

VERSÃO  
PORTUGUESA

# Recomendações de Bolso de 2020 da ESC

Comissão para as  
Recomendações Práticas

## FIBRILHAÇÃO AURICULAR

Recomendações para  
o diagnóstico e tratamento  
da fibrilhação auricular



**ESC**

Sociedade Europeia  
de Cardiologia



Sociedade Portuguesa de  
**CARDIOLOGIA**

# Distribuição no âmbito de Colaboração para a formação científica continuada



Sociedade Portuguesa de  
**CARDIOLOGIA**

biénio 2019-2021  
[www.spc.pt](http://www.spc.pt)

*Patrocínio de:*



**Boehringer  
Ingelheim**



Daiichi-Sankyo



Tradução: Isabel Moreira Ribeiro  
Revisão: Leonor Parreira, Jorge Ferreira  
Coordenação: Jorge Ferreira

Os Patrocinadores não estiveram envolvidos  
no conteúdo científico do documento

# 1. Tabela de Classes de Recomendações e de Níveis de Evidência da ESC

**Tabela 1 Classes de recomendações**

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

**Tabela 2 Níveis de evidência**

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

# Recomendações de Bolso da ESC

## Recomendações de 2020 da ESC para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular\*

Grupo de Trabalho da *European Society of Cardiology* (ESC)  
para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular

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

### Presidentes

#### Gerhard Hindricks

University Clinic of Cardiology  
Heart Center Leipzig  
Department of Cardiology and Electrophysiology  
Leipzig Heart Institute  
Strümpellstr. 39  
04289 Leipzig, Alemanha  
Tel: +49 3418651410  
Fax: +49 3418651460  
E-mail: [gerhard.hindricks@helios-gesundheit.de](mailto:gerhard.hindricks@helios-gesundheit.de)

#### Tatjana Potpara

School of Medicine, Belgrade University  
dr Subotica 8  
11000 Belgrade, Sérvia  
Cardiology Clinic, Clinical Centre of Serbia  
Visegradska 26  
11000 Belgrade, Sérvia  
Tel: +38 1113616319  
E-mail: [tatjana.potpara@med.bg.ac.rs](mailto:tatjana.potpara@med.bg.ac.rs)

**Membros do Grupo de Trabalho:** Nikolaos Dagres (Alemanha), Elena Arbelo (Espanha), Jeroen J. Bax (Holanda), Carina Blomström-Lundqvist (Suécia), Giuseppe Boriani (Itália), Manuel Castella<sup>1</sup> (Espanha), Georghe-Andrei Dan (Roménia), Polychronis E. Dilaveris (Grécia), Laurent Fauchier (França), Gerasimos Filipatos (Grécia), Jonathan M. Kalman (Austrália), Mark La Meir<sup>1</sup> (Bélgica), Deirdre A. Lane (Reino Unido), Jean-Pierre Lebeau (França), Maddalena Lettino (Itália), Gregory Y. H. Lip (Reino Unido), Fausto J. Pinto (Portugal), G. Neil Thomas (Reino Unido), Marco Valgimigli (Suíça), Isabelle C. Van Gelder (Holanda), Bart P. Van Putte<sup>1</sup> (Holanda), Caroline L. Watkins (Reino Unido).

<sup>1</sup>Em representação da *European Association for Cardio-Thoracic Surgery* (EACTS)

### Entidades da ESC que participaram no desenvolvimento deste documento:

**Associações:** *Association for Acute Cardiovascular Care* (ACVC), *Association of Cardiovascular Nursing & Allied Professions* (ACNAP), *European Association of Cardiovascular Imaging* (EACVI), *European Association of Preventive Cardiology* (EAPC), *European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions* (EAPCI), *European Heart Rhythm Association* (EHRA), *Heart Failure Association* (HFA).

**Conselhos:** *Council on Stroke*, *Council on Valvular Heart Disease*.

**Grupos de Estudo:** *Cardiac Cellular Electrophysiology*, *Cardiovascular Pharmacotherapy*, *Cardiovascular Surgery*, *e-Cardiology*, *Thrombosis*.

### Membros da ESC:

Veronica Dean, Erika Matuizaitė, Catherine Després (Sophia Antipolis, França), Matthieu Depuydt (Bruxelas, Bélgica).

Um agradecimento especial a Iain Simpson pela sua contribuição.

\*Adaptado das Recomendações de 2020 da ESC para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular (*European Heart Journal*; 2020 - doi/10.1093/eurheartj/ehaa612).

# Índice

Tabelas das Classes de Recomendações e de Nível de Evidência da ESC	Interior da capa
1. Introdução	3
2. Definição e diagnóstico de fibrilhação auricular	3
3. Epidemiologia	7
4. Características clínicas da fibrilhação auricular	8
5. Subtipos, carga e progressão da fibrilhação auricular,	10
6. Rastreamento da FA	12
7. Avaliação diagnóstica da fibrilhação auricular	13
8. Tratamento integrado de doentes com fibrilhação auricular	15
9. Tratamento do doente - estratégia integrada ABC	15
9.1 «A» - Anticoagulação/Evitar acidente vascular cerebral	16
9.2 «B» <i>Better</i> /Melhor controlo dos sintomas	24
9.3 «C» Fatores de risco cardiovasculares e doenças concomitantes - deteção e tratamento	52
10. A estratégia ABC em contextos clínicos/situações/populações de doentes específicos	54
10.1 Fibrilhação auricular com instabilidade hemodinâmica	54
10.2 Síndrome coronária aguda, intervenção coronária percutânea e síndrome coronária crónica nos doentes com fibrilhação auricular	54
10.3 Acidente vascular cerebral agudo ou HIC nos doentes com fibrilhação auricular	56
10.4 Hemorragia ativa sob terapêutica anticoagulante - tratamento e agentes reversíveis	58
10.5 Fibrilhação auricular e doença valvular cardíaca	60
10.6 Fibrilhação auricular e cardiopatia congénita	60
10.7 Fibrilhação auricular durante a gravidez	61
10.8 Fibrilhação auricular pós operatória	62
11. Medidas de qualidade e indicadores de desempenho clínico no tratamento da fibrilhação auricular	63
12. Epidemiologia, implicações clínicas e tratamento de episódios de arritmias auriculares de frequência elevada/fibrilhação auricular subclínica	64

## 1. Introdução

A fibrilhação auricular (FA) constitui uma carga significativa para os doentes, médicos e sistemas dos cuidados de saúde. A complexidade da FA requer uma abordagem multifacetada, holística e multidisciplinar. Nos últimos anos, foi desenvolvido um progresso substancial na deteção da FA e no seu tratamento, e estas novas evidências foram integradas nesta 3.ª edição das recomendações da *European Society of Cardiology* (ESC) sobre FA. Refletindo a contribuição multidisciplinar para o tratamento de doentes com FA e a interpretação de evidências recentes, o Grupo de Trabalho inclui cardiologistas, peritos em subespecialidades variadas, cirurgiões cardíacos, metodologistas e enfermeiros especializados entre os seus membros.

## 2. Definição e diagnóstico de fibrilhação auricular

A definição de FA requer a documentação do ritmo com um traçado eletrocardiográfico que comprove a existência de FA. Diversos dispositivos implantados e monitores portáteis junto ao corpo permitem a deteção de episódios de arritmias auriculares de frequência elevada/fibrilhação auricular subclínica. Com a disponibilidade crescente de tais dispositivos, o uso adequado de termos específicos é crucial de modo a evitar mal entendidos, classificações incorretas e tratamento inapropriado.

**Tabela 1 Definição de fibrilhação auricular**

	<b>Definição</b>
<b>FA</b>	<p>Taquiarritmia supraventricular com ativação auricular elétrica descoordenada e por consequência uma contração auricular ineficaz.</p> <p><i>As características eletrocardiográficas da FA incluem:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervalos R-R irregularmente irregulares (quando a condução auriculoventricular não está comprometida),</li><li>• Ausência de ondas P distintas repetidas, e</li><li>• Ativações auriculares irregulares.</li></ul>
	<b>Termos utilizados atualmente</b>
<b>FA clínica</b>	<p><i>FA sintomática ou assintomática, documentada por um eletrocardiograma (ECG) de superfície.</i></p> <p>A duração mínima de uma FA num traçado ECG necessária para estabelecer o diagnóstico de FA clínica é pelo menos de 30 segundos, ou um ECG completo de 12 derivações.</p>

**Tabela 1 Definição de fibrilhação auricular (continuação)**

	<b>Termos utilizados atualmente (continuação)</b>
<b>AAFE, FA subclínica</b>	<p>Refere-se a indivíduos <i>sem sintomas atribuíveis a FA</i>, em que a <i>FA clínica NÃO foi previamente detetada (isto é, não há traçado de FA num ECG de superfície)</i>.</p> <p><b>AAFE</b> - eventos que preenchem os critérios programados ou específicos para AAFE que são detetados por DCEIs através de um elétrodo auricular permitindo a monitorização contínua automatizada do ritmo auricular e o armazenamento dos traçados. As AAFE registadas no DCEI necessitam de ser inspeccionadas visualmente porque algumas AAFE podem parecer artefactos elétricos/falsos positivos.</p> <p>A <b>FA subclínica</b> inclui a AAFE que se confirma ser FA, FLA ou uma TA ou por episódios de FA, detetados através de um monitor cardíaco implantável ou de um monitor portátil externo e confirmada por análise visual de eletrogramas intracardíacos ou do ritmo registado num ECG.</p>

O critério da frequência programada pelo dispositivo para AAFE é  $\geq 175$  bpm, já que não há limite de frequência específico para a FA subclínica.

O critério para a duração da AAFE é geralmente estabelecido  $\geq 5$  min (sobretudo para reduzir a inclusão de artefactos), já que uma extensa variedade de *cut-offs* com duração da FA subclínica (de 10-20 segundos a  $> 24$  horas) é registado em estudos sobre a associação entre a FA subclínica e o tromboembolismo. A duração apresentada refere-se ou ao episódio simples mais longo ou, mais comumente, à duração total da AAFE/FA subclínica durante o período específico de monitorização.

Embora não completamente idênticos, os termos AAFE e FA subclínica são frequentemente utilizados de forma intermutável (neste documento o termo combinado AAFE/FA subclínica será utilizado por questões práticas).

Enquanto uma grande evidência de alta qualidade proveniente dos ECAs fornecendo informação sobre o tratamento de doentes com FA pertence exclusivamente à FA «clínica» (isto é, a documentação eletrocardiográfica sobre a FA foi um critério de inclusão obrigatório naqueles ECAs), dados sobre o tratamento otimizado da AAFE e sobre a FA subclínica escasseiam. Por este motivo, a FA é atualmente descrita ou como «clínica» ou como «AAFE/subclínica», até estarem disponíveis os resultados de diversos ECAs em curso com o objetivo de informar sobre o tratamento de AAFE e sobre a FA «subclínica».

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; bpm = batimentos por minuto;  
DCEI = dispositivo cardíaco eletrónico implantável; ECAs = ensaios controlados aleatorizados;  
ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; FLA = *flutter* auricular;  
TA = taquicardia auricular.

## Recomendações para o diagnóstico de FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
A documentação eletrocardiográfica é necessária para estabelecer o diagnóstico de FA <ul style="list-style-type: none"><li>• Um ECG de 12 derivações ou um traçado com uma única derivação simples do ECG <math>\geq</math> 30 segundos mostrando um ritmo cardíaco sem evidenciar ondas P repetidas e com intervalos RR irregulares (quando a condução auriculoventricular não está comprometida) constitui diagnóstico da FA.</li></ul>	I	B

ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.

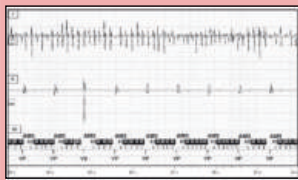


## Figura 1 Diagnóstico de AAFE/fibrilhação auricular subclínica

Sem sintomas atribuíveis à FA e NÃO diagnosticados previamente com a FA clínica

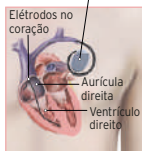
**Confirmado pelo médico:**

- Eletrogramas com AAFE registadas no DCEI

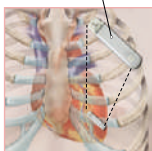


- FA registada no MCI

Pacemaker/desfibrilhador implantável inserido sob a pele



Monitor Cardíaco Implantável (MCI)



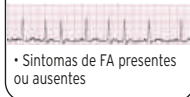
**ECG**

**ECG mostrando FA**  
(médico-confirmado)

**Sem FA no ECG**

**FA Subclínica**

- ECG de 12 derivações convencional completo, ou
- Uma faixa no ECG de FA durante  $\geq 30$  s (incluindo ECGs registados por dispositivos automáticos)



- Sintomas de FA presentes ou ausentes

**FA clínica**

**Tratar a FA**

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; DCEI = dispositivo cardíaco eletrónico implantável; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; MCI = monitor cardíaco implantável.

Os DCEIs com um eléttrodo auricular podem monitorizar o ritmo auricular e armazenar os traçados. Os MCIs não têm eléttodos intracardíacos, mas monitorizam permanentemente a atividade elétrica cardíaca ao registar e analisar um ECG de superfície bipolar de uma única derivação baseado num algoritmo específico.

Imagem em baixo à esquerda: *pacemaker* com um eléttrodo na aurícula direita e um eléttrodo ventricular direito no ápex do ventrículo direito. Para além do  *pacing* em ambos os locais, estes eléttodos podem detetar atividade na respetiva câmara cardíaca. O dispositivo pode detetar também eventos pré programados, tais como as AAFE.

Imagem em baixo à direita: MCI subcutâneo: estes equipamentos não têm eléttodos intracardíacos e registam essencialmente um ECG de superfície, bipolar de uma derivação com algoritmos integrados para deteção de AAFE ou de FA.

### 3. Epidemiologia

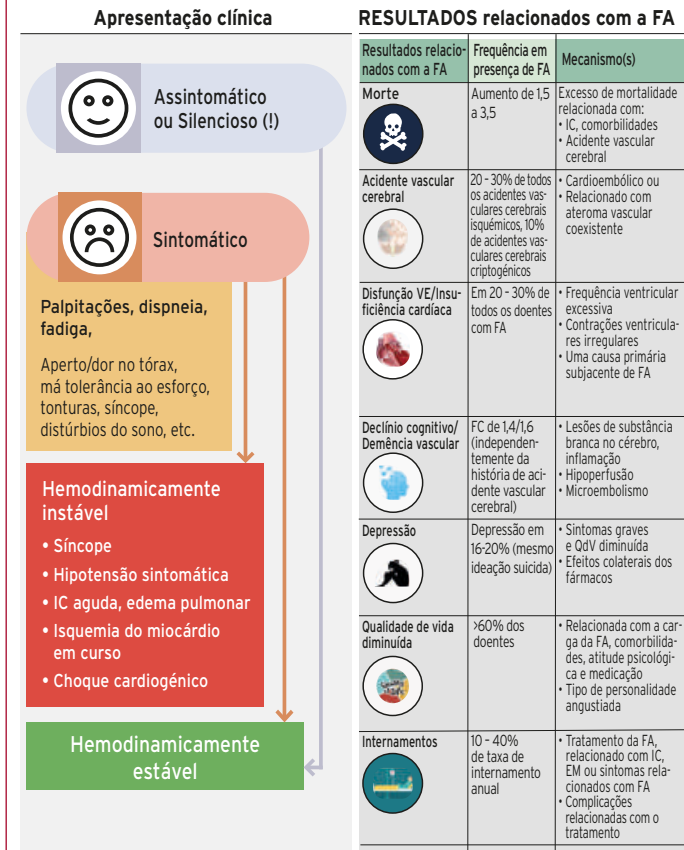
**Figura 2** Síntese dos fatores de risco para a ocorrência da FA



DPOC = doença pulmonar obstrutiva crónica; FA = fibrilhação auricular.

## 4. Características clínicas da fibrilhação auricular

Figura 3 Apresentação clínica da fibrilhação



## auricular e eventos relacionados com a FA

EM = enfarte do miocárdio; FA = fibrilhação auricular; HR = *Hazard Ratio*; IC = insuficiência cardíaca; QdV = qualidade de vida; VE = ventrículo esquerdo.

Os doentes com FA podem ter vários sintomas, mas 50 - 87% são inicialmente assintomáticos, com a possibilidade de um diagnóstico menos favorável. Os primeiros sintomas de FA não são bem estudados, podem alterar-se com os tratamentos e as recidivas da FA são geralmente assintomáticas.

**Acidente vascular cerebral/embolia sistólica:** o risco de acidente vascular cerebral anual relacionado com FA nos doentes com FA depende das comorbilidades. Os acidentes vasculares cerebrais cardioembólicos associados à FA são geralmente graves, altamente recorrentes, muitas vezes fatais ou associados a uma incapacidade permanente. Num registo populacional, os doentes com FA de novo apresentavam também taxas acrescidas de embolia sistémica.

**Disfunção ventricular esquerda (VE) e IC:** mecanismos múltiplos associados a FA/alterações do miocárdio podem conduzir à disfunção do ventrículo esquerdo e à IC, resultando na prevalência elevada e na incidência de IC entre os doentes com FA. Partilhando fatores de risco comuns, a FA e a IC coexistem muitas vezes ou podem precipitar-se/exacerbar-se uma à outra, resultando numa mortalidade significativamente superior à de qualquer uma das situações isoladas.

