar sobre a escolha da terapêutica do controle do ritmo após o insucesso da terapêutica inicial (Figura 14). Recidivas precoces de FA ou taquicardias auriculares após a ablação (que surgem no período de 8 semanas) podem ser tratadas com cardioversão.

Figura 14 Seleção das estratégias de controle do ritmo na sequência do insucesso do tratamento.

Seleção da terapêutica adicional para controlo do ritmo após o insucesso da terapêutica para melhoria dos sintomas da FA



FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; IVP = isolamento das veias pulmonares.

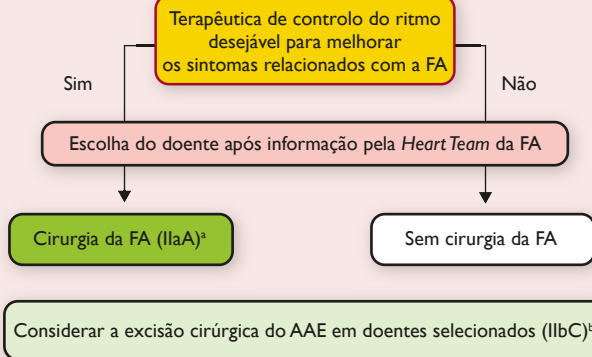
^aA ablação por cateter deve assegurar o IVP. IB para a FA paroxística, IIaB para a FA persistente e persistente de longa duração. ^bA cirurgia da FA pode ser por IVP (ex. na FA paroxística) ou por cirurgia de Maze (p.ex. na FA refratária à terapêutica ou persistente e persistente de longa duração). ^cA terapêutica híbrida envolve a combinação de fármacos antiarrítmicos, a ablação por cateter e/ou a cirurgia da FA.

Cirurgia da fibrilhação auricular

A decisão para uma abordagem cirúrgica deve ser discutida por uma *Heart Team* da FA com o objetivo de aconselhar e informar sobre as opções para o doente. A cirurgia concomitante da FA resulta numa maior redução da FA quando comparada com a não indicação para cirurgia, sem uma diferença detetável nos outros resultados (**Figura 15**). Para além de um aumento da implantação de *pacemakers*, não houve um acréscimo significativo de complicações peri-operatórias relacionadas com a cirurgia da FA. A cirurgia de Maze, por si só, pode ser realizada utilizando uma abordagem toracoscópica minimamente invasiva, que é mais eficaz do que a repetição da ablação por cateter para manter o ritmo sinusal, todavia com um índice mais elevado de complicações (**Tabela 15**). Tal como na ablação por cateter, a anticoagulação para prevenção do acidente vascular cerebral deve ser mantida indefinidamente nos doentes com alto risco de acidente vascular cerebral, mesmo após uma ablação cirúrgica de FA aparentemente bem-sucedida.

Figura 15 Controlo do ritmo por cirurgia nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca

Doente com FA submetido a cirurgia de coração aberto (p.ex. CABG, cirurgia valvular)



AAE = apêndice auricular esquerdo; CABG = cirurgia de revascularização do miocárdio; FA = fibrilhação auricular; IVP = isolamento das veias pulmonares.

^aA cirurgia da FA pode ser por IVP na FA paroxística e por Maze biauricular na FA persistente e na FA persistente de longa duração.

^bA anticoagulação oral deve ser mantida nos doentes com risco de acidente vascular cerebral independentemente da cirurgia da FA ou da excisão do AAE.

Tabela 15 Complicações da cirurgia toroscópica da fibrilhação auricular

Complicação	Taxa ^{468, 815, 822, 826}
Conversão para esternotomia	0 – 1,6%
Implantação de <i>pacemaker</i>	0 – 3,3%
Toracocentese por pneumotórax	0 – 3,3%
Tamponamento pericárdico	0 – 6,0%
Acidente isquémico transitório ^a	0 – 3,0%

FA = fibrilhação auricular. ^aA frequência da embolia cerebral assintomática é desconhecida.

A Heart Team da Fibrilhação Auricular

Este Grupo de Trabalho propõe que as decisões que envolvem a cirurgia da FA ou a ablação extensa da FA, mas também a reversão para uma estratégia de controlo da frequência em doentes muito sintomáticos, devem ser baseadas no aconselhamento da *Heart Team* da FA. Uma *Heart Team* da FA deve ser constituída por um cardiologista perito em FAA, por um eletrofisiologista de intervenção e por um cirurgião cardíaco com experiência na cirurgia de ablação da FA. Estes *Heart Teams* de FA devem organizar-se de forma a providenciar um aconselhamento otimizado e, em última análise, a melhorar os resultados a nível do ritmo em doentes com necessidade de intervenções avançadas e complexas de controlo do ritmo.

