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

#### Tabela 1 Classes de recomendações

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

#### Tabela 2 Níveis de evidência

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nível de Evidência</th>
<th>Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nível de Evidência A</td>
<td>Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados</td>
</tr>
<tr>
<td>Nível de Evidência C</td>
<td>Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospetivos e registos</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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

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

Membros do Grupo de Trabalho: Nikolaos Dagres (Alemanha), Elena Arbelo (Espanha), Jeroen J. Bax (Holanda), Carina Blomström-Lundqvist (Suécia), Giuseppe Boriani (Itália), Manuel Castella1 (Espanha), Georghe-Andrei Dan (Romênia), Polychronis E. Dilaveris (Grécia), Laurent Fauchier (França), Gerasimos Filipatos (Grécia), Jonathan M. Kalman (Austrália), Mark La Meir1 (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 Putte1 (Holanda), Caroline L. Watkins (Reino Unido).

1Em 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 Matuizaite, 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. Rastreio 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» Better/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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabela 1 Definição de fibrilhação auricular</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Definição</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Taquiarritmia supraventricular com ativação auricular elétrica descoordenada e por consequência uma contração auricular ineficaz.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**As características eletrocardiográficas da FA incluem:**
- Intervalos R-R irregularmente irregulares (quando a condução auriculoventricular não está comprometida),
- Ausência de ondas P distintas repetidas, e
- Ativações auriculares irregulares.

| **Termos utilizados atualmente**            |
| **FA clínica**                             |
| *FA sintomática ou assintomática, documentada por um eletrocardiograma (ECG) de superfície.* |

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.
## Tabela 1 Definição de fibrilhação auricular (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Termos utilizados atualmente (continuação)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>AAFE, FA subclínica</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Refere-se a indivíduos sem <em>sintomas atribuíveis</em> a FA, em que a FA clínica NÃO foi previamente detetada (isto é, não há traçado de FA num ECG de superfície).</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AAFE</strong> - 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 inspecionadas visualmente porque algumas AAFE podem parecer artefactos elétricos/falsos positivos.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>A FA subclínica</strong> 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 intracardiácos ou do ritmo registado num ECG.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

O critério para a duração da AAFE é geralmente estabelecido ≥ 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 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classea</th>
<th>Nívelb</th>
</tr>
</thead>
</table>
| A documentação eletrocardiográfica é necessária para estabelecer o diagnóstico de FA  
  • Um ECG de 12 derivações ou um traçado com uma única derivação simples do ECG ≥ 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. | I | B |

ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular.

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

Os DCEIs com um elétrodo auricular podem monitorizar o ritmo auricular e armazenar os traçados. Os MCIs não têm elétrodos 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 elétrodo na aurícula direita e um elétrodo ventricular direito no ápex do ventrículo direito. Para além do pacing em ambos os locais, estes elétrodos 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 elétrodos 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

### Apresentação clínica

| Assintomático ou Silencioso (!) | Palpitações, dispneia, fadiga, |
| Hemodinamicamente instável | Aperto/dor no tórax, má tolerância ao esforço, sintomas de sensação como distúrbios do sono, etc. |
| Sintomático | |}