**Internamento:** cerca de 30% dos doentes com FA foram pelo menos internados uma vez e 10% passaram por  $\geq 2$  internamentos hospitalares por ano, correspondendo ao dobro dos internamentos emparelhados por idade e género dos indivíduos sem FA (37,5% versus 17,5%, respetivamente). Numa coorte nacional, a FA foi a causa principal de internamento em 14% dos doentes hospitalizados, sendo, no entanto a sua mortalidade intrahospitalar  $< 1\%$ . As razões mais comuns do internamento de doentes com FA foram os distúrbios cardiovasculares (49%), causas não cardiovasculares (43%) e hemorragias (8%).

**Qualidade de vida e estado funcional:**  $> 60\%$  dos doentes com FA têm QdV/tolerância ao exercício comprometidos, mas apenas 17% apresentam sintomas de incapacidade. A QdV é significativamente inferior nas mulheres, nos indivíduos jovens e nos que têm comorbilidades. A carga de FA pode também afetar a QdV, mas apenas a função psicológica foi predizente numa forma consistente dos sintomas e da QdV. Os doentes com FA desenvolveram mais vezes perturbações de ansiedade, têm uma carga mais elevada de sintomas de depressão e uma QdV pior com uma personalidade caracterizada por sintomas de angústia (Tipo D). Os sintomas chave e os condicionantes da QdV são importantes para identificar o tratamento otimizado da FA. É também importante confirmar que os sintomas estão relacionados com a FA ou, se ausentes, excluir uma adaptação subconsciente de viver com capacidade física subotimizada revelando falta de ar ou fadiga em esforço e registo de possíveis melhorias após a cardioversão.

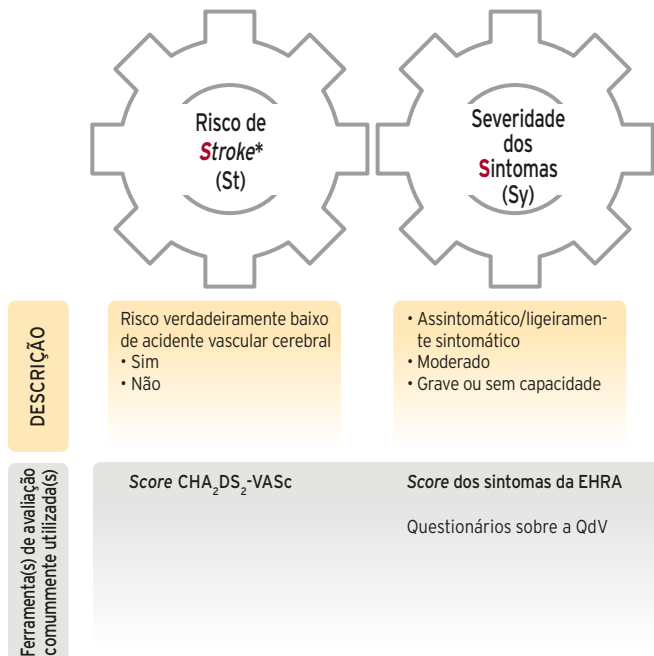
**Défi ce cognitivo/demência:** A FA pode conduzir a um défi ce cognitivo variando desde a disfunção ligeira até à demência em resultado de um acidente vascular cerebral clinicamente aparente ou silencioso ou através de vias independentes do acidente vascular cerebral, insuficientemente compreendidas. Estudos com ressonância magnética (RM) mostraram que a FA está associada a um aumento superior ao dobro das probabilidades de ter isquemia cerebral silenciosa. Um documento de consenso efetuado por peritos resumiu os dados disponíveis.

**Mortalidade:** A FA está independentemente associada a um risco duplamente superior da mortalidade por todas as causas nas mulheres e a um aumento de 1,5 nos homens com um aumento global de 3,5 do risco de mortalidade. Embora a explicação mecanicista para esta associação seja multifacetada, as comorbilidades associadas têm um papel importante. Num estudo recente, as causas mais comuns de morte entre os doentes com FA foram a IC (14,5%), neoplasia maligna (23,1%) e infeção/sepsis (17,3%), enquanto a mortalidade relacionada com o acidente vascular cerebral foi de 6,5%. Estes e outros dados recentes indicam que, em adição ao tratamento da anticoagulação e da IC, as situações de comorbilidades necessitam de ser efetivamente tratadas com empenho para reduzir a mortalidade relacionada com a FA.

## 5. Subtipos, carga e progressão da fibrilhação auricular

Tradicionalmente, são distinguidos cinco padrões de FA, baseados na apresentação, duração e cessação espontânea dos episódios de FA. Apesar da prática, esta classificação tem limitações significativas e as recomendações para o tratamento da FA não são baseadas apenas nos padrões temporais da FA. Como ferramenta para agilizar a avaliação dos doentes com FA a diferentes níveis dos cuidados de saúde,

Figura 4 O esquema dos 4S-FA como um exemplo



AE = aurícula esquerda; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade  $\geq$  75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); EHRA = *European Heart Rhythm Association*; ETE = ecocardiografia transesofágica;

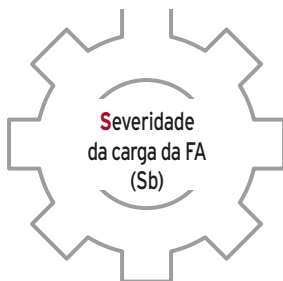
\*Em português o termo *stroke* significa acidente vascular cerebral. O termo foi mantido em inglês na sequência do título da figura.

a tomada de decisão sobre o tratamento e para facilitar o tratamento otimizado dos doentes com FA, as Recomendações de 2020 da ESC sobre FA introduziram o esquema da FA-4S para a caracterização da FA que considera o risco de acidente vascular cerebral (*stroke*), a severidade dos sintomas, a severidade da carga da FA e a severidade do substrato.

## da caracterização estruturada da FA



- Terminando espontaneamente
- Duração da FA e densidade dos episódios por unidade de tempo



- Comorbilidades/fatores de risco cardiovasculares
- Miocardiopatia auricular (dilatação/disfunção/fibrose das aurículas)

- **Padrão temporal da FA** (Paroxística, Persistente, Persistente de longa duração, Permanente)
- **Carga total da FA** (duração total de FA por período de monitorização, o episódio mais longo, número de episódios, etc.)

- **Avaliação clínica**  
Scores de risco da FA acidental, scores de risco da progressão da FA
- **Imagiologia** (ETT, ETE, TC, RM cardíaca), biomarcadores

FA = fibrilhação auricular; RM = ressonância magnética; QdV = qualidade de vida; TC = tomografia computadorizada.

## 6. Rastreo da FA

A disponibilidade das ferramentas de rastreo da FA está a aumentar rapidamente, pelo que a identificação de populações em que se espera que o rastreo seja benéfico, torna-se particularmente importante. Os tipos e as estratégias de rastreo da FA geralmente utilizados incluem um rastreo ocasional ou sistemático nos indivíduos acima duma determinada idade (geralmente  $\geq 65$  anos) ou com outras características sugestivas de risco acrescido de acidente vascular cerebral, utilizando um registo de ECG único ou durante 30 segundos de forma intermitente ao longo de 2 semanas. A frequência adequada de monitorização utilizando *smartphones* ou relógios não está definida. Há vantagens potenciais, mas também desvantagens ao detetar uma FA previamente não diagnosticada através de rastreo. Avanços na tecnologia portátil irão provavelmente gerar opções económicas e práticas para a deteção da FA e para a avaliação da carga da FA num futuro próximo.

### Recomendações para o rastreo de deteção da FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se o rastreo oportuno da FA através da medição do pulso ou através de tira de ritmo eletrocardiográfico nos doentes $\geq 65$ anos.	I	B
Recomenda-se a avaliação de AAFE <sup>c</sup> através de <i>pacemakers</i> e de cardioversores desfibriladores implantáveis com regularidade.	I	B
Ao fazer o rastreo da FA, recomenda-se que: <ul style="list-style-type: none"><li>Os indivíduos submetidos a rastreo sejam informados sobre o significado e as implicações do tratamento de deteção da FA.</li><li>Uma plataforma de referência estruturada seja organizada para fazer o rastreo de casos positivos para avaliação clínica adicional conduzida pelo médico para confirmar o diagnóstico de FA e proporcionar um tratamento otimizado de doentes com FA confirmada.</li><li>O diagnóstico definitivo de FA nos casos positivos após rastreo seja estabelecido apenas depois de o médico avaliar o registo do ECG de uma única derivação durante <math>\geq 30</math> segundos ou do ECG de 12 derivações e confirmar se revela FA.</li></ul>	I	B
Deve ser considerado o rastreo sistemático por ECG para FA nos indivíduos com idade $\geq 75$ anos, ou nos que têm risco elevado de acidente vascular cerebral.	Ila	B

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de Recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

<sup>c</sup>Consultar os capítulos 2 para os critérios de diagnóstico de FA e de AAFE e o capítulo 12 para o tratamento de doentes com AAFE.

## 7. Avaliação do diagnóstico de fibrilhação auricular

A FA ocorre muitas vezes nos doentes com fatores de risco cardiovasculares e/ou com comorbilidades e pode ser um marcador de situações não diagnosticadas. Portanto, todos os doentes com FA beneficiarão de uma avaliação cardiovascular abrangente. A extensão desta avaliação depende das características do doente. Um elemento importante é a avaliação rigorosa dos sintomas relacionados com a FA.

**Tabela 2 Escala dos sintomas da EHRA**

Score	Sintomas	Descrição
1	Nenhum	FA não causa quaisquer sintomas
2a	Ligeiro	Atividade diária normal não afetada pelos sintomas relacionados com a FA
2b	Moderado	Atividade diária normal não afetada pelos sintomas relacionados com a FA, mas doente afetado pelos sintomas
3	Grave	Atividade diária normal afetada pelos sintomas relacionados com a FA
4	Incapacitante	Atividade diária normal interrompida

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

### Recomendações para avaliação diagnóstica dos doentes com FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com FA, recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"><li>• A avaliação dos sintomas relacionados com a FA (incluindo a fadiga, cansaço, dificuldade em respirar, palpitações e dor torácica) e a quantificação do estado dos sintomas do doente utilizando a escala de sintomas EHRA modificada antes e após a iniciação do tratamento.</li><li>• A avaliação dos sintomas relacionados com a FA antes e após a cardioversão da FA persistente para ajudar as decisões sobre o tratamento do controlo do ritmo.</li></ul>	I	C

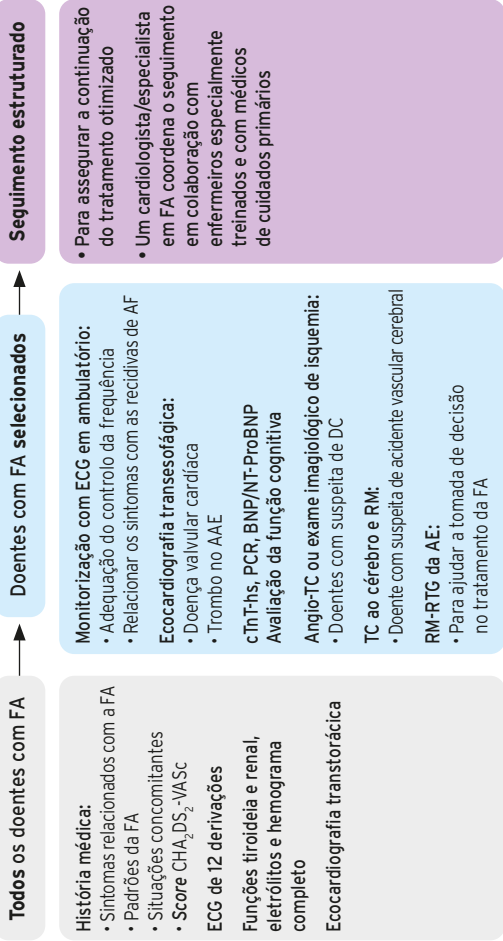
EHRA =European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de Recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.



**Figura 5** Avaliação diagnóstica e seguimento dos doentes com FA



AAE = apêndice auricular esquerdo; Angio-TC = angiografia por tomografia computadorizada; BNP = peptídeo natriurético auricular tipo-B; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); cTnT-hs = troponina cardíaca T de alta sensibilidade; DC = doença arterial coronária; ECG = electrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; NT-proBNP = terminal-N (NT) do peptídeo natriurético auricular do tipo B; PCR = proteína C reativa; RM = ressonância magnética imagiológica; RM-RTG = ressonância magnética cardíaca com realce tardio com gadolínio; TC = tomografia computadorizada.

## 8. Tratamento integrado de doentes com fibrilhação auricular

O tratamento integrado de doentes com FA combina os elementos chave relacionados com os doentes, médicos e sistema dos cuidados de saúde para facilitar o tratamento otimizado da FA e para melhorar os resultados dos doentes.

### Recomendações sobre o tratamento integrado da FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Para otimizar uma tomada de decisão partilhada sobre a(s) opção(ões) específicas de tratamento da FA a considerar, recomenda-se que os médicos: <ul style="list-style-type: none"><li>• Informem o doente sobre as vantagens/limitações e benefícios/riscos associados à(s) opção(ões) de tratamento considerados; e</li><li>• Discutam a carga potencial do tratamento com o doente e avaliem a perceção do doente sobre a carga do tratamento na sua decisão sobre o tratamento.</li></ul>	I	C
Recomenda-se, por rotina, a recolha dos RRD para avaliar o sucesso do tratamento e melhorar os cuidados do doente.	I	C
Deve ser utilizado um tratamento integrado de todos os doentes com FA com uma abordagem multidisciplinar estruturada incluindo os profissionais de saúde, os doentes e as suas famílias/cuidadores para melhorar os resultados clínicos.	Ia	B

FA = fibrilhação auricular; RRD = resultados registados pelo doente.

<sup>a</sup>Classe de Recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.

## 9. Tratamento do doente - a abordagem integrada ABC

A abordagem holística, simples *Atrial fibrillation Better Care* (ABC) («A» anticoagulação/Evitar (*avoid*) o acidente vascular cerebral; «B» Melhor (*better*) tratamento dos sintomas; «C» otimização Cardiovascular e das Comorbilidades agiliza os cuidados integrados dos doentes com FA a todos os níveis dos cuidados de saúde e entre as diversas especialidades. Comparando com os cuidados habituais, a implementação da via de acesso ABC tem sido significativamente associada a um risco inferior dos resultados clínicos.

## 9.1. «A» - Anticoagulação/Evitar o acidente vascular cerebral

### 9.1.1 Avaliação do risco de acidente vascular cerebral

O risco de acidente vascular cerebral relacionado com a FA não é homogêneo, dependendo da presença de fatores de risco/modificadores específicos de acidente vascular cerebral. Os fatores de risco comuns de acidente vascular cerebral estão resumidos no score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc baseado nos fatores de risco clínicos. Os scores de risco dos acidentes vasculares cerebrais têm de ponderar a simplicidade e a viabilidade contra a precisão. Como qualquer score baseado em fatores de risco clínicos, o score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc é limitado ao diagnosticar os doentes de alto risco. No entanto, em relação àqueles considerados consistentemente de baixo risco com taxas baixas de acidente vascular cerebral isquémico ou de mortalidade, não é necessário qualquer tratamento de prevenção de acidente vascular cerebral.

**Tabela 3 Score CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc**

Fatores de risco e definições		Pontos atribuídos
<b>C</b>	Insuficiência cardíaca congestiva Insuficiência cardíaca clínica ou evidência objetiva de disfunção VE moderada a grave ou miocardiopatia hipertrófica	1
<b>H</b>	Hipertensão ou sob terapêutica anti-hipertensora	1
<b>A (age)</b>	Idade 75 anos ou mais	2
<b>D</b>	Diabetes <i>mellitus</i> Tratamento com fármacos hipoglicémicos e/ou insulina ou glicose plasmática em jejum > 125 mg/dL (7 mmol/L)	1
<b>S (stroke)</b>	Acidente vascular cerebral Acidente vascular cerebral anterior, AIT ou tromboembolismo	2
<b>V</b>	Doença vascular DC angiograficamente significativa, EM anterior, DAP ou placa aórtica	1
<b>A (age)</b>	Idade 65 - 74 anos	1
<b>Sc (Sex category)</b>	Género (feminino)	1
<b>Score máximo</b>		9

AIT = acidente isquémico transitório; DC = doença arterial coronária; DAP = doença arterial periférica; EM = enfarte do miocárdio; VE = ventricular esquerda.

### 9.1.2. Avaliação do risco de hemorragia

O risco potencial de hemorragia necessita de ser avaliado ao iniciar a terapêutica antitrombótica. Os riscos de hemorragia não modificáveis e parcialmente modificáveis são operadores importantes dos eventos hemorrágicos na sinergia com fatores modificáveis. A avaliação do risco de hemorragia é efetuada para tratar os fatores de risco hemorrágicos modificáveis e para identificar os doentes com risco elevado de hemorragia numa avaliação clínica inicial e mais frequente e durante o seguimento, não sendo, no entanto, motivo para contraindicar uma terapêutica anticoagulante oral (ACO) exceto nos doentes com contraindicações absolutas para ACO.