Recomendações para a ablação por cateter da FA e para a cirurgia da FA

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a ablação por cateter da FA paroxística de modo a melhorar os sintomas de FA nos doentes com recidivas sintomáticas de FA durante a terapêutica farmacológica antiarritmica (amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona, sotalol) e que preferem continuar com a terapêutica de controlo do ritmo, quando realizada por um eletrofisiologista que tenha recebido formação adequada e que efetue estes procedimentos num centro experiente.	I	A
Deve ser considerada a ablação do flutter auricular comum para prevenir o flutter recorrente como parte da intervenção da ablação da FA desde que previamente documentado ou se ocorrer durante a ablação da FA.	Ila	B
A ablação da FA por cateter deve ser considerada como terapêutica de primeira linha para prevenir a FA recorrente e para melhorar os sintomas em doentes selecionados com FA paroxística sintomática como alternativa à terapêutica farmacológica antiarritmica, tendo em atenção a escolha do doente, os benefícios e os riscos.	Ila	B

Recomendações para a ablação da FA por cateter e para a cirurgia da FA (continuação)			
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b	
Todos os doentes devem fazer anticoagulação oral durante pelo menos 8 semanas após a ablação por cateter (IIaB) ou após a ablação cirúrgica (IIaC).	IIa	B	C
A anticoagulação para a prevenção do acidente vascular cerebral deve ser mantida indefinidamente após a ablação por cateter ou ablação cirúrgica da FA aparentemente bem-sucedidas em doentes com alto risco de acidente vascular cerebral.	IIa	C	
Quando a ablação por cateter da FA é planeada, deve ser considerada a continuação da anticoagulação oral com um AVK (IIaB) ou com um NOAC (IIaC) durante o procedimento, mantendo uma anticoagulação eficaz.	IIa	B	C
A ablação por cateter deve ter como objetivo o isolamento das veias pulmonares, utilizando a ablação por radiofrequência ou a crioablação.	IIa	B	
Deve ser considerada a ablação da FA nos doentes sintomáticos com FA e com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida para melhorar os sintomas e a função cardíaca no caso de suspeita de taquimiocardiopatia.	IIa	C	
Deve ser considerada a ablação da FA como estratégia para evitar a implantação de um <i>pacemaker</i> nos doentes com bradicardia relacionada com FA.	IIa	C	
Deve ser considerada a ablação por cateter ou a ablação cirúrgica nos doentes com FA sintomática persistente ou persistente de longa duração refratária à terapêutica com FAA para melhorar os sintomas, tendo em atenção a escolha do doente, os benefícios e os riscos, com o apoio da <i>Heart Team</i> de FA.	IIa	C	
Deve ser considerada a cirurgia minimamente invasiva com isolamento das veias pulmonares epicárdicas nos doentes com FA sintomática no caso de insucesso da ablação por cateter. As decisões relacionadas com estes doentes devem ter o apoio da <i>Heart Team</i> de FA.	IIa	B	
A cirurgia de <i>Maze</i> , possivelmente através de uma abordagem minimamente invasiva, efetuada por profissionais adequadamente treinados num centro experiente, deve ser considerada pela <i>Heart Team</i> de FA como uma opção de tratamento para os doentes com FA persistente sintomática refratária ou com FA pós-ablação para melhorar os sintomas.	IIa	C	
Deve ser considerada a cirurgia de <i>Maze</i> , preferencialmente biauricular, nos doentes submetidos a cirurgia cardíaca para melhorar os sintomas atribuíveis à FA, equilibrando o risco acrescido do procedimento e o benefício da terapêutica do controlo do ritmo.	IIa	A	
Pode ser considerada a cirurgia de <i>Maze</i> biauricular concomitante com o isolamento das veias pulmonares nos doentes com FA assintomática submetidos a cirurgia cardíaca.	IIb	C	

AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulante oral não antagonista da vitamina K.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

9. Situações específicas

Doentes «frágeis» e «idosos»

Os doentes idosos com FA têm um risco mais elevado de acidente vascular cerebral pelo que têm maior probabilidade de beneficiar com ACO do que os doentes mais novos. As intervenções disponíveis para o controlo da frequência e do ritmo, incluindo *pacemakers* e ablação por cateter, devem ser efetuadas sem discriminação da idade. Os doentes de idade mais avançada podem apresentar múltiplas comorbilidades que podem limitar mais a qualidade de vida do que os sintomas relacionados com a FA. O compromisso das funções renal e hepática e as várias medicações utilizadas em simultâneo tornam mais prováveis as interações farmacológicas e as reações farmacológicas adversas. O tratamento integrado da FA e a titulação cuidadosa da dose dos fármacos parecem razoáveis para reduzir as complicações da terapêutica da FA nos doentes frágeis.