### RESULTADOS relacionados com a FA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Resultados relacionados com a FA</th>
<th>Frequência em presença de FA</th>
<th>Mecanismo(s)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Morte</td>
<td>Aumento de 1,5 a 3,5</td>
<td>Excesso de mortalidade relacionada com:</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• IC, comorbilidades</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Acidente vascular cerebral</td>
</tr>
<tr>
<td>Acidente vascular cerebral</td>
<td>20 - 30% de todos os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos, 10% de acidentes vasculares cerebrais criptogênicos</td>
<td>• Cardioembólico ou • Relacionado com ateroma vascular coexistente</td>
</tr>
<tr>
<td>Disfunção VE/Insuficiência cardíaca</td>
<td>Em 20 - 30% de todos os doentes com FA</td>
<td>• Frequência ventricular excessiva</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Contrações ventriculares irregulares</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Uma causa primária subjacente de FA</td>
</tr>
<tr>
<td>Declínio cognitivo/Demência vascular</td>
<td>FC de 1,4/1,6 (independentemente da história de acidente vascular cerebral)</td>
<td>• Lesões de substância branca no cérebro, inflamação</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Hipoperfusão</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Microembolismo</td>
</tr>
<tr>
<td>Depressão</td>
<td>Depressão em 16-20% (mesma ideação suicida)</td>
<td>• Sintomas graves e QdV diminuída</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Efeitos colaterais dos fármacos</td>
</tr>
<tr>
<td>Qualidade de vida diminuída</td>
<td>&gt;60% dos doentes</td>
<td>• Relacionada com a carga da FA, comorbilidades, atitude psicológica e medicação</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Tipo de personalidade angustiada</td>
</tr>
<tr>
<td>Internamentos</td>
<td>10 - 40% de taxa de internamento anual</td>
<td>• Tratamento da FA, relacionado com IC, EM ou sintomas relacionados com FA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Complicações relacionadas com o tratamento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Figura 3** Apresentação clínica da fibrilhação
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 ≥ 2 internamentos hospitalares por ano, correspondendo ao dobro dos internamentos emparelhados por idade e gênero dos indivíduos sem FA (37,5% versus 17,5%, respectivamente). 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 duma 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.

Défice cognitivo/demência: A FA pode conduzir a um défice 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 infecção/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

Risco de Stroke* (St)

- Sim
- Não

Severidade dos Sintomas (Sy)

- Assintomático/ligeiramente sintomático
- Moderado
- Grave ou sem capacidade

**Descrição**

- Risco verdadeiramente baixo de acidente vascular cerebral
- Score CHA\textsubscript{2}DS\textsubscript{2} - VASc
- Score dos sintomas da EHRA

**Ferramenta(s) de avaliação comumente utilizada(s)**

- Questionários sobre a QdV

AE = aurícula esquerda; CHA\textsubscript{2}DS\textsubscript{2} - VASc = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Gênero (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 caraterização estruturada da FA**

- **Severidade do Substrato (Su)**
  - Terminando espontaneamente
  - Duração da FA e densidade dos episódios por unidade de tempo

- **Severidade da carga da FA (Sb)**
  - 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 computorizada.
6. Rastreio da FA

A disponibilidade das ferramentas de rastreio da FA está a aumentar rapidamente, pelo que a identificação de populações em que se espera que o rastreio seja benéfico, torna-se particularmente importante. Os tipos e as estratégias de rastreio da FA geralmente utilizados incluem um rastreio ocasional ou sistemático nos indivíduos acima de uma determinada idade (geralmente ≥ 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 rastreio. 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 rastreio de deteção da FA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classea</th>
<th>Nívelb</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recomenda-se o rastreio oportuno da FA através da medição do pulso ou através de tira de ritmo eletrocardiográfico nos doentes ≥ 65 anos.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se a avaliação de AAFE através de pacemakers e de cardioversores desfibrilhadores implantáveis com regularidade.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ao fazer o rastreio da FA, recomenda-se que:

- Os indivíduos submetidos a rastreio sejam informados sobre o significado e as implicações do tratamento de deteção da FA.
- Uma plataforma de referência estruturada seja organizada para fazer o rastreio 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.
- O diagnóstico definitivo de FA nos casos positivos após rastreio seja estabelecido apenas depois de o médico avaliar o registo do ECG de uma única derivação durante ≥ 30 segundos ou do ECG de 12 derivações e confirmar se revela FA.
- Deve ser considerado o rastreio sistemático por ECG para FA nos indivíduos com idade ≥ 75 anos, ou nos que têm risco elevado de acidente vascular cerebral.