**Tabela 4 Fatores de risco para hemorragia com ACO e com terapêutica antiplaquetária**

<b>Não modificáveis</b>	
Idade > 65 anos História de hemorragia <i>major</i> Insuficiência renal grave (sob diálise ou transplante renal) Disfunção hepática grave (cirrose) Neoplasia maligna	Fatores genéticos (e.g. polimorfismos dos genes CYP 2C9) História de acidente vascular cerebral, doença dos pequenos vasos, etc. Diabetes <i>mellitus</i> Défice cognitivo/demência
<b>Potencialmente modificáveis</b>	
Fragilidade extrema ± risco excessivo de quedas <sup>a</sup> Anemia Contagem ou função plaquetar reduzidas	Insuficiência renal com CeCr < 60 mL/min Estratégia de tratamento com AVK <sup>b</sup>
<b>Modificáveis</b>	
Hipertensão/PAS elevada Terapêutica antiplaquetária concomitante/AINE Ingestão excessiva de álcool Não adesão ao ACO Passatempos/ocupações perigosas	Terapêutica transitória com heparina Controlo do INR (alvo 2,0 - 3,0), TIT alvo > 70% <sup>c</sup> Escolha apropriada de ACO e dosagem correta <sup>d</sup>
<b>Biomarcadores</b>	
FDC-15 Cistatina C / DRC-EPI cTnT-hs	Fator von Willebrand (+ outros marcadores de coagulação)

ACO = anticoagulante oral; AINE = fármaco anti-inflamatório não esteroide; AVK = antagonista da vitamina K; CeCr = depuração da creatinina; CYP = citocroma; cTnT-hs = troponina T de alta sensibilidade; DRC-EPI = *Chronic Kidney Disease* (Doença Renal Crónica) *Epidemiology Collaboration*; FDC-15 = fator 15 de diferenciação do crescimento; INR = *international normalized ratio*; PAS = pressão arterial sistólica; TIT = tempo no intervalo terapêutico.

<sup>a</sup>Apoio para caminhar; calçado apropriado; revisão em casa para evitar riscos de quedas; avaliação neurológica quando apropriado - <sup>b</sup>Aumento da monitorização por INR, clínicas dedicadas à ACO, auto monitorização/auto tratamento, intervenções educativas/comportamentais - <sup>c</sup>Para os doentes tratados com AVK. <sup>d</sup>Adaptação da dose com base na idade, peso corporal e nível de creatinina sérica do doente.

**Tabela 5 Fatores de risco clínicos no score HAS-BLED**

Fatores de risco e definições		Pontos atribuídos
<b>H</b>	Hipertensão não controlada PA sistólica > 160 mmHg	1
<b>A</b>	Alteração da função renal e/ou hepática Diálise, transplante, creatinina sérica > 200 µmol/L, cirrose, bilirrubina > x 2 LSN, AST/ALT/ALP > 3x LSN	1 ponto cada
<b>S</b> <b>(stroke)</b>	Acidente vascular cerebral Acidente vascular cerebral prévio isquémico hemorrágico <sup>a</sup>	1
<b>B</b> <b>(bleeding)</b>	História ou predisposição para hemorragia História de hemorragia ou anemia <i>major</i> prévias ou trombocitopenia grave	1
<b>L</b> <b>(labile)</b>	INR lábil <sup>b</sup> TIT < 60% num doente tratado com AVK	1
<b>E</b> <b>(elderly)</b>	Idosos Idade > 65 anos ou fragilidade extrema	1
<b>D</b> <b>(drugs or alcohol)</b>	Fármacos ou consumo excessivo de álcool Tratamento concomitante de fármacos antiplaquetários ou anti-inflamatórios não esteroides; e/ou consumo excessivo <sup>c</sup> de álcool por semana	1 ponto cada
<b>Score máximo</b>		<b>9</b>

ALP = fosfatase alcalina; ALT = alanina aminotransferase; AST = aspartato aminotransferase; AVK = antagonista da vitamina K; INR = *international normalized ratio*; LSN = limite superior ao normal; PA = pressão arterial; TIT = tempo no intervalo terapêutico.

<sup>a</sup>O acidente vascular cerebral hemorrágico poderá contar também 1 ponto sob o critério «B».

<sup>b</sup>Relevante apenas se o doente estiver sob tratamento com AVK.

<sup>c</sup>O excesso ou abuso de álcool refere-se a um consumo elevado (e.g. > 14 unidades por semana), em que o médico avalia se haverá um impacto na saúde ou risco de hemorragia.

## 9.1.2.1 Oclusão e exclusão do apêndice auricular esquerdo

**Tabela 6 Terapêutica antitrombótica após oclusão do apêndice auricular esquerdo**

Dispositivo/ doente	Aspirina	ACO	Clopidogrel	Comentários
Watchman/ risco baixo de hemorragia	75 - 325 mg/dia indefinidamente	Começar com varfarina após o procedimento (INR alvo 2 - 3) até 45 dias ou continuar até o isolamento do AAE ser confirmado <sup>a</sup> por ETE. Um NOAC é uma alternativa possível.	Começar 75 mg/ dia quando ACO terminou, continuar até 6 meses após o procedimento	Alguns centros não suspendem a ACO no momento do procedimento (sem dados para suportar/ negar esta abordagem)
Watchman/ risco elevado de hemorragia	75 - 325 mg/dia indefinidamente	Não	75 mg/dia durante 1 - 6 meses enquanto se assegura isolamento adequado dos AAE <sup>a</sup>	O clopidogrel é administrado muitas vezes durante um período de tempo mais curto em situações de risco muito elevado
ACP/Amulet	75 - 325 mg/dia indefinidamente	Não	75mg/dia durante 1 - 6 meses enquanto se assegura isolamento adequado do AAE <sup>a</sup>	O clopidogrel pode substituir a aspirina a longo prazo se melhor tolerado

ACP = Amplatzer™ Cardiac Plug; AAE = apêndice auricular esquerdo; ETE = ecocardiografia transesofágica; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; ACO = terapêutica anticoagulante oral.

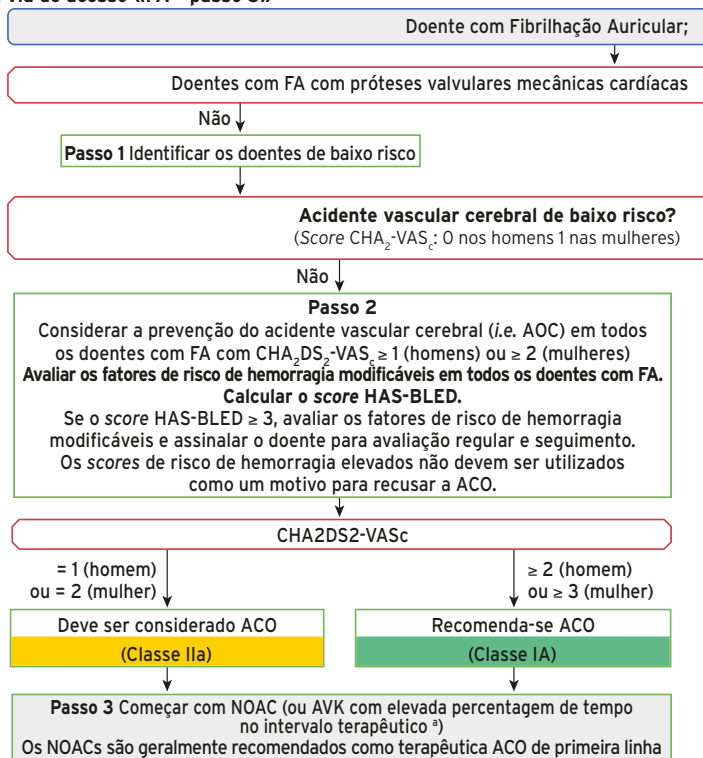
Nota: Dose de carga de aspirina ou de clopidogrel antes do procedimento se não medicado. Heparina com tempo de coagulação ativado > 250 segundos antes ou imediatamente após as punções septais em todos os doentes, seguida de heparina de baixo peso molecular quando a varfarina é necessária.

<sup>a</sup>Fuga inferior a 5 mm.

### 9.1.3. Tomada de decisão para evitar o acidente vascular cerebral

Nos doentes com fatores de risco de acidente vascular cerebral, a ACO reduz o risco de acidente vascular cerebral e de mortalidade. Portanto, a ACO é o pilar principal do tratamento de doentes com FA. Para avaliação do risco de acidente vascular cerebral, recomenda-se uma abordagem baseada em fatores de risco, utilizando o score de risco

**Figura 6 «A» -Anticoagulação/Evitar o acidente vascular cerebral:  
A via de acesso «FA - passo 3»**



clínico de acidente vascular cerebral  $CHA_2DS_2-VAS_c$  para identificar inicialmente os doentes de «baixo risco de acidente vascular cerebral» que não devem ser submetidos a terapêutica antitrombótica. Na maioria das populações de doentes (excluindo os doentes com válvulas mecânicas cardíacas ou com estenose mitral moderada a grave), elegíveis para ACO, os NOAcS são preferenciais relativamente aos antagonistas da vitamina K.

### Elegível para Anticoagulação Oral

ou com estenose mitral moderada-grave?

↓ Sim

**AVK com elevada percentagem de tempo no intervalo terapêutico**  
(o intervalo do INR alvo depende do tipo de lesão ou de prótese valvular)

↓ Sim

**Sem terapêutica antitrombótica**

ACO = anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K;  $CHA_2DS_2-VAS_c$  = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade  $\geq 75$ , Diabetes *mellitus*, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); FA = fibrilhação auricular; HAS-BLED = Hipertensão, Alteração da função renal e hepática, Acidente vascular cerebral, História ou predisposição para hemorragia, INR lábil, idosos ( $> 65$  anos), Fármacos/álcool em concomitância; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub> = Género (feminino), Idade ( $< 60$  anos), História médica, Tratamento (fármaco(s) interativos), Tabagismo, Raça (não caucasiana) (score); TIT = tempo de intervalo terapêutico.

\*Se um AVK for considerado, calcular o score SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub>; se score 0-2, pode-se considerar uma terapêutica com um AVK (e.g. varfarina) ou com um NOAC; se score  $> 2$ , deve-se providenciar uma avaliação regular/verificações frequentes do INR/aconselhamento para os utilizadores do AVK para favorecer um controlo adequado da anticoagulação ou reconsiderar a utilização de um NOAC em vez disso; TIT preferencialmente  $> 70\%$ .



## Recomendações para a prevenção de eventos tromboembólicos na FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA, indicados para ACO, recomendam-se preferencialmente os NOACs relativamente aos AVKs (excluindo os doentes com próteses valvulares mecânicas cardíacas ou com estenose mitral moderada a grave).	I	A
Para avaliação de risco de acidente vascular cerebral, recomenda-se a abordagem baseada nos fatores de risco, utilizando o score de risco clínico de acidente vascular cerebral CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc para inicialmente identificar os doentes de «baixo risco de acidente vascular» (score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc = 0 nos homens ou 1 nas mulheres) que não devem ser submetidos a terapêutica antitrombótica.	I	A
Recomenda-se a ACO para prevenção de acidente vascular cerebral nos doentes com FA com score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥ 2 nos homens ou ≥ 3 nas mulheres.	I	A
Deve ser considerada a ACO para prevenção de acidente vascular cerebral nos doentes com FA com um score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc de 1 nos homens ou de 2 nas mulheres. O tratamento deve ser individualizado com base no benefício clínico efetivo e nos valores e nas preferências do doente.	IIa	B
Para avaliação do risco de hemorragia, recomenda-se a avaliação do risco de hemorragia com base no score de risco formal estruturado para ajudar a identificar fatores de risco de hemorragia não modificáveis e para tratar os modificáveis em todos os doentes com FA e a identificar os doentes potencialmente com alto risco de hemorragia que devem ser indicados para avaliação clínica precoce e mais frequente e para seguimento.	I	B
Para avaliação formal de risco de hemorragia baseada em score de risco, deve ser considerado o score HAS-BLED para ajudar a tratar os fatores de risco de hemorragia modificáveis e para identificar os doentes potencialmente com alto risco de hemorragia (score HAS-BLED ≥ 3) para avaliação clínica precoce e mais frequente e para seguimento.	IIa	B
Recomenda-se a avaliação do risco de hemorragia e de acidente vascular cerebral em intervalos periódicos para informar sobre as decisões de tratamento (e.g. iniciação de ACO em doentes que já não estão em baixo risco de acidente vascular cerebral) e tratar os fatores de risco de hemorragia potencialmente modificáveis <sup>c</sup> .	I	B
Nos doentes com FA, inicialmente com baixo risco de acidente vascular cerebral, a primeira reavaliação de risco de acidente vascular cerebral deve ser efetuada 4 - 6 meses após a avaliação índice.	IIa	B
Se for utilizado um AVK, recomenda-se um INR alvo de 2,0 - 3,0, com TIT ≥70%.	I	B

## Recomendações para a prevenção de eventos tromboembólicos na FA (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes tratados com AVKs com uma baixa percentagem de tempo no intervalo terapêutico do INR (e.g. TIT < 70%), as opções recomendadas são: <ul style="list-style-type: none"> <li>• transição para um NOAC, mas assegurando uma boa adesão e persistência na terapêutica; ou</li> <li>• esforços para melhorar o TIT (e.g. instrução/aconselhamento e verificações mais frequentes do INR).</li> </ul>	I IIa	B
Não se recomenda a terapêutica antiplaquetária isolada (monoterapia ou aspirina em combinação com clopidogrel) para a prevenção do acidente vascular cerebral na FA.	III	A
O risco estimado de hemorragia, na ausência de contraindicações absolutas para ACO, não deve ele próprio orientar as decisões de tratamento sobre a utilização de ACO na prevenção de acidente vascular cerebral.	III	A
O padrão clínico da FA (i.e. primeira deteção, paroxística, persistente, persistente de longa duração, permanente) não deve condicionar a indicação para tromboprofílixia.	III	A

## Recomendações para oclusão ou exclusão do AAE

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Pode ser considerada a oclusão do AAE para prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA e com contraindicações para terapêutica anticoagulante a longo prazo (e.g. hemorragia intracraniana sem uma causa reversível).	IIb	B
Pode ser considerada a oclusão cirúrgica ou a exclusão do AAE para a prevenção do acidente vascular cerebral nos doentes com FA submetidos a cirurgia cardíaca.	IIb	C

ACO = terapêutica anticoagulante oral; AAE = apêndice auricular esquerdo; AINE = fármaco anti-inflamatório não esteroide; AVK = antagonista da vitamina K; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes *mellitus*, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); FA = fibrilhação auricular; HAS-BLED = Hipertensão, Alteração da função renal e hepática, Acidente vascular cerebral, História ou predisposição para hemorragia, INR lábil, Idosos (> 65 anos), Fármacos/álcool em conjunto; INR = *International Normalized Ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; PA = pressão arterial; SAME-TT<sub>2</sub>R<sub>2</sub> = Género (feminino), Idade (< 60 anos), História médica, Tratamento, Tabagismo, Raça (não caucasiana); TIT = tempo no intervalo terapêutico.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência - <sup>c</sup>Incluindo a PA não controlada; INRs lábeis (num doente tratado com AVK); excesso de consumo de álcool; administração concomitante de AINES ou de aspirina num doente anticoagulado; tendência ou predisposição para hemorragia (e.g. tratar a úlcera gástrica, otimizar a função renal ou hepática, etc.).

**Tabela 7 Critérios da seleção das doses para NOACs**

	<b>Dabigatrano</b>	<b>Rivaroxabano</b>	<b>Apixabano</b>	<b>Edoxabano</b>
<b>Dose padrão</b>	150 mg duas vezes ao dia	20 mg uma vez ao dia	5 mg duas vezes ao dia	60 mg uma vez ao dia
<b>Dose mais baixa</b>	110 mg duas vezes ao dia			
<b>Dose reduzida</b>		15 mg uma vez ao dia	2,5 mg duas vezes ao dia	30 mg uma vez ao dia
<b>Critérios de redução da dose</b>	110 mg de dabigatrano duas vezes ao dia em doentes com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade <math>\geq</math> 80 anos</li> <li>• Administração concomitante de verapamil ou</li> <li>• Risco acrescido de hemorragia</li> </ul>	CeCr 15 - 49 mL/min	Pelo menos 2 de 3 critérios: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade <math>\geq</math> 80 anos</li> <li>• Peso corporal <math>\leq</math> 60 kg, ou</li> <li>• Creatinina sérica <math>\geq</math> 1,5 mg/dL (133 <math>\mu</math>mol/L)</li> </ul>	Se algum dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• CeCr 15-50 mL/min,</li> <li>• Peso corporal <math>\leq</math> 60 kg,</li> <li>• Administração concomitante de dronedarona, ciclosporina, eritromicina ou cetoconazol</li> </ul>

CeCr = depuração da creatinina.

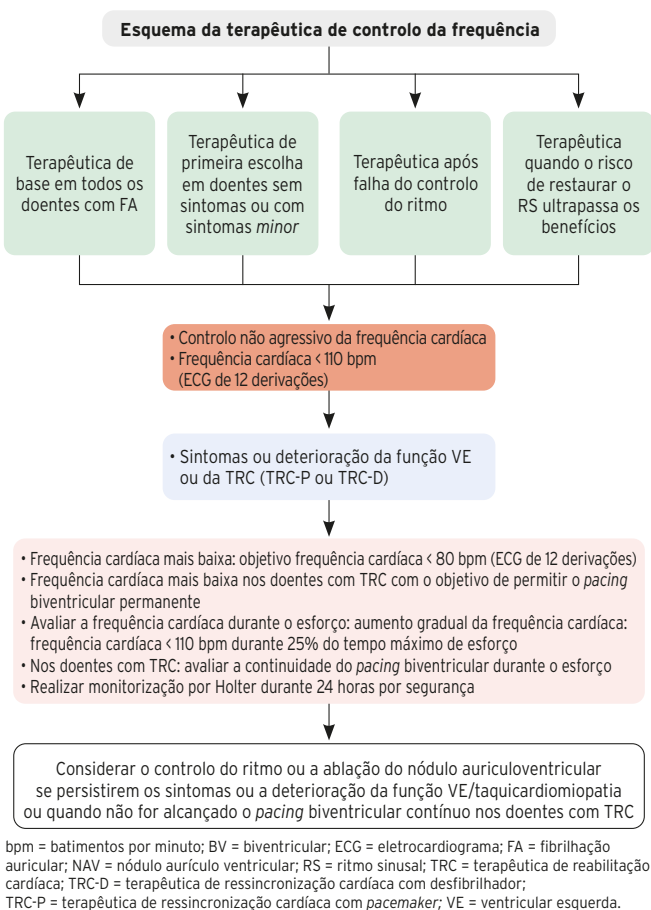
## 9.2. «B» - Melhor (Better) controlo dos sintomas

O controlo dos sintomas é o segundo pilar da abordagem ABC e é crucial para o tratamento do doente. O controlo dos sintomas consiste numa combinação de elementos diferentes incluindo tanto o controlo da frequência como o controlo do ritmo através dos fármacos antiarrítmicos, da cardioversão ou da terapêutica de intervenção dependendo dos sintomas do doente.