Miocardiopatias, canalopatias e vias acessórias hereditárias

O tratamento da situação cardíaca subjacente constitui uma contribuição importante para a abordagem da FA em doentes com FA e com miocardiopatias hereditárias, incluindo as doenças arritmogénicas hereditárias. Nos doentes com WPW e FA, a ablação por cateter da via acessória é recomendada para reduzir o risco de morte súbita. A FA é a arritmia mais comum nos doentes com MCH, associada a um risco elevado de acidente vascular cerebral e à necessidade de ACO. A ocorrência de FA nos indivíduos jovens, na ausência de outras comorbilidades, deve desencadear uma investigação cuidadosa de situações hereditárias, incluindo a história clínica, a história familiar, o fenótipo eletrocardiográfico, a imagiologia cardíaca e exames genéticos direcionados.

Recomendações para as miocardiopatias hereditárias		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Síndromes de WPW		
Recomenda-se a ablação por cateter da via acessória nos doentes com síndrome de WPW com FA e com condução rápida pela via acessória para prevenir a morte súbita cardíaca.	I	B
Recomenda-se a ablação por cateter da via acessória sem demora nos doentes com síndrome de WPW, sobreviventes de morte súbita cardíaca.	I	C
Os doentes assintomáticos com pré-excitação manifesta e FA devem ser considerados para ablação da via acessória após aconselhamento cuidadoso.	IIa	B
Miocardiopatia hipertrófica		
Recomenda-se a anticoagulação oral permanente para prevenir AVC nos doentes com MCH que desenvolvem FA.	I	B

Recomendações para as miocardiopatias hereditárias (continuação)		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Miocardiopatia hipertrófica (continuação)		
Recomenda-se a conversão a ritmo sinusal por cardioversão elétrica ou farmacológica para melhoria dos sintomas nos doentes com MCH e FA sintomática, de início recente.	I	B
Nos doentes com MCH e FA, hemodinamicamente estáveis, recomenda-se o controlo da frequência ventricular com betabloqueantes e diltiazem/verapamil.	I	C
Deve ser considerado o tratamento da obstrução do trato de saída do VE nos doentes com FA e com MCH para melhoria dos sintomas.	Ila	B
Deve ser considerada a amiodarona para controlar o ritmo e manter o ritmo sinusal nos doentes com MCH e FA sintomática, recorrente.	Ila	C
Miocardiopatias e canalopatias hereditárias		
Devem ser considerados exames genéticos apropriados nos doentes com FA e suspeita de miocardiopatias ou canalopatias hereditárias com base na história clínica, na história familiar ou no fenótipo eletrocardiográfico.	Ila	A

FA = fibrilhação auricular; MCH = miocardiopatia hipertrófica; VE = ventrículo esquerdo; WPW = síndrome de Wolff-Parkinson-White. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Desporto e fibrilhação auricular

A abordagem de atletas com FA é semelhante ao tratamento da FA na população geral, mas o contacto corporal e o eventual traumatismo devem ser considerados para decidir sobre a ACO. Os betabloqueantes não são bem tolerados e por vezes são proibidos. A digoxina, o verapamil e o diltiazem não são muitas vezes suficientemente potentes para reduzir a frequência cardíaca na FA durante o exercício. A ablação por cateter de FA deve ser considerada e quando é adotada a abordagem do «comprimido no bolso», os doentes devem ser aconselhados a interromper as atividades desportivas até que o FAA seja eliminado.