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

aClasse de Recomendação - bNível de evidência.

cConsultar 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 comorbididades 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabela 2 Escala dos sintomas da EHRA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Score</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2a</td>
</tr>
<tr>
<td>2b</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Recomendações para avaliação diagnóstica dos doentes com FA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classeª</th>
<th>Nívelª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nos doentes com FA, recomenda-se:</td>
<td>I</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>• A avaliação dos sintomas relacionados com a FA (incluindo 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 iniciacão do tratamento.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 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.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular.
ªClasse de Recomendação.
ªNível de evidência.
Todos os doentes com FA

Doentes com FA selecionados

Seguimento estruturado

História médica:
• Sintomas relacionados com a FA
• Padrões da FA
• Situações concomitantes
• Score CHA$_2$DS$_2$-VASc

ECG de 12 derivações
Funções tiroideia e renal, eletrólitos e hemograma completo
Ecocardiografia transtorácica

Monitorização com ECG em ambulatório:
• Adequação do controlo da frequência
• Relacionar os sintomas com as recidivas de AF

Ecocardiografia transesofágica:
• Doença valvular cardíaca
• Trombo no AAE

cTnT-hs, PCR, BNP/NT-ProBNP
Avaliação da função cognitiva

Angio-TC ou exame imagiológico de isquemia:
• Doentes com suspeita de DC

TC ao cérebro e RM:
• Doente com suspeita de acidente vascular cerebral

RM-RTG da AE:
• Para ajudar a tomada de decisão no tratamento da FA

• Para assegurar a continuação do tratamento otimizado
• Um cardiologista/especialista em FA coordena o seguimento em colaboração com enfermeiros especialmente treinados e com médicos de cuidados primários

AAE = apêndice auricular esquerdo; Angio-TC = angiografia por tomografia computorizada; BNP = peptídeo natriurético auricular tipo B; CHA$_2$DS$_2$-VASc = Insuficiência cardiaca 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 = eletrocardiograma; FA = fibrilação 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 computorizada.
8. Tratamento integrado de doentes com fibrilação 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Para otimizar uma tomada de decisão partilhada sobre a(s) opção(ões) específicas de tratamento da FA a considerar, recomenda-se que os médicos: • Informem o doente sobre as vantagens/limitações e benefícios/riscos associados à(s) opção(ões) de tratamento considerados; e • Discutam a carga potencial do tratamento com o doente e avaliem a percepção do doente sobre a carga do tratamento na sua decisão sobre o tratamento.</td>
<td>I</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se, por rotina, a recolha dos RRD para avaliar o sucesso do tratamento e melhorar os cuidados do doente.</td>
<td>I</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

aClasse de Recomendação.
bNível 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 Comorbididades 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 homogéneo, 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$_2$DS$_2$-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$_2$DS$_2$-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.

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fatores de risco</th>
<th>Não modificáveis</th>
<th>Potencialmente modificáveis</th>
<th>Modificáveis</th>
<th>Biomarcadores</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Idade &gt; 65 anos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>História de hemorragia major</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insuficiência renal grave (sob diálise ou transplante renal)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Disfunção hepática grave (cirrose)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Neoplasia maligna</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fatores genéticos (e.g. polimorfismos dos genes CYP 2C9)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>História de acidente vascular cerebral, doença dos pequenos vasos, etc.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabetes mellitus</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Défice cognitivo/demência</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Idade &gt; 65 anos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>História de hemorragia major</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Insuficiência renal com CeCr &lt; 60 mL/min</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Estratégia de tratamento com AVKb</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hipertensão/PAS elevada</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Terapêutica antiplaquetária concomitante/AINE</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ingestão excessiva de álcool</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não adesão ao ACO</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Passatempos/ocupações perigosos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Terapêutica transitória com heparina</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Controlo do INR (alvo 2,0 – 3,0), TIT alvo &gt; 70%c</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Escolha apropriada de ACO e dosagem correta</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FDC-15</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cistatina C / DRC-EPI</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cTnT-hs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fator von Willebrand (+ outros marcadores de coagulação)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

aApoio para caminhar; calçado apropriado; revisão em casa para evitar riscos de quedas; avaliação neurológica quando apropriado - bAumento da monitorização por INR, clínicas dedicadas à ACO, auto monitorização/auto tratamento, intervenções educativas/comportamentais - cPara os doentes tratados com AVK. dAdaptação 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

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

**Score máximo** 9

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

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 medicados. Heparina com tempo de coagulação ativado > 250 segundos antes ou imediatamente após as punções trans septais em todos os doentes, seguida de heparina de baixo peso molecular quando a varfarina é necessária.