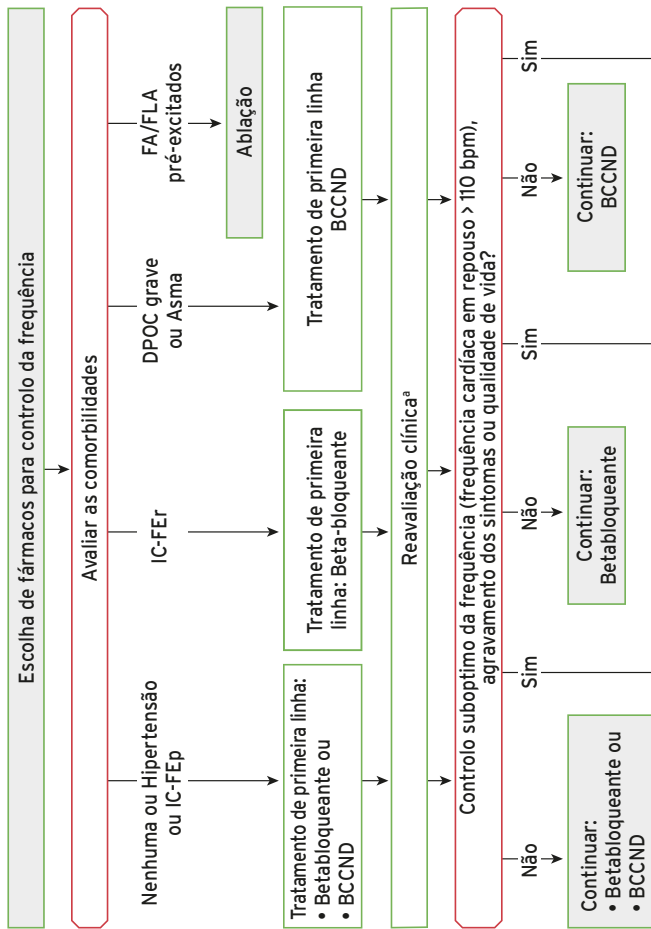
### 9.2.1. Controlo da frequência

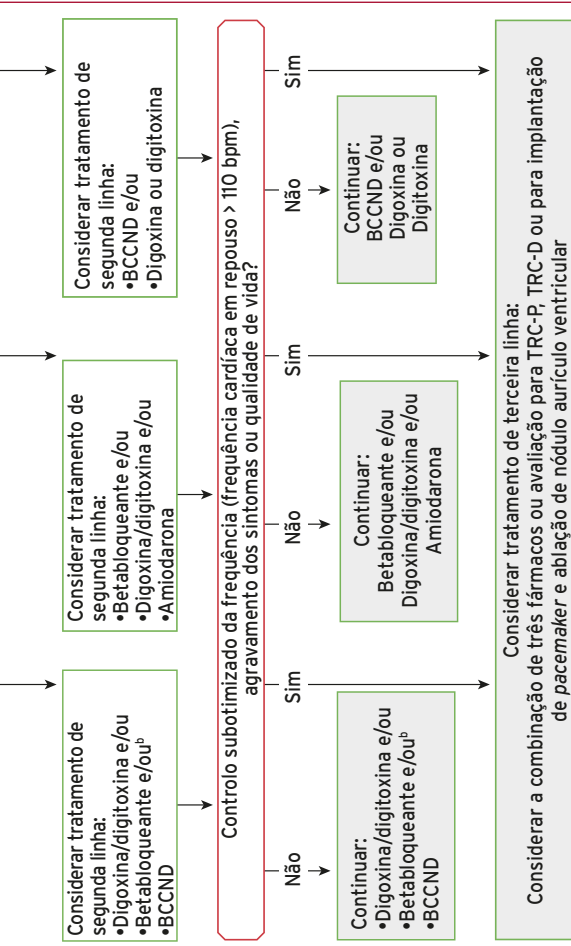
O controlo farmacológico da frequência pode ser alcançado através de diversos fármacos para controlo da frequência. A frequência cardíaca alvo otimizada é ainda pouco clara. A escolha dos fármacos para controlo da frequência no doente individual é orientada pelas comorbilidades. A ablação do nódulo auriculoventricular permite o controlo efetivo da frequência cardíaca nos doentes que não respondem ou são intolerantes à terapêutica farmacológica.

**Figura 7** Esquema da terapêutica de controlo da frequência



**Figura 8** Escolha de fármacos para controlo da frequência





BCCND = bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos; DPOC = doença pulmonar obstrutiva crónica; FA = fibrilhação auricular; FLA = flutter auricular; IC-FEP = insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; IC-FEr = insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; TRC-D = terapêutica de resincronização cardíaca com desfibrilhador; TRC-P = terapêutica de resincronização cardíaca com pacemaker.

<sup>a</sup>A reavaliação clínica deve ser focada na avaliação da frequência cardíaca em repouso, nos sintomas e na qualidade de vida relacionados com FA/FLA. No caso de controlo subótimo da frequência (frequência cardíaca em repouso > 110 bpm), de agravamento dos sintomas ou da qualidade de vida, considerar as opções de tratamento de segunda linha e, se necessário, de terceira linha.

<sup>b</sup>Instituição cuidadosa de betabloqueantes e de BCCND, monitorização por Holter durante 24 horas para excluir bradicardia.

## Recomendações para o controlo da frequência ventricular nos doentes com FA<sup>a</sup>

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomendam-se os betabloqueantes, o diltiazem ou o verapamil como fármacos de primeira escolha para controlar a frequência cardíaca nos doentes com FA com FEVE $\geq$ 40%.	I	B
Recomendam-se os betabloqueantes e/ou a digoxina para controlar a frequência cardíaca nos doentes com FA com FEVE $<$ 40%.	I	B
Deve ser considerada a terapêutica combinada incluindo diferentes fármacos <sup>d</sup> de controlo da frequência se não for possível atingir a frequência cardíaca alvo com um fármaco isolado.	IIa	B
Deve ser considerada uma frequência cardíaca em repouso $<$ 110 bpm (i.e. controlo não agressivo da frequência cardíaca) como frequência cardíaca inicial alvo na terapêutica de controlo da frequência.	IIa	B
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 e não elegíveis para o controlo do ritmo por ablação da AE, aceitando que estes doentes se tornarão dependentes de <i>pacemaker</i> .	IIa	B
Nos doentes com instabilidade hemodinâmica ou com depressão grave da FEVE, pode ser considerada a amiodarona intravenosa para controlo agudo da frequência cardíaca.	IIb	B

AE = aurícula esquerda; bpm = batimentos por minuto; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda.

<sup>a</sup>Consultar o capítulo 10 para controlo da frequência ventricular nas várias situações concomitantes e nas populações com FA.

<sup>b</sup>Classe de recomendação.

<sup>c</sup>Nível de evidência.

<sup>d</sup>A combinação de um betabloqueante com verapamil ou diltiazem deve ser efetuada com monitorização cuidadosa da frequência cardíaca por ECG durante 24 h para verificar a bradicardia.

### 9.2.2. Controlo do ritmo

A estratégia de controlo do ritmo refere-se às tentativas para restaurar e manter o ritmo sinusal e pode envolver uma combinação de abordagens de tratamento, incluindo fármacos antiarrítmicos CV e a ablação por cateter juntamente com um controlo adequado da frequência, uma terapêutica anticoagulante e uma terapêutica profilática cardiovascular abrangente. A indicação primária para o controlo do ritmo consiste na redução dos sintomas relacionados com a FA e na melhoria da qualidade de vida.

#### Recomendações para controlo do ritmo

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se a terapêutica de controlo do ritmo para a melhoria dos sintomas e QdV nos doentes sintomáticos com FA.	I	A

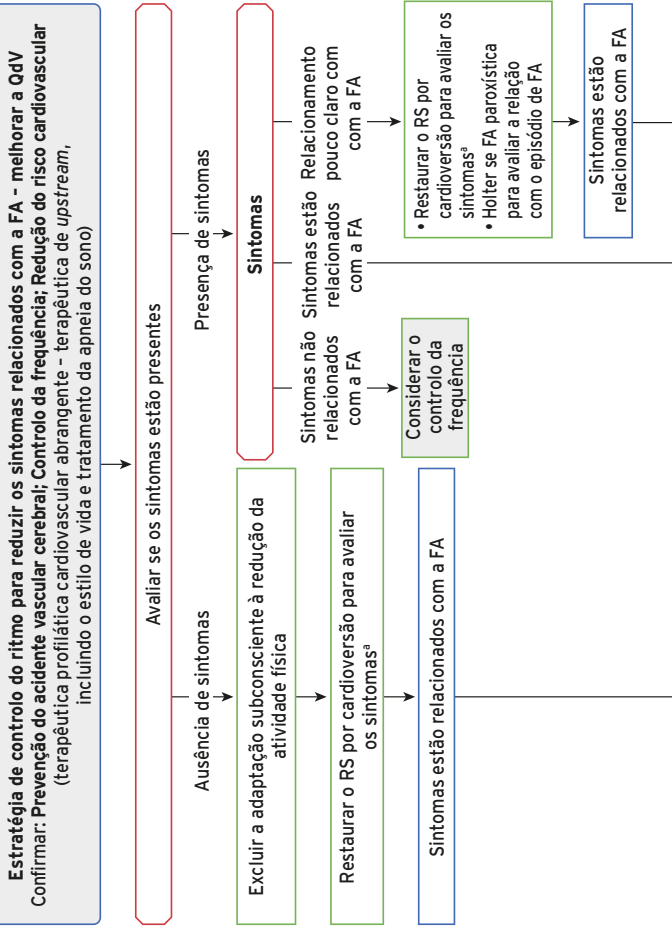
FA = fibrilhação auricular; QdV = qualidade de vida.

<sup>a</sup>Classe de recomendação.

<sup>c</sup>Nível de evidência.



**Figura 9** Estratégia do controle do ritmo



## Avaliar os fatores que favorecem o controle do ritmo:

- Idade mais jovem
- 1.º episódio de FA ou história breve
- Miocardiopatia mediada por taquicardia
- IVAE normal – moderadamente aumentado/atraso na condução auricular (remodelagem auricular limitada)
- Sem ou poucas comorbidades / doença cardíaca
- Dificuldade em atingir o controle da frequência
- FA precipitada por um evento temporário (doença aguda)
- Escolha do doente

Predomínio de fatores não favorecedores

- Avaliar se os fatores de risco para FA podem ser modificados
- Considerar a referência a um Electrofisiologista

Reavaliar os fatores de risco

Predomínio de fatores favorecedores

Controlo do ritmo

FAA

IVP

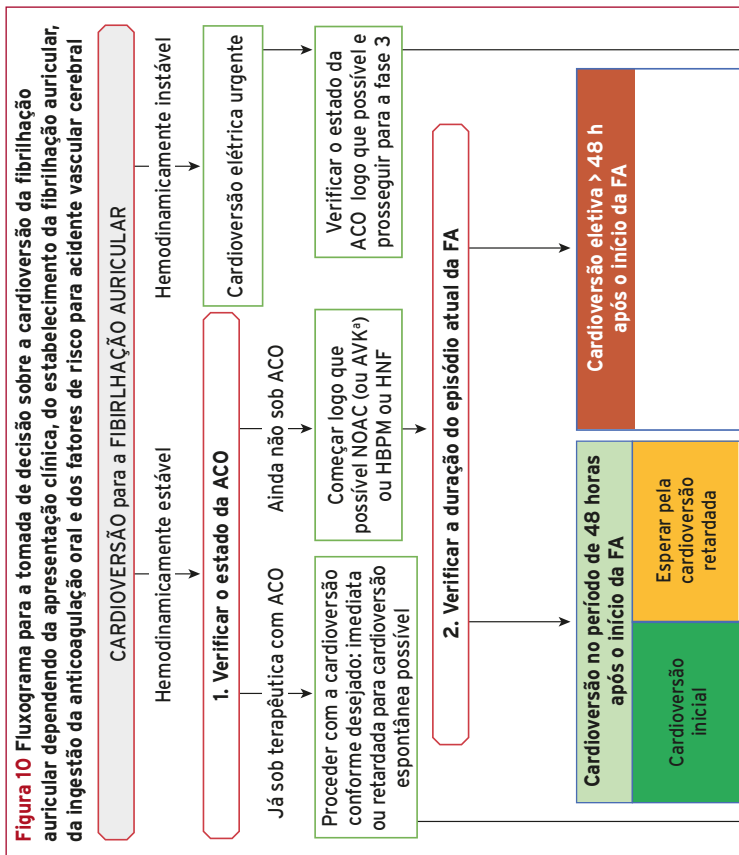
Em doentes selecionados:  
Ablação cirúrgica ou ablação toracoscópica

FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; IVAE = índice do volume auricular esquerdo; IVP = isolamento das veias pulmonares; QdV = qualidade de vida; RS = ritmo sinusal

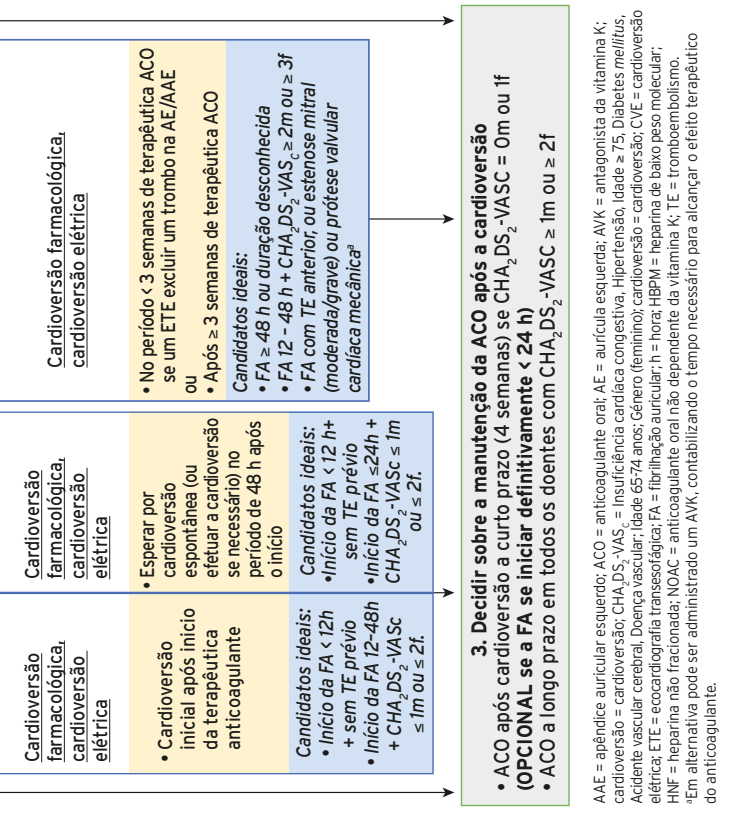
<sup>a</sup>Considerar a cardioversão para confirmar que a ausência de sintomas não se deve à adaptação inconsciente a uma capacidade física e/ou mental reduzidas.

### 9.2.2.1 Cardioversão

Nos doentes com FA hemodinamicamente instáveis, a CV urgente pode alcançar o controlo agudo do ritmo e a cardioversão elétrica é o método de escolha neste contexto. Nos doentes estáveis, pode ser ou a cardioversão farmacológica ou a elétrica.



A cardioversão farmacológica é menos eficaz, mas não requer sedação. O tratamento adequado da anticoagulação antes e após a cardioversão é crucial de modo a evitar complicações tromboembólicas.



**Tabela 8 Fármacos antiarrítmicos utilizados para restauração do ritmo sinusal**

Fármaco	Via de administração	Dose inicial para cardioversão	Dose adicional para cardioversão
Flecainida <sup>a</sup>	Oral <sup>b</sup> i.v.	200 - 300mg 2 mg/kg durante 10 min	-
Propafenona <sup>a</sup>	Oral <sup>b</sup> i.v.	450 - 600 mg 1,5 - 2 mg/kg durante 10 min	-
Vernakalant <sup>c</sup>	i.v.	3 mg/kg durante 10 min	2 mg/kg durante 10 min (10-15 min após a dose inicial)
Amiodarona <sup>a</sup>	i.v.	5 - 7 mg/kg durante 1 - 2 h	50 mg/h (máximo 1,2 g durante 24 h)
Ibutilide <sup>c</sup>	i.v.	1 mg durante 10 min 0,01 mg/kg se o peso corporal < 60 kg	1 mg durante 10 min (10 - 20 min após a dose inicial)

AVK = antagonista da vitamina K; CeCr = depuração da creatinina; CYP2D6 = citocroma P450 2D6; ECG = eletrocardiograma; EHRA = *European Heart Rhythm Association*; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda; FLA = *flutter* auricular; HVE = hipertrofia VE; IC = insuficiência cardíaca; i.v. = intravenoso(a); MCH = miocardiopatia hipertrófica; NYHA = *New York Heart Association*; PAS = pressão arterial sistólica; QRS = intervalo QRS; QT = intervalo QT; SA = sinoauricular; SCA = síndrome coronária aguda; VE = ventricular esquerda.