Recomendações para a atividade física nos doentes com FA		
Recomendações	Classe^a	Nível^b
Recomenda-se a moderação da atividade física regular para prevenir a FA, informando os atletas que uma atividade desportiva mais intensa e de longa duração pode promover a FA.	I	A
Deve ser considerada a ablação da FA nos atletas para prevenir a FA recorrente.	Ila	B

Recomendações para a atividade física nos doentes com FA (continuação)

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Deve ser avaliada a frequência ventricular em todos os atletas com FA durante os treinos (pelos sintomas e/ou por monitorização) e deve ser instituída a titulação do controlo da frequência.	Ila	C
Após a ingestão de fármacos antiarrítmicos Classe I, na estratégia «comprimido no bolso», os doentes devem interromper as atividades desportivas enquanto persistir a FA e até terem passado duas semividas do fármaco antiarrítmico.	Ila	C

FA = fibrilhação auricular. ^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Gravidez

As mulheres grávidas com FA devem ser tratadas como gravidez de alto risco em estreita colaboração com cardiologistas, obstetras e neonatologistas. Os anticoagulantes necessitam de ser selecionados tendo em consideração os riscos potenciais para o feto. Para o controlo da frequência, os betabloqueantes e/ou a digoxina são os mais indicados e apresentam uma segurança na gravidez de US FDA, categoria C (os benefícios podem compensar o risco), exceto no caso do atenolol (categoria D: evidência positiva do risco). Todos os fármacos para controlo da frequência estão presentes no leite materno, embora os níveis dos betabloqueantes, da digoxina e do verapamil sejam habitualmente baixos para serem considerados prejudiciais. Para o controlo do ritmo, pode ser utilizada a flecainida e o sotalol. A cardioversão elétrica é eficaz nos casos de instabilidade hemodinâmica, mas requer a monitorização do feto.

Recomendações durante a gravidez

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
A cardioversão elétrica pode ser efetuada com segurança em todos os estádios da gravidez e é recomendada nas doentes hemodinamicamente instáveis devido à FA e sempre que o risco da persistência da FA for considerado elevado para a mãe e para o feto.	I	C
Recomenda-se a anticoagulação nas doentes grávidas com FA em risco de acidente vascular cerebral. Para minimizar o risco teratogénico e a hemorragia intra-uterina, recomenda-se a heparina com dose ajustada ao peso no primeiro trimestre da gravidez e no período de 2 – 4 semanas antes do parto. Os antagonistas da vitamina K ou a heparina podem ser utilizados nos restantes períodos da gravidez.	I	B
Devem ser evitados os NOACs durante a gravidez e nas mulheres que planeiam uma gravidez.	III (dano)	C

FA = fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K.

^aClasse de recomendação. ^bNível de evidência.

Fibrilhação auricular pós-operatória

A FA é comum após cirurgia e está associada a um aumento do tempo do internamento e a taxas mais elevadas de complicações. A FA pós-operatória está associada a um risco acrescido de acidente vascular cerebral. A utilização da ACO está associada à redução da mortalidade a longo prazo nestes doentes, embora sem estudos controlados. Nos doentes hemodinamicamente instáveis, é recomendada a cardioversão elétrica ou farmacológica. A amiodarona ou o vernakalant são eficazes na conversão a ritmo sinusal nos doentes sintomáticos. Nos doentes assintomáticos e nos que apresentam sintomas bem tolerados, o controlo da frequência ou a cardioversão deferida precedida por anticoagulação constitui uma abordagem aceitável.

Recomendações para a prevenção da FA pós-operatória		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a terapêutica peri-operatória oral com betabloqueantes para a prevenção da FA pós-operatória após a cirurgia cardíaca.	I	B
Recomenda-se a conversão a ritmo sinusal através de cardioversão elétrica ou de fármacos antiarrítmicos na FA pós-operatória com instabilidade hemodinâmica.	I	C
Deve ser considerada a anticoagulação a longo prazo em doentes com FA após cirurgia cardíaca e com risco de acidente vascular cerebral, tendo em atenção o risco particular de AVC e de hemorragia.	IIa	B
Devem ser considerados os fármacos antiarrítmicos para a FA pós-operatória sintomática após a cirurgia cardíaca numa tentativa de restaurar o ritmo sinusal.	IIa	C
Deve ser considerada a amiodarona peri-operatoriamente como terapêutica profilática para prevenir a FA após a cirurgia cardíaca.	IIa	A
A FA pós-operatória assintomática deve ser tratada inicialmente com o controlo da frequência e com anticoagulação.	IIa	B
Pode ser considerado o vernakalant intravenoso para a cardioversão da FA pós-operatória nos doentes sem insuficiência cardíaca grave, hipotensão ou doença cardíaca estrutural grave (especialmente a estenose aórtica).	IIb	B

FA = fibrilhação auricular.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

Arritmias auriculares nos doentes adultos com cardiopatia congénita

As arritmias auriculares ocorrem muitas vezes nos doentes adultos com cardiopatia congénita (CC) após a reparação cirúrgica e estão associadas ao acréscimo de morbilidade e de mortalidade. O tratamento é em grande parte baseado em dados observacionais e no consenso de peritos.

Recomendações nos doentes com CC		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Deve ser considerado o encerramento da comunicação auricular antes da quarta década de vida para diminuir a possibilidade de <i>flutter</i> e de fibrilhação auricular.	IIa	C
Nos doentes que necessitam de encerramento cirúrgico da comunicação auricular e com história de arritmia auricular sintomática, deve ser considerada a ablação da FA no momento do encerramento cirúrgico.	IIa	C
Deve ser considerada a cirurgia de <i>Cox Maze</i> nos doentes com FA sintomática e com indicação para correcção cirúrgica dos defeitos cardíacos congénitos. Todas estas cirurgias devem ser efetuadas em centros experientes.	IIa	C
Deve ser considerada a anticoagulação oral em todos os doentes adultos com reparação intracardiaca, cianose, cirurgia paliativa de <i>Fontan</i> ou ventrículo direito sistémico e história de FA, de <i>flutter</i> auricular ou de taquicardia intra-auricular por reentrada. Em todos os outros doentes com cardiopatias congénitas e FA, deve ser considerada a anticoagulação se o score de $CHA_2DS_2-VAS_C$ for ≥ 1 .	IIa	C
Pode ser considerada a ablação por cateter de arritmias auriculares associadas a defeitos cardíacos congénitos, quando realizada em centros experientes.	IIb	C
Nos doentes com cardiopatia congénita, pode ser considerada a ecocardiografia transesofágica juntamente com terapêutica anticoagulante durante 3 semanas antes da cardioversão.	IIb	C

CC = cardiopatia congénita; $CHA_2DS_2-VAS_C$ = Insuficiência Cardíaca Congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75 (2 pontos), Diabetes, Acidente vascular cerebral (2 pontos), Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); FA = fibrilhação auricular

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

Tratamento do flutter auricular

A anticoagulação deve ser instituída em doentes com flutter auricular do mesmo modo que na FA. O controlo da frequência e a cardioversão podem ser planeados de modo semelhante à da FA, mas a medicação poderá ser menos eficaz no flutter auricular. A ablação do istmo cavo-tricúspide para o flutter auricular direito dependente do istmo é recomendada no flutter auricular recorrente.

Recomendações para o tratamento do flutter auricular		
Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Para os doentes com flutter auricular, recomenda-se a terapêutica anti-trombótica de acordo com o mesmo perfil de risco utilizado para a FA.	I	B
O <i>pac</i> ing auricular por <i>overdrive</i> do flutter auricular deve ser considerado como uma alternativa à cardioversão elétrica, dependendo da acessibilidade local e da experiência.	IIa	B
Recomenda-se o tratamento do flutter auricular típico com ablação do istmo cavo-tricúspide para os doentes em que a terapêutica farmacológica antiarritmica foi ineficaz ou como tratamento de primeira linha tendo em consideração a preferência do doente.	I	B
Se o flutter auricular tiver sido documentado antes da ablação da FA, deve ser considerada a ablação do istmo cavo-tricúspide como parte do procedimento da ablação da FA.	IIa	C

FA = fibrilhação auricular.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

10. Envolvimento, formação e auto-tratamento do doente

A formação é um pré-requisito para os doentes informados, envolvidos. Tal inclui a formação específica do doente centrada na doença, reconhecimento dos sintomas, terapêutica, fatores de risco modificáveis para a FA e atividades relacionadas com o auto-tratamento (Tabela 16).

Tabela 16 Princípios básicos dos cuidados integrados em doentes com FA

Abordagem integrada da FA				
Envolvimento do doente	Equipas multidisciplinares	Ferramentas tecnológicas	Acesso a todas as opções de tratamento para a FA	
<ul style="list-style-type: none"> • Papel central no processo de cuidados • Formação do doente • Encorajamento e responsabilização para o auto-tratamento • Aconselhamento e formação sobre o estilo de vida e intervenção nos fatores de risco • Tomada de decisões partilhada 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos (clínicos gerais, cardiologistas e especialistas em AVC e FA, cirurgiões) e profissionais de saúde relacionados a trabalhar num modelo de prática colaborativa • Associação eficiente de qualidades de comunicação, ensino e experiência 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre a FA • Apoio na decisão clínica • Checklist e ferramentas de comunicação • Utilizada por profissionais de saúde e por doentes • Monitorização da adesão e eficácia da terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio estruturado para as alterações do estilo de vida • Anticoagulação • Controlo da frequência • Fármacos antiarrítmicos • Intervenções com cateter e por cirurgia (ablação, oclusão do AAE, cirurgia da FA, etc.) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Doente informado, envolvido e responsabilizado 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em conjunto numa equipa multidisciplinar de cuidados continuados da FA crónica 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de navegação para apoiar a tomada de decisão da equipa de tratamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Decisões complexas sobre o tratamento sustentadas pela Heart Team da FA 	

AAE = apêndice auricular esquerdo; FA = fibrilhação auricular.