Taxa de sucesso aguda e tempo previsto para o ritmo sinusal	Contraindicações/precauções/comentários
Global: 59 - 78% (51% às 3 h, 72% às 8 h)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não devem ser utilizadas na cardiopatia isquémica e/ou na doença cardíaca estrutural significativa</li> <li>• Podem induzir hipotensão, FLA com condução 1:1 (em 3,5 - 5,0% dos doentes)</li> </ul>
Oral: 45-55% às 3h, 69 - 78% às 8 h; i.v.: 43-89% Até às 6 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A flecainida pode induzir alargamento do QRS ligeiro</li> <li>• NÃO utilizar para a cardioversão farmacológica do FLA</li> </ul>
< 1 h (conversão de 50% no período 10 min)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não deve ser utilizado em doentes com hipotensão arterial (PAS &lt; 100 mmHg), SCA recente (no período de 1 mês), IC NYHA III ou IV, QT prolongado ou estenose aórtica grave</li> <li>• Pode causar hipotensão arterial, prolongamento do QT, alargamento do QRS ou taquicardia ventricular não sustentada</li> </ul>
44% 8 - 12 h durante vários dias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode causar flebite (utilizar uma veia periférica larga, evitar a administração i.v. &gt; 24 horas e utilizar de preferência uma bomba infusora)</li> <li>• Pode causar hipotensão, bradicardia/bloqueio auriculoventricular, prolongamento do QT</li> <li>• Apenas se não existirem outras opções em doentes com hipertireoidismo (risco de tireotoxicose)</li> </ul>
31 - 51% (FA) 63 - 73% (FLA) ≈1 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eficaz na conversão do FLA</li> <li>• Não deve ser utilizada em doentes com QT prolongado, HVE grave ou FEVE baixa</li> <li>• Deve ser utilizada no contexto de uma unidade de cuidados cardíacos uma vez que pode provocar prolongamento do QT, taquicardia ventricular polimórfica (<i>torsades de pointes</i>)</li> <li>• Monitorização por ECG durante pelo menos 4 horas após a administração para detetar um evento pró arritmico</li> </ul>

<sup>a</sup>Utilizado mais frequentemente na cardioversão da FA, disponível na maioria dos países.

<sup>b</sup>Pode ser auto administrado por doentes em ambulatório selecionados para estratégia de tratamento «comprimido no bolso».

<sup>c</sup>Não disponível em alguns países.

Para mais detalhes sobre as propriedades farmacocinéticas ou farmacodinâmicas, consultar a utilização clínica e a tomada de decisão clínica dos fármacos antiarrítmicos (FAAs) no documento de consenso da EHRA.

### 9.2.2.2.1. Seguimento após a cardioversão

Recomendações para a cardioversão		
Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se o vernakalant i.v. (excluindo os doentes com SCA recente ou IC grave) ou a flecainida ou a propafenona (excluindo os doentes com doença cardíaca estrutural grave) para a cardioversão farmacológica da FA recentemente estabelecida.	I	A
Recomenda-se a amiodarona intravenosa para a cardioversão da FA nos doentes com IC ou com doença cardíaca estrutural, se a cardioversão retardada for consistente com a situação clínica.	I	A
Recomenda-se a cardioversão da FA (elétrica ou farmacológica) nos doentes sintomáticos com FA persistente como parte da terapêutica de controlo do ritmo.	I	B
A cardioversão farmacológica da FA é indicada apenas num doente hemodinamicamente estável, após ter em consideração o risco tromboembólico.	I	B
Deve ser considerado o pré tratamento com amiodarona, flecainida, ibutilide ou propafenona para aumentar o sucesso da cardioversão elétrica.	IIa	B
Em doentes selecionados com episódios pouco frequentes de FA ou de início recente de FA e sem doença cardíaca estrutural ou isquémica significativa, deve ser considerada uma dose oral única auto-administrada de flecainida ou de propafenona (estratégia da abordagem «comprimido no bolso») para a cardioversão orientada pelo doente, após avaliação de eficácia e segurança.	IIa	B
Para os doentes com doença do nódulo sinusal, com alterações da condução auriculoventricular ou com QTc prolongado (> 500 ms), não deve ser tentada a cardioversão farmacológica a não ser que tenham sido considerados riscos de pró arritmia e de bradicardia.	III	C

FA = fibrilhação auricular; IC = insuficiência cardíaca; i.v. = intravenoso; ms = milissegundos; QTc = intervalo QT corrigido; SCA = síndrome coronária aguda.

<sup>b</sup>Classe de recomendação.

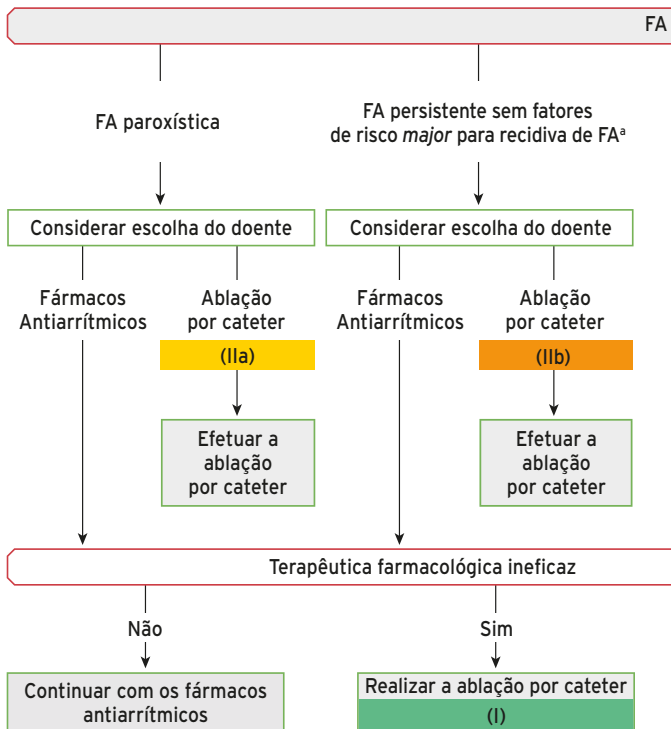
<sup>c</sup>Nível de evidência.

### 9.2.2.2. Ablação da FA por cateter

A ablação da FA por cateter é um tratamento bem estabelecido na prevenção de recidivas da FA. Quando realizada por operadores devidamente experientes, a ablação da FA por cateter é segura e é uma melhor alternativa aos FAAs na manutenção do ritmo sinusal e na melhoria dos sintomas. O benefício clínico principal da ablação da FA por cateter é a redução dos sintomas relacionados com a arritmia. Uma vez que nenhum ensaio aleatorizado conseguiu demonstrar uma redução significativa na mortalidade por todas as causas, no acidente vascular cerebral ou em hemorragias *major* na ablação da FA por cateter (sem ser em doentes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção ventricular esquerda reduzida), as indicações para o procedimento ainda não foram alargadas para além do alívio dos sintomas, pelo que a ablação da FA por cateter não é geralmente indicada nos doentes assintomáticos. A pedra angular da ablação da FA por cateter consiste no isolamento completo das veias pulmonares por meio de lesões lineares em torno do seu antrum, utilizando a ablação por radiofrequência ponto por ponto ou dispositivos de ablação de disparo único.



**Figura 11** Indicações para a ablação da fibrilhação auricular sintomática por cateter



AE = auricular esquerda; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; FE = fração de ejeção.

ªVolume da AE significativamente dilatado, idade avançada, FA de longa duração, disfunção renal e outros fatores de risco cardiovasculares.

sintomática

FA persistente com fatores de risco *major* de recidiva de FA<sup>a</sup>

FA paroxística ou persistente e insuficiência cardíaca com FE reduzida

Considerar escolha do doente

Considerar escolha do doente

Fármacos  
Antiarrítmicos

Ablação  
por cateter<sup>b</sup>

Fármacos  
Antiarrítmicos

Ablação  
por cateter

(I)<sup>c</sup>

Efetuar a ablação  
por cateter

Efetuar a  
ablação  
por cateter

Terapêutica farmacológica ineficaz

Não

Sim

Continuar com os fármacos  
antiarrítmicos

Realizar a ablação por cateter  
(IIa)<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Em circunstâncias raras individuais, a ablação por cateter pode ser cuidadosamente considerada como terapêutica de primeira linha.

<sup>c</sup>Recomendado para reversão da disfunção VE quando a taquimiocardiopatia é muito provável.

<sup>d</sup>Para melhorar a sobrevivência e para reduzir o internamento.

**Figura 12** Fatores de risco de fibrilhação auricular que contribuem para desenvolvimento de substrato desfavorável que se traduz em pior resultado da estratégia de controlo do ritmo



CPAP = pressão positiva contínua das vias aéreas; FA = fibrilhação auricular; HbA1c = hemoglobina A1c; IMC = índice de massa corporal; SAOS = síndrome de apneia obstrutiva do sono. Diversos fatores de risco de FA podem contribuir para o desenvolvimento de substratos na AE e assim afetar o resultado da ablação da FA por cateter, contribuindo para uma taxa de recidiva mais elevada. O controlo agressivo dos fatores de risco modificáveis pode reduzir a taxa de recidiva.

### 9.2.2.2.1 Seguimento após ablação da FA

**Tabela 9 Questões fundamentais no seguimento após a ablação da fibrilhação auricular por cateter**

#### Questões fundamentais no seguimento após ablação da FA

##### Reconhecimento e tratamento de complicações

- Os doentes têm de ser plenamente informados sobre os sinais e sintomas clínicos de complicações raras mas potencialmente perigosas relacionadas com a ablação que podem ocorrer após a alta hospitalar (fístula atrio-esofágica; estenose das veias pulmonares).

##### Monitorização do seguimento:

- Útil para avaliar o sucesso do procedimento e correlacionar a situação sintomática com o ritmo. As recidivas depois do primeiro mês após a ablação são geralmente um fator predizente de recidivas posteriores, mas os sintomas recorrentes podem ser devidos a batimentos ectópicos ou a outras arritmias não mantidas; por outro lado, a presença de FA assintomática após a ablação é bem reconhecida.
- A monitorização pode ser efetuada através de ECG intermitente, Holter, registos com *patch*, registador de eventos exterior ou implantável ou um monitor de *smart phone* (embora o último não tenha sido validado para tal função). Os doentes devem ser inicialmente avaliados após um período mínimo de 3 meses e depois disso anualmente.

##### Tratamento da medicação anti-arrítmica e tratamento das recidivas da FA

- a. A continuação do tratamento com FAA durante 6 semanas a 3 meses pode reduzir recidivas precoces da FA, reinternamentos e cardioversões durante este período. A prática clínica referente ao tratamento por rotina com FAA após a ablação varia e não existe evidência convincente de que tal tratamento é necessário por rotina.
- b. Posteriormente, os FAAs podem ser reduzidos, interrompidos ou mantidos de acordo com os sintomas e com o estado do ritmo.

##### Tratamento da terapêutica anticoagulante

- a. Geralmente, a terapêutica ACO é mantida durante 2 meses a seguir à ablação em todos os doentes. Depois deste período, a decisão de manter a ACO é determinada principalmente pela presença de fatores de risco de acidente vascular cerebral segundo a pontuação  $CHA_2DS_2-VAS_c$  e não pela situação do ritmo.

ACO = terapêutica anticoagulante oral;  $CHA_2DS_2-VAS_c$  = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade  $\geq 75$ , Diabetes *mellitus*, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico.

## Recomendações para o controlo do ritmo/ablação da FA por cateter

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<i>Recomendações gerais</i>		
Para a tomada de decisão sobre a ablação da FA por cateter, recomenda-se que sejam tomados em consideração os riscos do procedimento e os fatores de risco <i>major</i> de recidiva de FA a seguir ao procedimento e a discussão dos mesmos com o doente.	I	B
Deve ser considerada a repetição de procedimentos de IVP nos doentes com recidiva de FA desde que os sintomas do doente tenham melhorado após o IVP inicial.	IIa	B
<i>Ablação da FA por cateter após fracasso da terapêutica farmacológica</i>		
A ablação da FA por cateter por IVP é recomendada para controlo do ritmo após fracasso ou intolerância aos FAA das classes I ou III, para melhorar os sintomas de recidivas da FA nos doentes com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FA paroxística, ou:</li> <li>• FA persistente sem fatores de risco <i>major</i> de recidiva de FA, ou</li> <li>• FA persistente com fatores de risco <i>major</i> de recidiva de FA.</li> </ul>	I	A
		A
		B
Deve ser considerada a ablação da FA por cateter por IVP para controlo do ritmo após fracasso ou intolerância ao tratamento com betabloqueantes para melhorar os sintomas de recidivas da FA nos doentes com FA paroxística e persistente.	IIa	B
<i>Terapêutica de primeira linha</i>		
Deve/pode ser considerada a ablação da FA por cateter através de IVP como terapêutica de primeira linha de controlo do ritmo para melhorar os sintomas em doentes selecionados com:		
• Episódios de FA paroxística, sintomática ou	IIa	B
• FA persistente, sintomática sem fatores de risco <i>major</i> de recidiva de FA.	IIb	C

## Recomendações para o controlo do ritmo/ablação da FA por cateter (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<i>Terapêutica de primeira linha (continuação)</i>		
como uma alternativa aos FAA classe I ou III, considerando a escolha, o benefício e o risco do doente.		
Ablação da FA por cateter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomenda-se para reversão da disfunção VE nos doentes com FA quando a miocardiopatia induzida por taquicardia é muito provável, independentemente do estado dos seus sintomas.</li> <li>• Deve ser considerada em doentes selecionados com FA com IC e com FEVE reduzida para melhorar a esperança de vida e reduzir o internamento por IC.</li> </ul>	I IIa	B
Deve ser considerada a ablação por cateter da FA através de IVP como uma estratégia para evitar a implantação de um <i>pacemaker</i> em doentes com bradicardia relacionada com a FA ou com pausas sintomáticas de pré automaticidade após a conversão da FA considerando a situação clínica.	IIa	C
<i>Técnicas e tecnologias</i>		
Recomenda-se o isolamento elétrico completo das veias pulmonares durante os procedimentos de ablação da FA por cateter.	I	A
Se um doente apresenta história de FLA dependente do ICT ou se for induzido o FLA típico no momento da ablação da FA, pode ser considerada a ablação do ICT.	IIb	B
Pode ser considerada a utilização de lesões adicionais de ablação para além do IVP (áreas de baixa voltagem, linhas, atividade fragmentada, focos ectópicos, rotores e outros), embora não esteja bem definida	IIb	B
<i>Modificação do estilo de vida e outras estratégias para melhorar os resultados da ablação</i>		
Nos doentes obesos com FA, recomenda-se a perda de peso, em particular os que estão a ser avaliados para se submeterem a ablação da FA.	I	B
Recomenda-se um controlo rigoroso dos fatores de risco e a evicção dos estímulos como parte de uma estratégia de controlo de ritmo.	I	B

FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; FEVE = fração de ejeção ventricular esquerda; FLA = flutter auricular; IC = insuficiência cardíaca; ICT = istmo cavotricúspide; IVP = isolamento das veias pulmonares; QdV = qualidade de vida; VE = ventricular esquerda.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

### 9.2.2.3 Cirurgia da fibrilhação auricular

Recomendações para a ablação cirúrgica da FA		
Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Deve ser considerada a ablação concomitante da FA em doentes submetidos a cirurgia cardíaca, ponderando entre os benefícios da ausência de arritmias auriculares e os fatores de risco de recidivas (dilatação da aurícula esquerda, anos com FA, idade, disfunção renal e outros fatores de risco cardiovasculares).	Ila	A
Devem ser considerados os procedimentos toracoscópicos - incluindo a ablação cirúrgica híbrida - nos doentes que apresentam FA sintomática paroxística ou persistente refratária à terapêutica com FAA em que a ablação percutânea da FA fracassou ou com fatores de risco evidentes de fracasso na ablação por cateter, para manter o ritmo sinusal a longo prazo. A decisão tem de ser validada por uma equipa de eletrofisiologistas e de cirurgiões experientes.	Ila	B
Podem ser considerados os procedimentos toracoscópicos - incluindo a ablação cirúrgica híbrida - nos doentes com FA persistente com fatores de risco de recidiva, que permanecem sintomáticos durante a FA apesar do fracasso de pelo menos um FAA e que preferem uma terapêutica adicional do controlo do ritmo.	Iib	C

FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

### 9.2.2.4 Tratamento dos fatores de risco de acidente vascular cerebral e terapêutica ACO nos doentes com FA submetidos a cardioversão, a ablação por cateter ou a cirurgia por FA

Recomendações para o tratamento do risco de acidente vascular cerebral na pericardioversão		
Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com FA submetidos a cardioversão, recomendam-se os NOACs no mínimo com a eficácia e segurança semelhantes à varfarina.	I	A
Para a cardioversão da FA/FLA, recomenda-se a anticoagulação eficaz durante um mínimo de 3 semanas antes da cardioversão.	I	B
Recomenda-se a ETE para excluir os trombos cardíacos como uma alternativa à anticoagulação pré procedimento durante 3 semanas quando a cardioversão prévia é planeada.	I	B

## Recomendações para a o tratamento do risco de acidente vascular cerebral na percardioversão (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com risco de acidente vascular cerebral, recomenda-se a continuação da terapêutica ACO a longo prazo após a cardioversão de acordo com as recomendações sobre a anticoagulação a longo prazo, independentemente do método de cardioversão, da aparente manutenção do ritmo sinusal ou da caracterização da FA como um «primeiro episódio diagnosticado».	I	B
Quando um trombo é identificado na ETE, recomenda-se a anticoagulação eficaz durante pelo menos 3 semanas antes da cardioversão da FA.	I	B
Recomenda-se que a importância da adesão e da persistência à terapêutica com NOAC tanto antes como após a cardioversão seja fortemente salientada aos doentes.	I	C
Deve ser iniciada a anticoagulação eficaz logo que possível antes de qualquer cardioversão da FA ou da FLA.	Ila	B
Pode ser efetuada uma cardioversão sem demora sem efetuar ETE nos doentes com FA de duração < 48 horas.	Ila	B
Nos doentes com FA de duração > 24 horas submetidos a cardioversão, deve ser mantida a terapêutica anticoagulante durante pelo menos 4 semanas, mesmo após cardioversão bem sucedida a ritmo sinusal (para além de 4 semanas, a decisão sobre uma terapêutica ACO a longo prazo é determinada pela presença de fatores de risco de acidente vascular cerebral).	Ila	B
Quando o trombo for identificado na ETE, este exame deve ser repetido para assegurar a resolução do trombo antes da cardioversão.	Ila	C
Nos doentes com FA com duração seguramente ≤ 24 horas e um risco muito baixo de acidente vascular cerebral (CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VAS <sub>C</sub> de 0 nos homens ou de 1 nas mulheres) pode ser omitida a anticoagulação pós cardioversão durante 4 semanas.	Ilb	C

ACO = terapêutica anticoagulante oral; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub> = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes *mellitus*, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular; FLA = flutter auricular; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.



## Recomendações para o tratamento do risco de acidente vascular cerebral na peri ablação por cateter

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com FA com fatores de risco de acidente vascular cerebral não medicados com ACO antes da ablação, recomenda-se que o tratamento periprocedimento de risco de acidente vascular cerebral inclua a iniciação da anticoagulação e: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferencialmente, terapêutica ACO durante pelo menos 3 semanas antes da ablação, ou</li> <li>• Em alternativa, a utilização da ETE para excluir o trombo na AE antes da ablação.</li> </ul>	I  IIa	C
Para os doentes submetidos a ablação da FA por cateter que foram terapêuticamente anticoagulados com varfarina, dabigatrano, rivaroxabano, apixabano ou edoxabano, recomenda-se que o procedimento da ablação seja efetuado sem interrupção da ACO.	I	A
Após a ablação da FA por cateter, recomenda-se que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A anticoagulação sistémica com varfarina ou a manutenção de um NOAC durante pelo menos 2 meses após a ablação e</li> <li>• A manutenção a longo prazo da anticoagulação sistémica para além de 2 meses após a ablação baseada no perfil de risco de acidente vascular cerebral do doente e não no sucesso aparente ou no fracasso do procedimento da ablação.</li> </ul>	I	C

ACO = terapêutica anticoagulante oral; AE = aurícula esquerda; ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

## Recomendações para a anticoagulação pós operatória após a cirurgia da FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se a ACO a longo prazo em doentes após a cirurgia da FA e após encerramento do apêndice, com base no risco tromboembólico do doente avaliado pelo score CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VAS <sub>c</sub> .	I	C

ACO = terapêutica anticoagulante oral; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); FA = fibrilhação auricular. <sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

### 9.2.2.5. Terapêutica farmacológica antiarrítmica a longo prazo para controlo do ritmo

A terapêutica farmacológica antiarrítmica visa a melhoria dos sintomas relacionados com a FA. A decisão de iniciar uma terapêutica farmacológica antiarrítmica a longo prazo requer o equilíbrio entre a carga dos sintomas, os possíveis efeitos adversos dos fármacos, e as preferências do doente. A escolha dos fármacos a ser utilizados pelo doente

individual deve ser orientada sobretudo pela segurança e não pelas considerações sobre a eficácia e é significativamente influenciada pelas comorbilidades do doente.

**Tabela 10 Normas sobre a iniciação dos fármacos antiarrítmicos durante o controlo do ritmo a longo prazo nos doentes com fibrilhação auricular**

Consideração	Critérios
Indicação para FAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>O doente é assintomático?</b></li> <li>• Os sintomas da FA são suficientemente graves (classe de EHRA) para justificar a administração de FAA?</li> <li>• Existem situações associadas que prevêm a má tolerância aos episódios de FA?</li> </ul>
Quando iniciar um FAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Geralmente não no primeiro episódio, mas poderá melhorar a eficácia da cardioversão</b></li> </ul>
Como escolher entre os FAAs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Minimizar o risco pró arritmico e a toxicidade dos órgãos</b> Avaliar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ alterações basais no ECG (duração do QRS, PR, QTc) e possível interferência com os FAA</li> <li>♦ impacto na função VE</li> <li>♦ interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas importantes (i.e. fármacos antitrombóticos)</li> </ul> </li> <li>• Fatores de risco de pró arritmia podem ser dinâmicos e mudar ao longo do tempo</li> </ul>
Como minimizar o risco pró arritmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avaliar o ECG após o tratamento, conforme indicado nestas Recomendações</b></li> <li>• Avaliar periodicamente a toxicidade dos órgãos (amiodarona)</li> <li>• Monitorização por Holter a longo prazo e prova de esforço em casos selecionados</li> <li>• Evitar combinações de FAA</li> </ul>
Como verificar a eficácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Estimar a carga da FA sob terapêutica (pedir ao doente para anotar os episódios)</b></li> <li>• Se o doente já está sob FAA com resultados eficazes, mas teve de interromper por intolerância, escolher de preferência da mesma classe</li> </ul>
Intervenções adjuvantes e terapêutica híbrida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nos doentes com alterações da condução auriculoventricular e/ou com disfunção do nódulo sinusal, deve ser considerada a implantação de um <i>pacemaker</i> se a terapêutica com FAA for considerada necessária</b></li> <li>• A terapêutica com FAA a curto prazo pode prevenir as recidivas prévias após a ablação da FA</li> </ul>

ECG = eletrocardiograma; EHRA = *European Heart Rhythm Association*; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; PR = intervalo PR; QRS = intervalo QRS; QTc = intervalo QT corrigido; VE = ventricular esquerda.

**Tabela 11 FAAs utilizados para manutenção a longo prazo do ritmo sinusal nos doentes****Fármacos antiarrítmicos durante a manutenção a longo prazo do ritmo sinusal**

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Contraindicações e precauções principais</b>
<b>Amiodarona</b>	3 x 200 mg diários durante 4 semanas, seguidamente 200 mg diários	Precaução ao administrar terapêutica concomitante com fármacos que prolongam o intervalo QT, AVKs ou digitálicos. Risco acrescido de miopatias quando administrada com estatinas. Requer vigilância regular da toxicidade do fígado, pulmões e tireoide. Contraindicada em situações de hipertiroidismo evidente.
<b>Dronedarona</b>	400 mg duas vezes ao dia	Contraindicada nas Classes III-IV da NYHA ou com IC instável, em combinação com fármacos que prolongam o intervalo QT ou com inibidores potentes da CYP3A4 (e.g. verapamil, diltiazem) e se a CeCr < 30 mL/min. Contraindicada na terapêutica concomitante com dabigatrano. Quando administrada com digitálicos ou com betabloqueantes, as doses devem ser reduzidas. É comum um aumento modesto da creatinina sérica, refletindo sobretudo a redução da CeCr induzida por fármacos, e não o agravamento da função renal.
<b>Flecainida</b>	100 - 200 mg duas vezes ao dia	Contraindicada em doentes com CeCr < 35 mL/min/1,73m <sup>2</sup> e doença hepática significativa.
<b>Flecainida de liberação retardada</b>	200 mg uma vez ao dia	Contraindicada em doentes com doença cardíaca isquémica ou como FEVE reduzida. Precaução na presença de alterações da condução SA/AV. Os inibidores da CYP2D6 aumentam a concentração plasmática.
<b>Propafenona</b>	150 - 300 mg três vezes ao dia	Contraindicada em doentes com doença renal ou hepática significativa, com doença isquémica cardíaca, com função sistólica VE reduzida, ou asma.
<b>Propafenona de liberação retardada</b>	225 - 425 mg duas vezes ao dia	Precaução na presença de alterações da condução SA/AV. Aumenta a concentração de varfarina/acenocoumarina e digoxina no caso de administração concomitante.
<b>Sotalol (d,l, mistura racémica)</b>	80 - 160 mg duas vezes ao dia	O sotalol deve ser utilizado com precaução. Não deve ser administrado em doentes com IC-FEr, com hipertrofia VE significativa, com intervalo QT prolongado, asma, hipocalémia, CeCr < 30 mL/min. O efeito dos bloqueadores dos canais de potássio aumenta com o aumento da dose e, por consequência, aumenta o risco de pró arritmia ventricular (TdP).

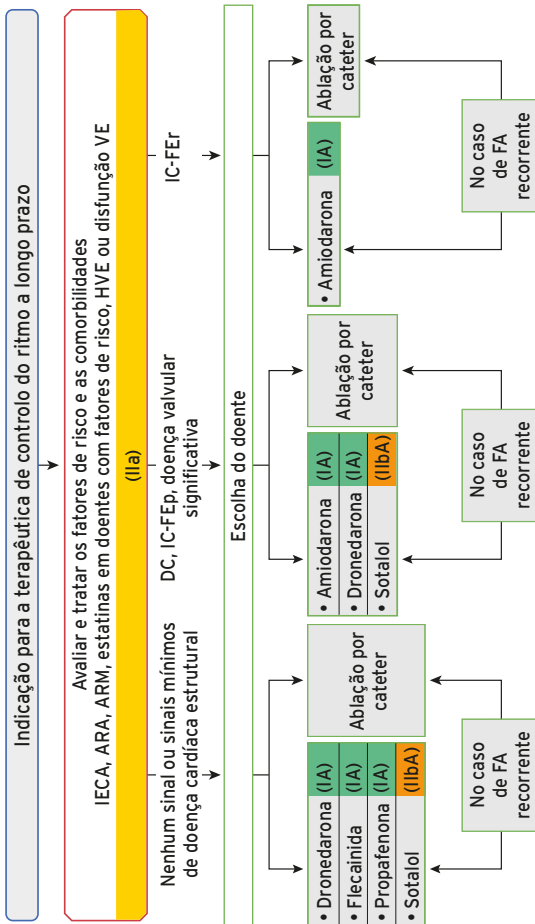
A disopiramida é raramente utilizada no controlo do ritmo nos doentes com FA, devido ao aumento da mortalidade e à intolerância frequente aos efeitos colaterais. Pode ser útil na FA «vagal»

com FA

Sinais de aviso que justificam a descontinuação	Nódulo AV	Monitorização por ECG
Prolongamento excessivo do QT (> 500 ms).	Reduz a frequência ventricular (durante 10 - 12 bpm), oferece segurança em doentes com IC.	Basal, 4 semanas
Prolongamento excessivo do QT (> 500 ms ou aumento > 60 ms).	Apresenta propriedades de retardamento da condução do nódulo AV.	Basal, 4 semanas
Alargamento do QRS > 25% sobre o valor basal e doentes com BCRE ou qualquer outro bloqueio na condução >120 ms.	Pode aumentar o comprimento do ciclo do <i>flutter</i> auricular, promovendo assim a condução AV 1:1 e aumentando a frequência cardíaca.	Basal, após 1-2 semanas
Alargamento do QRS > 25% sobre o valor basal e doentes com BCRE e qualquer outro bloqueio na condução >120 ms.	Discreta	Basal, após 1-2 semanas
Deve ser descontinuado no caso de prolongamento excessivo do QT (> 500 ms ou aumento > 60 ms)	Semelhante à dose elevada dos betabloqueantes	Basal, após 1 dia e após 1 - 2 semanas

ocorrendo em atletas ou durante o sono. Reduz a obstrução do trato de saída do VE e os sintomas dos doentes com MCH.

**Figura 13** Terapêutica de controlo do ritmo a longo prazo



ARA = antagonista dos receptores da angiotensina; ARM = antagonista dos receptores dos mineralocorticoides; DC = doença arterial coronária; 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; IECA = inibidor da enzima de conversão da angiotensina; VE = ventricular esquerda

## Recomendações para os fármacos antiarrítmicos a longo prazo

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomendam-se a flecainida ou a propafenona durante o controlo do ritmo a longo prazo em doentes com FA com função VE normal e sem doença cardíaca estrutural, incluindo HVE significativa e isquemia do miocárdio.	I	A
Recomenda-se a dronedarona durante o controlo do ritmo a longo prazo nos doentes com FA com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Função VE normal ou ligeiramente diminuída (mas estável) ou</li> <li>• IC-FEp, doença isquémica ou valvular cardíaca</li> </ul>	I	A
Recomenda-se a amiodarona durante o controlo do ritmo a longo prazo em todos os doentes com FA, incluindo os que têm IC-FER. No entanto, devido a esta toxicidade extracardíaca, devem ser considerados inicialmente outros FAA sempre que possível.	I	A
Nos doentes com FA medicados com sotalol, recomenda-se uma monitorização rigorosa do intervalo QT, dos níveis de potássio sérico, da depuração da creatinina e de outros fatores de risco pró arrítmicos.	I	B
Nos doentes com FA medicados com flecainida para controlo do ritmo a longo prazo, deve ser considerada a administração concomitante de fármacos bloqueadores da condução no nódulo auriculoventricular (se tolerados).	IIa	C
Pode ser considerado o sotalol para controlo do ritmo a longo prazo nos doentes com função VE normal ou com cardiopatia isquémica se for efetuada uma monitorização rigorosa do intervalo QT, dos níveis de potássio sérico, da depuração da creatinina e de outros fatores de risco pró-arrítmicos.	IIb	A
Não se recomenda a terapêutica com FAA em doentes com FA permanente sob controlo da frequência e em doentes com defeitos graves da condução a não ser que sejam submetidos a <i>pacing</i> antibradicardia.	III	C

FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; HVE = hipertrofia VE; IC-FEp = insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada; IC-FER = insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida; VE = ventricular esquerda. <sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

### 9.3 «C» - Fatores de risco cardiovasculares e doenças concomitantes - deteção e tratamento

A carga dos fatores de risco cardiovasculares e as comorbilidades, incluindo os fatores do estilo de vida e as situações limites, têm um impacto significativo no risco vitalício de desenvolvimento da FA. O componente «C» da via de acesso ABC inclui a identificação

e o tratamento de doenças concomitantes, de fatores de risco cardiometabólicos e de fatores de estilo de vida pouco saudável. O tratamento dos fatores de risco e da doença cardiovascular complementa a prevenção do acidente vascular cerebral e reduz a carga da FA e da gravidade dos sintomas.

### 9.3.1 Intervenções sobre o estilo de vida

#### Recomendações para as intervenções sobre o estilo de vida e tratamento dos fatores de risco e doenças concomitantes nos doentes com FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se a identificação e o tratamento dos fatores de risco e de doenças concomitantes como parte integral do tratamento dos doentes com FA.	I	B
Recomenda-se a modificação do estilo de vida pouco saudável e de uma terapêutica alvo de situações intercorrentes para reduzir a carga da FA e a gravidade dos sintomas.	I	B
Recomenda-se o rastreio oportuno da FA nos doentes hipertensos.	I	B
Recomenda-se o controlo otimizado da PA nos doentes com FA com hipertensão para reduzir as recidivas da FA e o risco de acidente vascular cerebral e de hemorragia.	I	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 incidência, a progressão, as recidivas da FA e os sintomas.	IIa	B
Deve ser considerado o aconselhamento e o tratamento do consumo excessivo de álcool na prevenção da FA e nos doentes com FA indicados para terapêutica ACO.	IIa	B
Deve ser considerada a atividade física para ajudar a prevenir a incidência ou a recidiva de FA, com a exceção de exercícios de resistência excessivos, que poderão favorecer a FA.	IIa	C
Deve ser considerado o rastreio oportuno da FA nos doentes com SAOS.	IIa	C
Pode ser considerado o tratamento otimizado da SAOS para reduzir a incidência, a progressão, as recidivas da FA e os sintomas.	IIb	C

ACO = anticoagulante oral; FA = fibrilhação auricular; HIC = hemorragia intracraniana; IC = insuficiência cardíaca; PA = pressão arterial; SAOS = síndrome de apneia obstrutiva do sono.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

## 10. Abordagem ABC em contextos/situações/ populações de doentes clínicos específicos

### 10.1 Fibrilhação auricular com instabilidade hemodinâmica

#### Recomendações para o tratamento da FA com instabilidade hemodinâmica

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se a cardioversão elétrica de emergência nos doentes com FA com instabilidade hemodinâmica aguda ou com agravamento da mesma.	I	B
Nos doentes com FA com instabilidade hemodinâmica, pode ser considerada a amiodarona para controlo agudo da frequência cardíaca.	Iib	B

FA = fibrilhação auricular. <sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

### 10.2 Síndrome coronária aguda, intervenção coronária percutânea e síndrome coronária crónica nos doentes com fibrilhação auricular

O risco de FA de novo aumenta nos doentes com síndromes coronárias agudas (SCA) e vice versa. Globalmente, 10 - 15% dos doentes com FA submetem-se a intervenção coronária percutânea. A terapêutica antitrombótica neste contexto pode ser desafiante, uma vez que necessita a ponderação entre o risco de eventos tromboticos recorrentes e o risco de hemorragia. Na maioria dos doentes, a interrupção precoce da aspirina e a manutenção da terapêutica antitrombótica dupla com um ACO e com um inibidor do P2Y<sub>12</sub> é considerada suficiente. (Consultar a Figura 14 no interior da capa).

#### Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<b>Recomendações gerais para os doentes com FA e uma indicação para a terapêutica antiplaquetária concomitante</b>		
Nos doentes com FA, indicados para NOACs, recomenda-se de preferência a utilização de um NOAC <sup>c</sup> relativamente a um AVK em combinação com terapêutica antiplaquetária.	I	A
Nos doentes com alto risco de hemorragia (HAS-BLED $\geq$ 3), deve ser considerado de preferência o rivaroxabano 15mg uma vez ao dia relativamente ao rivaroxabano 20 mg uma vez ao dia durante a duração de terapêutica antiplaquetária simples ou dupla concomitante para atenuar o risco de hemorragia.	Iia	B



**Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC (continuação)**

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
---------------	---------------------	--------------------

**Recomendações gerais para os doentes com FA e com uma indicação para a terapêutica antiplaquetária concomitante (continuação)**

Nos doentes com risco elevado de hemorragia (HAS-BLED  $\geq$  3), deve ser considerado de preferência o dabigatrano 110 mg duas vezes ao dia em vez do dabigatrano 150 mg duas vezes ao dia durante a duração da terapêutica antiplaquetária simples ou dupla concomitante para atenuar o risco de hemorragia.

IIa

B

Nos doentes com FA com indicação para um AVK em combinação com terapêutica antiplaquetária, a dose do AVK deve ser cuidadosamente regulada com um INR alvo de 2,0 - 2,5 e TIT > 70%.

IIa

B

**Recomendações para os doentes com FA com SCA**

Nos doentes com FA com SCA submetidos a ICP não complicada, recomenda-se a cessação precoce ( $\leq$  1 semana) da aspirina e a manutenção de uma terapêutica dupla com um ACO e com um inibidor do P2Y<sub>12</sub> (de preferência o clopidogrel) até 12 meses se o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup> for baixo ou se as questões relacionadas com o risco de hemorragia<sup>e</sup> prevalecerem sobre as questões relacionadas com o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup>, independentemente do tipo de *stent* utilizado.

I

A

Deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, com clopidogrel, e com um ACO<sup>f</sup> durante mais de 1 semana após uma SCA, quando o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup> compensar o risco de hemorragia<sup>e</sup>. A duração total ( $\leq$  1 mês) é decidida de acordo com a avaliação destes riscos, e o plano de tratamento deve ser claramente especificado na alta hospitalar.

IIa

C

**Recomendações para os doentes com FA com SCC submetidos a ICP**

Após uma ICP não complicada, recomenda-se a cessação precoce ( $\leq$  1 semana) da aspirina e a manutenção da terapêutica dupla com um ACO até 6 meses e com clopidogrel, se o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup> for baixo ou se as questões relacionadas com o risco de hemorragia<sup>e</sup> prevalecerem sobre as questões relacionadas com o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup>, independentemente do tipo de *stent* utilizado.

I

A

## Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC (continuação)

### Recomendações

Classe<sup>a</sup>

Nível<sup>b</sup>

### Recomendações para os doentes com FA com SCC submetidos a ICP (continuação)

Deve ser considerada a terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e com um ACO<sup>f</sup> durante mais de 1 semana quando o risco de trombose de *stent*<sup>d</sup> compensar o risco de hemorragia<sup>e</sup>. A duração total ( $\leq 1$  mês) é decidida de acordo com a avaliação destes riscos, e o plano de tratamento deve ser claramente especificado na alta hospitalar.

IIa

C

ACO = terapêutica anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; DRC = doença renal crónica; FA = fibrilhação auricular; HAS-BLED = Hipertensão, Alteração da função renal/hepática, Acidente vascular cerebral, História ou predisposição para hemorragia, INR lábil, idosos (> 65 anos), Fármacos/álcool em conjunto; HIC = hemorragia intracraniana; ICP = intervenção coronária percutânea; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; SCA = síndrome coronária aguda; SCC = síndrome coronária crónica; TIT = tempo no intervalo terapêutico.

<sup>a</sup>Classe de recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.

<sup>c</sup>Consultar o resumo das características do medicamento sobre as doses reduzidas ou sobre contraindicações de cada NOAC nos doentes com DRC, peso corporal < 60 kg, idade > 75 - 80 anos e/ou interações farmacológicas.

<sup>d</sup>O risco da trombose de *stent* abrange: (i) o risco de ocorrência de trombose e (ii) o risco de morte no caso de ocorrência de trombose de *stent*, ambos relacionados com as características anatómicas, clínicas e do procedimento. Os fatores de risco nos doentes com SCC incluem a implantação de *stent* no tronco comum ou na última artéria patente remanescente; implantação subotimizada de *stent*; comprimento do *stent* > 60 mm; diabetes *mellitus*; DRC; bifurcação com dois *stents* implantados; tratamento de oclusão crónica total; e trombose de *stent* anterior sob terapêutica antitrombótica adequada.

<sup>e</sup>O risco de hemorragia nos doentes com FA pode ser avaliado através do score HAS-BLED, que chama a atenção para fatores de risco de hemorragia modificáveis; os que têm risco elevado (score  $\geq 3$ ) devem submeter-se a avaliações prévias mais frequentes e a seguimento. O risco de hemorragia é muito dinâmico e não permanece estático e confiar apenas nos fatores de risco de hemorragia modificáveis constituiu uma estratégia insuficiente para avaliar o risco de hemorragia.

<sup>f</sup>Quando o dabigatrano é utilizado na terapêutica tripla, o dabigatrano 110 mg duas vezes ao dia pode ser utilizado em vez do dabigatrano 150 mg duas vezes ao dia, sendo no entanto a evidência insuficiente.

### 10.3 Acidente vascular cerebral agudo ou HIC nos doentes com fibrilhação auricular

#### Recomendações para a procura da FA em doentes com acidente vascular cerebral criptogénico

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com um acidente vascular cerebral isquémico agudo ou com AIT e sem FA previamente conhecida, recomenda-se a monitorização para rastreio de FA, utilizando um registo eletrocardiográfico de curta duração durante pelo menos as primeiras 24 horas, seguido de monitorização eletrocardiográfica contínua durante pelo menos 72 horas, sempre que possível.	I	B
Nos doentes selecionados <sup>c</sup> com acidente vascular cerebral sem FA previamente conhecida, deve ser considerada a monitorização eletrocardiográfica adicional utilizando monitores eletrocardiográficos não invasivos a longo prazo ou monitores cardíacos implantáveis para detetar a FA.	Ila	B

AIT = acidente isquémico transitório; C<sub>2</sub>H<sub>2</sub>ST = DC/DPOC (1 ponto cada), Hipertensão (1 ponto), Idosos (≥ 75 anos, 2 pontos), Insuficiência cardíaca sistólica (2 pontos) e Doença tiroideia (hipertiroidismo, 1 ponto) (score); ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.

<sup>c</sup>Nem todos os doentes com acidente vascular cerebral beneficiariam de monitorização eletrocardiográfica prolongada; aqueles considerados de alto risco de desenvolver FA (e.g. idosos, com fatores de risco cardiovasculares ou com comorbilidades, com índices de remodelagem da EA, com score C<sub>2</sub>H<sub>2</sub>ST elevado, etc.) ou aqueles com acidente vascular cerebral criptogénico e com características para acidente vascular cerebral sugestivas de acidente vascular cerebral embólico devem ser referenciados para monitorização prolongada por Holter.

#### Recomendações para a prevenção secundária de acidente vascular cerebral nos doentes com FA após acidente vascular cerebral isquémico agudo

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Nos doentes com FA com acidente vascular cerebral isquémico ou com AIT, recomenda-se a prevenção secundária do acidente vascular cerebral a longo prazo utilizando ACO se não houver contra-indicação rigorosa para utilização de ACO, com uma preferência pelos NOACs relativamente aos AVKs nos doentes indicados para NOAC.	I	A
Nos doentes com FA que apresentam acidente vascular cerebral isquémico agudo, não se recomenda a anticoagulação muito precoce (< 48 horas) com HNF, HBPM, ou AVKs.	III	B

## Recomendações para prevenção de acidente vascular nos doentes com FA após hemorragia intracraniana

Nos doentes com FA e com risco elevado de acidente vascular cerebral isquémico, deve ser considerada a (re)iniciação da ACO, de preferência com NOACs relativamente aos AVKs nos doentes indicados para NOACs devendo ser considerado em conjunto com um neurologista/especialista em acidente vascular cerebral após:

- Uma HIC relacionada com um trauma
- Uma HIC espontânea aguda (que inclui hemorragia subdural, subaracnoidea, ou intracerebral) após consideração cuidadosa dos riscos e benefícios<sup>c</sup>.

**Ila**

**C**

ACO = terapêutica anticoagulante oral ; AIT = acidente isquémico transitório; AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; HBPM = heparina de baixo peso molecular; HIC = hemorragia intracraniana; HNF = heparina não fracionada; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K.

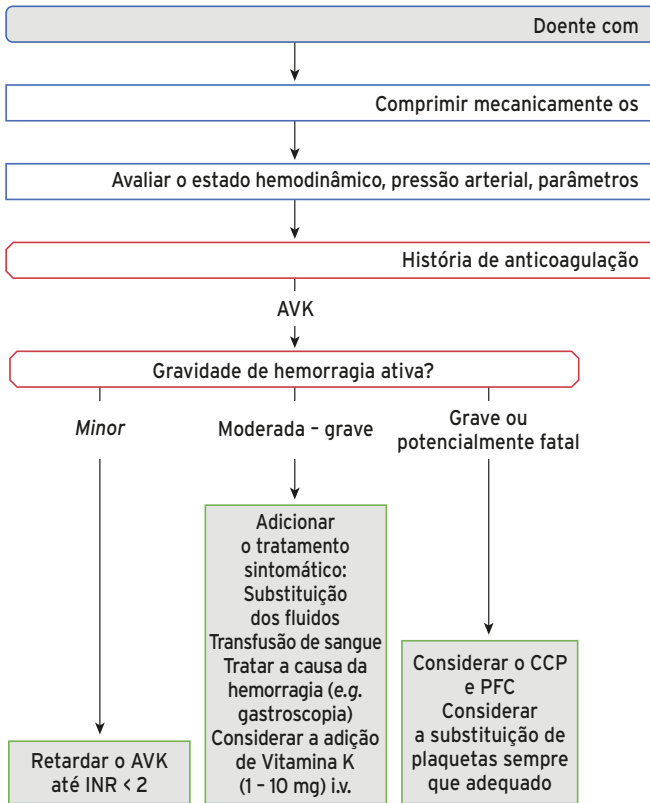
<sup>a</sup>Classe de recomendação.

<sup>b</sup>Nível de evidência.

<sup>c</sup>Um benefício efetivo mais favorável é mais provável com HIC profunda ou sem evidência neuroimagiológica de angiopatia amilóide cerebral ou de micro hemorragias.

### 10.4 Hemorragia ativa sob terapêutica anticoagulante - tratamento e agentes de reversão

**Figura 15 Tratamento das hemorragia**  
(As instituições devem ter



ACO = terapêutica anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; CCP = concentrado de complexo protrombínico; INR = *international normalized ratio*; i.v. = intravenosa;

**ativas nos doentes anticoagulados**  
um procedimento acordado no local)

hemorragia ativa

locais de hemorragia, se acessíveis

básicos de coagulação, hemograma e função renal

(último NOAC/dose AVK)

NOAC

Gravidade de hemorragia ativa?

Minor

Moderada - grave

Grave ou potencialmente fatal

Retardar o NOAC por  
1 dose ou por 1 dia

Adicionar  
o tratamento  
sintomático:  
Substituição dos  
fluidos  
Transfusão de sangue  
Tratar a causa da  
hemorragia (e.g.  
endoscopia digestiva)  
Considerar a adição  
de carvão oral se um  
NOAC foi tomado  
recentemente

Considerar  
um antídoto  
específico, ou CCP  
se o antídoto não  
estiver disponível  
Considerar a  
substituição das  
plaquetas quando  
adequado

NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K;  
PFC = plasma fresco congelado.

## Recomendações para o tratamento de hemorragias ativas sob OAC

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Num doente com FA com hemorragia ativa grave, recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"><li>• A interrupção do ACO até identificar a causa da hemorragia e solucionar a hemorragia ativa; e</li><li>• A realização imediata de um diagnóstico específico e a intervenção no tratamento para identificar e tratar a(s) causa(s) e a(s) origem(ns) da hemorragia.</li></ul>	I	C
Deve ser considerado o concentrado do complexo de protrombina de quatro fatores nos doentes com FA medicados com AVK que desenvolvem uma complicação hemorrágica grave.	IIa	C

ACO = anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular;

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

## 10.5 Fibrilhação auricular e doença valvular cardíaca

### Recomendações para os doentes com doença valvular cardíaca e FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Os NOACs são contraindicados nos doentes com prótese valvular mecânica.	III	B
Não se recomenda a administração de NOACs nos doentes com FA e com estenose mitral moderada a grave.	III	C

AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilhação auricular; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K. <sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

## 10.6 Fibrilhação auricular e cardiopatia congénita

### Recomendações para o tratamento da FA nos doentes com cardiopatia congénita

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Deve ser considerada a anticoagulação oral em todos os doentes adultos com reparação intracardíaca, cianose, cirurgia paliativa de Fontan, ou ventrículo direito sistémico e história de FA, flutter auricular, ou taquicardia por reentrada intra-auricular.</li><li>• Nos doentes com FA e com outras doenças cardíacas congénitas, deve ser considerada a anticoagulação na presença de um ou mais fatores de risco de acidente vascular cerebral não relacionados com o género.</li></ul>	IIa	C

## Recomendações para o tratamento da FA nos doentes com cardiopatia congénita (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Deve ser considerada a cirurgia da FA nos doentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que necessitam de encerramento cirúrgico da comunicação interauricular e que têm história de arritmia auricular sintomática (deve ser considerada a ablação auricular no momento do encerramento cirúrgico).</li> <li>• Deve ser considerada a cirurgia de Cox Maze nos doentes com FA sintomática e com indicação para correção cirúrgica dos defeitos cardíacos congénitos. A cirurgia deve ser feita em centros experientes.</li> </ul>	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 ETE juntamente com terapêutica anticoagulante durante 3 semanas antes da cardioversão.	IIb	C

ACO = anticoagulação oral; ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular;  
<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência.

## 10.7 Fibrilhação auricular durante a gravidez

### Recomendações para o tratamento da FA durante a gravidez

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<b>Tratamento agudo</b>		
Recomenda-se a cardioversão elétrica imediata <sup>c</sup> no caso de instabilidade hemodinâmica ou de FA pré excitada.	I	C
Nas mulheres grávidas com MCH, deve ser considerada a cardioversão <sup>c</sup> na presença de FA persistente.	IIa	C
Podem ser consideradas a ibutilide ou a flecainida i.v. para a conversão da FA nos doentes estáveis com corações estruturalmente normais.	IIb	C
<b>Tratamento a longo prazo (administração oral de fármacos)</b>		
Recomenda-se a terapêutica anticoagulante com heparina ou com AVK de acordo com a fase da gravidez nas doentes com FA.	I	C



## Recomendações para o tratamento da FA durante a gravidez (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
<b>Tratamento a longo prazo (administração oral de fármacos) (continuação)</b>		
Recomendam-se os bloqueadores beta-seletivos para o controlo da frequência na FA <sup>d</sup> .	I	C
Devem ser considerados a flecainida <sup>e</sup> , a propafenona <sup>e</sup> ou o sotalolol <sup>f</sup> para prevenir a FA se os fármacos <sup>f</sup> que bloqueiam o nódulo auriculoventricular forem ineficazes.	IIa	C
Devem ser considerados a digoxina <sup>g</sup> ou o verpamil <sup>g</sup> no controlo da frequência se os betabloqueantes forem ineficazes.	IIa	C

AVK = antagonista da vitamina K; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; i.v. = intravenosas; MCH = miocardiopatia hipertrófica; QTc = intervalo QT corrigido; US = *United States*; US FDA = *United States Food and Drug Administration*; VE = ventricular esquerda. <sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência - <sup>c</sup>A cardioversão da FA deve ser precedida geralmente pela anticoagulação - <sup>d</sup>O atenolol tem estado associado a uma taxa mais elevada de atraso do crescimento do feto e não é recomendado - <sup>e</sup>A flecainida e a propafenona devem ser combinadas com os fármacos que bloqueiam o nódulo auriculoventricular, mas devem ser excluídos a doença cardíaca estrutural, a função VE reduzida e o bloqueio completo do ramo - <sup>f</sup>Os fármacos da Classe III não devem ser utilizados em presença de prolongamento do QTc - <sup>g</sup>Os fármacos utilizados para bloqueio do nódulo auriculoventricular não devem ser utilizados em doentes com pré-excitação no ECG em repouso ou com FA pré-excitada. De observar que as antigas categorias de fármacos de A a X - o sistema de classificação para o aconselhamento das mulheres grávidas que necessitam de terapêutica farmacológica - foram substituídas pela *Pregnancy and Lactation Labelling Rule*, (Regras dos Folhetos Informativos para Grávidas e Período de Aleitamento) que fornece um resumo descritivo dos riscos e informação detalhada sobre os dados clínicos (experimentação no animal), pela FDA dos EUA em Junho de 2015.