Recomendações para o envolvimento, formação e auto-tratamento do doente

Recomendações	Classe ^a	Nível ^b
Recomenda-se a formação específica do doente em todas as fases do tratamento da FA para apoiar a perceção do doente relativamente à FA e para melhorar o tratamento.	I	C
Deve ser considerado o envolvimento do doente no processo de cuidados para estimular o auto-tratamento e responsabilização nas alterações do estilo de vida.	Ila	C
Deve ser considerada a partilha da tomada de decisões para assegurar que os cuidados são prestados em função da melhor evidência científica disponível e em função das necessidades, dos valores e das preferências do doente.	Ila	C

FA = fibrilhação auricular.

^aClasse de recomendação.

^bNível de evidência.

Notas

©2016 The European Society of Cardiology

Nenhuma parte das presentes Recomendações pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem a autorização escrita da ESC.

O seu conteúdo consiste na adaptação das Recomendações Europeias para o tratamento da Fibrilhação Auricular (European Heart Journal 2016; - doi: 10.1093/eurheartj/ehw 210).

Para aceder ao texto integral conforme foi publicado pela European Society of Cardiology visite o nosso site:

www.escardio.org/guidelines

Copyright © European Society of Cardiology 2016 – Todos os direitos reservados.

O conteúdo destas Recomendações da European Society of Cardiology (ESC) foi publicado unicamente para uso profissional e educativo. Não está autorizado o seu uso comercial. Nenhuma parte das presentes Recomendações da ESC pode ser traduzida ou reproduzida sob qualquer forma sem autorização escrita da ESC. A autorização pode ser obtida mediante apresentação de um pedido por escrito dirigido à ESC, Practice Guidelines Department, 2035, route des Colles – CS 80179 Biot – 06903 Sophia Antipolis Cedex – França. Endereço eletrónico: guidelines@escardio.org.

Renúncia de responsabilidade:

As Recomendações da ESC expressam a opinião da ESC e foram elaboradas após cuidadosa consideração do conhecimento científico e médico e das evidências disponíveis à data da sua redação.

A ESC não é responsável por qualquer contradição, discrepância e/ou ambiguidade entre as Recomendações da ESC e quaisquer outras sugestões oficiais ou recomendações publicadas pelas autoridades relevantes no âmbito da saúde pública, em particular relacionadas com o bom uso dos cuidados de saúde ou de estratégias terapêuticas. Os profissionais de saúde são encorajados a tê-las em consideração no exercício da sua avaliação clínica bem como na determinação e implementação de estratégias médicas preventivas, diagnósticas ou terapêuticas. No entanto, as recomendações da ESC não se devem sobrepor em caso algum à responsabilidade individual dos profissionais de saúde de tomarem as decisões ajustadas e rigorosas com base nas circunstâncias específicas dos doentes de forma individualizada, de mútuo acordo com cada doente e, se adequado e/ou exigido, com o representante ou encarregado do doente. As Recomendações da ESC também não dispensam os profissionais de saúde de terem em consideração de forma cuidada e integral a actualização das recomendações ou sugestões oficiais publicadas pelas autoridades competentes dedicadas à saúde pública de modo a tratar cada caso à face de dados aceites cientificamente ao abrigo das suas respetivas obrigações éticas e profissionais. Cabe igualmente ao profissional de saúde verificar as regras e regulamentos aplicáveis aos medicamentos e dispositivos médicos à data da prescrição do tratamento.

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines



**EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY®**

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY
LES TEMPLIERS - 2035 ROUTE DES COLLES
CS 80179 BIOT

06903 SOPHIA ANTIPOLIS CEDEX, FRANCE

PHONE: +33 (0)4 92 94 76 00

FAX: +33 (0)4 92 94 76 01

E-mail: guidelines@escardio.org

Para mais informações

www.escardio.org/guidelines