## 10.8 Fibrilhação auricular pós operatória

A FA pós operatória (FAPO), definida como FA de novo no período pós-operatório imediato, é um problema clinicamente relevante que ocorre numa percentagem significativa de doentes após cirurgia cardíaca, torácica não cardíaca e vascular ou cirurgia extensa do colo retal, geralmente entre os dias 2 e 4 do pós-operatório. Muitos episódios da FAPO são autolimitados e alguns são assintomáticos, mas a FAPO tem estado associada a um risco significativamente elevado de FA recorrente e tem demonstrado ser um fator de risco para acidente vascular cerebral, EM e mortalidade.

### Recomendações para a FA pós operatória

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Recomenda-se a terapêutica peri operatória com amiodarona ou com betabloqueantes para a prevenção da FA pós operatória após a cirurgia cardíaca.	I	A

## Recomendações para a FA pós operatória (continuação)

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Deve ser considerada a terapêutica ACO a longo prazo para prevenir os eventos tromboembólicos nos doentes com risco de acidente vascular cerebral com FA pós operatória após cirurgia não cardíaca, tendo em consideração o benefício clínico efetivo antecipado da terapêutica ACO e as preferências do doente bem informado.	IIa	B
Pode ser considerada a terapêutica ACO a longo prazo para prevenir os eventos tromboembólicos nos doentes com risco de acidente vascular cerebral com FA pós operatória após cirurgia cardíaca, tendo em consideração o benefício clínico efetivo antecipado da terapêutica ACO e as preferências do doente informado.	IIb	B
Os betabloqueantes não devem ser utilizados por rotina na prevenção da FA pós operatória nos doentes submetidos a cirurgia não cardíaca.	III	B

ACO = anticoagulante oral; FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência

## 11. Medidas de qualidade e indicadores de desempenho clínico no tratamento da fibrilhação auricular

A avaliação da qualidade de um serviço constitui um passo obrigatório relativamente aos cuidados de saúde baseados no bom desempenho. A qualidade e os indicadores do desempenho devem proporcionar aos clínicos e às instituições as ferramentas para avaliar a qualidade dos cuidados. Para o tratamento da FA, existe uma variedade de iniciativas e de métricas de qualidade que abrange uma extensa variedade dos aspetos do tratamento. Atualmente não existe um sistema único estabelecido e amplamente utilizado de medição e informação.

## Recomendações para medidas de qualidade nos doentes com FA

Recomendações	Classe <sup>a</sup>	Nível <sup>b</sup>
Os clínicos e as instituições devem introduzir ferramentas para avaliar a qualidade dos cuidados e identificar as oportunidades da melhoria da qualidade do tratamento e dos resultados do doente com FA.	IIa	B

FA = fibrilhação auricular.

<sup>a</sup>Classe de recomendação - <sup>b</sup>Nível de evidência

## 12. Epidemiologia, implicações clínicas e tratamento de episódios auriculares de frequência alta/fibrilhação auricular subclínica

A incidência de AAFE/FA subclínica em doentes com *pacemaker*/dispositivo implantado é de 30-70%, podendo, no entanto, ser inferior na população em geral. Os episódios muito curtos ( $\leq 10 - 20$  segundos/dia) são considerados clinicamente irrelevantes, uma vez que não estão significativamente associados a episódios mais longos ou a um risco acrescido de acidente vascular cerebral ou de embolia sistémica. No entanto, as AAFE/FA subclínica mais longas (de 5-6 min no mínimo) estão associadas a um risco acrescido de FA clínica, acidente vascular cerebral isquémico, eventos cardiovascular adversos *major* e a mortalidade cardiovascular. Enquanto a evidência disponível for insuficiente para justificar a utilização de ACO por rotina nos doentes com AAFE/FA subclínica, os fatores de risco modificáveis de acidente vascular cerebral devem ser identificados e tratados em cada doente. Nos doentes selecionados com AAFE/FA subclínica de maior duração ( $\geq 24$  horas) e risco individual elevado estimado de acidente vascular cerebral, pode ser considerada a utilização de ACO. Globalmente, o risco absoluto de acidente vascular cerebral associado a AAFE/FA subclínica pode ser inferior ao da FA clínica, e a dissociação temporal de acidente vascular cerebral agudo sugere que as AAFE/FA subclínica podem representar mais um marcador do que um fator de risco de acidente vascular cerebral (Consultar a Figura 16 do interior da capa).

### Recomendações para o tratamento de doentes com AAFE

#### Recomendações

Nos doentes com AAFE /FA subclínica detetada por DCEI ou por monitor cardíaco implantável, recomenda-se a realização de:

- Avaliação cardiovascular completa com registo eletrocardiográfico, com avaliação clínica dos fatores de risco/das comorbilidades e avaliação do risco tromboembólico utilizando o *score* CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc.
- Seguimento e monitorização continuados do doente (de preferência com o apoio de monitorização remota) para detetar a progressão para a FA clínica, para monitorizar as AAFE/carga da FA subclínica (especialmente a transição para  $\geq 24$  horas) e detetar as alterações das situações clínicas subjacentes.

#### Classe<sup>a</sup>

I

#### Nível<sup>b</sup>

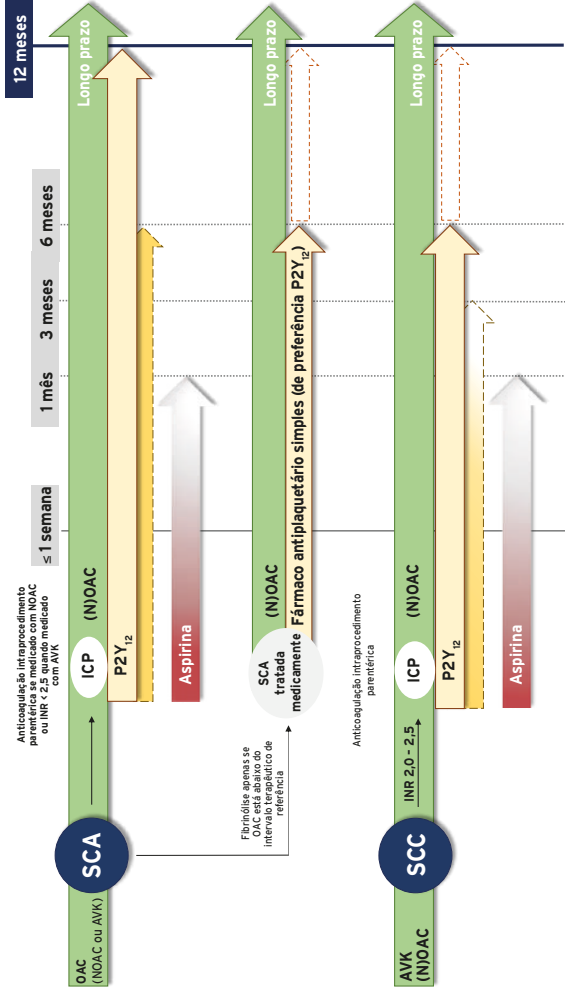
B

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; DCEI = dispositivo cardíaco eletrónico implantável.

### Figura central. Tratamento da FA (consultar o interior da capa)

O tratamento consiste na confirmação do diagnóstico através do ECG de 12 derivações ou duma tira de ritmo, da caracterização da FA (e.g. o esquema dos 4S-FA) e o tratamento utilizando a abordagem ABC para tratar o risco de acidente vascular cerebral, sintomas e comorbilidades.

**Figura 14** Tratamento pós procedimento de doentes com FA e com SCA/ICP (setas de linhas cheias representam uma estratégia padrão; setas de cor graduada/tracejadas mostram as alterações do tratamento dependendo dos riscos isquêmico e hemorrágico do doente individual)



## FATORES DE RISCO TROMBÓTICO

- Diabetes *mellitus* que requer terapia
- SCA prévia/enfarte do miocárdio recorrente
- DC multivaso
- DAP concomitante
- DC prematura (ocorrendo < 45 anos) ou DC acelerada (nova lesão no período de 2 anos)
- DRC (TFGe < 60 mL/min)
- Apresentação clínica (SCA)
- Stents multivastos
- Revascularização complexa (stents no tronco comum, stents em lesões de bifurcação, intervenção na oclusão crónica total, implantação de stent no último vaso patente)
- Trombose de stent prévia sob terapêutica antiplaquetária
- Fatores procedimento (expansão dos stents, disseção residual, comprimento do stent, etc.)

## FATORES DE RISCO DE HEMORRAGIA

- Hipertensão
- Alteração da função renal ou hepática
- Acidente vascular cerebral ou história de HIC
- História de hemorragia ou diátese hemorrágica (e.g. anemia com hemoglobina < 110 g/L)
- INR lábil (se medicado com AVK)
- Idosos (> 65 anos)
- Fármacos (OAC e terapêutica antiplaquetária concomitantes, AINE(s), consumo excessivo de álcool)

## ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR HEMORRAGIAS ASSOCIADAS A ICP

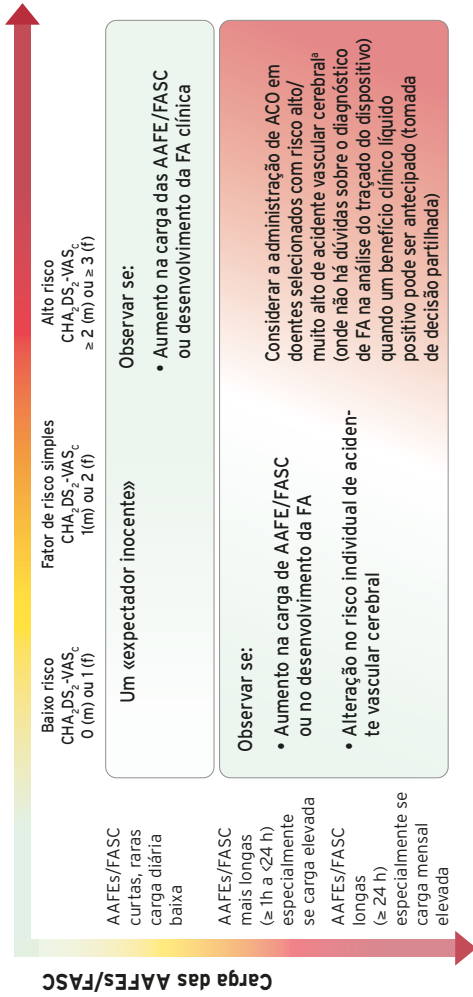
- Acesso pela artéria radial
- IBPs nos doentes sob TAPD com risco acrescido de hemorragia (e.g. idosos, dispepsia, doença do refluxo gastroesofágico, infeção por *helicobacter pylori*, alcoolismo crónico)
- Não administração de heparina não fracionada nos doentes medicados com AVK com INR > 2,5
- Pré tratamento com aspirina apenas, adicionar um inibidor do P2Y<sub>12</sub> quando a anatomia coronária é conhecida ou no caso de STEMI
- Inibidores da GP IIb/IIIa apenas no caso de recurso ou de complicações no periprocedimento
- Duração mais curta da terapêutica antitrombótica combinada

AINE = fármaco anti-inflamatório não esteroide; AVK = antagonista da vitamina K; DAP = doença arterial periférica; DC = doença arterial coronária; DRC = doença renal crônica; EM = enfarte do miocárdio; HBPM = heparina de baixo peso molecular; HIC = hemorragia intracraniana; HNF = heparina não fracionada; IBP = inibidor da bomba de prótons; ICP = intervenção coronária percutânea; INR = *international normalized ratio*; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; OAC = anticoagulante oral; SCA = síndromes coronárias agudas; SCC = síndromes coronárias crônicas; STEMI = enfarte do miocárdio com elevação do segmento ST; TAPD = terapêutica antiagregante plaquetária dupla; TGe = taxa de filtração glomerular estimada.

Recomenda-se o pré tratamento com um inibidor do P2Y<sub>12</sub> nos doentes com STEMI ou quando a anatomia coronária é conhecida; deverá ser protelado na SCA-NSTEMI até ao momento da coronariografia no caso de estratégia invasiva precoce no período de 24 horas. Estudos observacionais indicam que a ICP é geralmente segura mantendo a terapêutica contínua com AVKs em comparação com a interrupção da OAC e terapêutica de transição com heparina, em particular se o acesso se processar pela artéria radial; pelo contrário, os estudos com os NOACs são contraditórios, predominantemente desaconselhando a ICP se não houver qualquer interrupção do NOAC. Se for necessária uma ICP urgente, sugere-se a administração de um anticoagulante parentérico (HNF, HBPM ou bivalirudina), com a suspensão temporária do NOAC pelo menos no período inicial pós procedimento (e.g 24 h), dependendo do perfil de risco trombótico e hemorrágico do doente. Se a trombólise for considerada num doente com STEMI, o passo inicial deve ser a avaliação da situação da anticoagulação (e.g. INR num doente medicado com AVKs, ou se estiver medicado com NOAC, avaliando por exemplo, o tempo de tromboplastina parcial ativado no caso do dabigatran ou a atividade do anti fator Xa no caso dos inibidores do fator Xa). A terapêutica trombolítica pode estar associada a um risco acrescido de hemorragia nos doentes sob anticoagulação sistémica, especialmente se forem coadministrados heparina parentérica e fármacos antiplaquetários. É necessário um equilíbrio entre o benefício potencial (e.g. enfarte do miocárdio extenso da parede anterior) e os riscos (e.g. HIC), assim como a reavaliação da possibilidade de transferência urgente para um centro com ICP. Se um doente supostamente anticoagulado não demonstrar evidência de efeito anticoagulante terapêutico (e.g. INR <2,0 num doente medicado com varfarina; ou efeito anticoagulante dum NOAC não detetado), pode ser considerada a trombólise sistémica se não for possível o acesso a ICP primária.

**Figura 16** Proposta de tratamento das AAFE/FA subclínica

## O RISCO DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (reavaliar regularmente)



AAFEs/FASC curtas, raras carga diária baixa

AAFEs/FASC mais longas (≥ 1h a <24 h) especialmente se carga elevada

AAFEs/FASC longas (≥ 24 h) especialmente se carga mensal elevada

### FA Clínica

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; ACO = anticoagulante oral; AE = aurícula esquerda; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> = insuficiência cardíaca congestiva; Hipertensão, idade ≥ 75, Diabetes *mellitus*, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); DRC = doença renal crónica; f = feminino; FA = fibrilhação auricular; FASC = fibrilhação auricular subclínica; m = masculino; Nde = nível de evidência; <sup>1a</sup>Doentes devidamente selecionados (e.g. com acidente vascular cerebral anterior e/ou idade ≥ 75 anos ou fatores de risco CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 3 e fatores de risco de acidente vascular cerebral adicional não CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc tais como a DRC, biomarcadores sanguíneos elevados, eco de contraste espontânea na AE dilatada, etc.); doentes selecionados (e.g. com acidente vascular cerebral anterior e/ou idade ≥ 75 anos, ou fatores de risco CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥ 3, etc.).

Figura Central Tratamento da FA

# CC para ABC

## Confirmar a FA



Um ECG de 12 derivações ou uma tira de ritmo mostrando o padrão da FA durante > 30 s

## Caracterizar a FA (o esquema da FA - 4 S)



## Tratar a FA: a via de acesso ABC



**A**

Anticoagulação/  
evitar o acidente  
vascular  
cerebral

**B**

(Better) melhor  
controle  
dos sintomas

**C**

Comorbidades/  
Tratamento dos  
fatores de risco  
cardio-  
vasculares

1. Identificar os doentes de baixo risco  
CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> 0 (m), 1 (f)
2. Proporcionar a prevenção  
de acidente vascular cerebral  
se CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> ≥ 1 (m), 2 (f)  
Avaliar o risco de hemorragia,  
analisar os fatores de risco  
de hemorragia modificáveis
3. Escolher ACO (NOAC ou AVK  
com TIT bem gerido)

Avaliar os sintomas, QdV  
e as preferências do doente

Otimizar o controle  
da frequência

Considerar uma estratégia  
de controle de ritmo (CV,  
FAAs, ablação)

Comorbidades e fatores de  
risco cardiovasculares

Alterações do estilo de vida  
(redução da obesidade,  
exercício regular, redução do  
consumo de álcool, etc.)

ACO = anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>c</sub> = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75; Diabetes mellitus; Acidente vascular cerebral; Doença vascular; Idade 65 - 74, Género (feminino); CV = cardioversão; ECG = electrocardiograma; EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; TIT = tempo no intervalo terapêutico.



# ESC

European Society  
of Cardiology

© 2020 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 de 2020 da ESC para o diagnóstico e tratamento da fibrilhação auricular doença cardiovascular» da *European Society of Cardiology* (European Heart Journal 2020 - doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612).

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

**[www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)**

**Copyright © European Society of Cardiology 2020 - Todos os direitos reservados.**

O conteúdo destas Recomendações da *European Society of Cardiology* (ESC) foi publicado unicamente para uso pessoal 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, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - França. Endereço eletrónico: [guidelines@escardio.org](mailto:guidelines@escardio.org).

#### **Renúncia de responsabilidade:**

As Recomendações da ESC expressam a opinião da ESC e foram elaboradas após cuidadosa consideração do conhecimento médico-científico 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 atualização 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](http://www.escardio.org/guidelines)**



European Society of Cardiology  
Les Templiers - 2035, Route des Colles  
CS 80179 Biot  
06903 Sophia Antipolis Cedex - France

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

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

Email: [guidelines@escardio.org](mailto:guidelines@escardio.org)

**[www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)**