\(^a\)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»**

| Doente com Fibrilação Auricular; |
| Doentes com FA com próteses valvulares mecânicas cardíacas |

Não

**Passo 1 Identificar os doentes de baixo risco**

**Acidente vascular cerebral de baixo risco?**

*Score CHA2-VASc: 0 nos homens 1 nas mulheres*

Não

**Passo 2**

Considerar a prevenção do acidente vascular cerebral (i.e. AOC) em todos os doentes com FA com CHA2DS2-VASc ≥ 1 (homens) ou ≥ 2 (mulheres)

Avaliar os fatores de risco de hemorragia modificáveis em todos os doentes com FA.

Calcular o score HAS-BLED.

Se o score HAS-BLED ≥ 3, avaliar os fatores de risco de hemorragia modificáveis e assinalar o doente para avaliação regular e seguimento.

Os scores de risco de hemorragia elevados não devem ser utilizados como um motivo para recusar a ACO.

**CHA2DS2-VASc**

= 1 (homem)
ou = 2 (mulher)

Deve ser considerado ACO *(Classe IIa)*

Recomenda-se ACO *(Classe IA)*

≥ 2 (homem)
ou ≥ 3 (mulher)

**Passo 3 Começar com NOAC (ou AVK com elevada percentagem de tempo no intervalo terapêutico)*

Os NOACs são geralmente recomendados como terapêutica ACO de primeira linha.
clínico de acidente vascular cerebral $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ 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.

**ACO = anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ = 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$_2$R$_2$ = 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$_2$R$_2$: 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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).</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>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(_2)DS(_2)-VASc para inicialmente identificar os doentes de «baixo risco de acidente vascular» (score CHA(_2)DS(_2)-VASc = 0 nos homens ou 1 nas mulheres) que não devem ser submetidos a terapêutica antitrombótica.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se a ACO para prevenção de acidente vascular cerebral nos doentes com FA com score CHA(_2)DS(_2)-VASc (\geq) 2 nos homens ou (\geq) 3 nas mulheres.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerada a ACO para prevenção de acidente vascular cerebral nos doentes com FA com um score CHA(_2)DS(_2)-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.</td>
<td>Ila</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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 (\geq) 3) para avaliação clínica precoce e mais frequente e para seguimento.</td>
<td>Ila</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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. inícioção 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(^c).</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Ila</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Se for utilizado um AVK, recomenda-se um INR alvo de 2,0 - 3,0, com TIT (\geq) 70%.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Recomendações para a prevenção de eventos tromboembólicos na FA (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nos doentes tratados com AVKs com uma baixa percentagem de tempo no intervalo terapêutico do INR (e.g. TIT &lt; 70%), as opções recomendadas são: • transição para um NOAC, mas assegurando uma boa adesão e persistência na terapêutica; ou • esforços para melhorar o TIT (e.g. instrução/aconselhamento e verificações mais frequentes do INR).</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>IIa</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Não se recomenda a terapêutica antiplaquetária isolada (monoterapia ou aspirina em combinação com clopidogrel) para a prevenção do acidente vascular cerebral na FA.</td>
<td>III</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>III</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>O padrão clínico da FA (i.e. primeira detecção, paroxística, persistente, persistente de longa duração, permanente) não deve condicionar a indicação para tromboprofilaxia.</td>
<td>III</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Recomendações para oclusão ou exclusão do AAE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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).</td>
<td>IIb</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ACO = terapêutica anticoagulante oral; AAE = apêndice auricular esquerdo; AINE = fármaco anti-inflamatório não esteroide; AVK = antagonista da vitamina K; CHA\(_2\)DS\(_2\)-VAS\(_c\) = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 – 74, Gênero (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\(_2\) = Gênero (feminino), Idade (≤ 60 anos), História médica, Tratamento, Tabagismo, Raça (não caucasiana); TIT = tempo no intervalo terapêutico.  
\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)Nível de evidência - \(^c\)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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Dabigatrano</th>
<th>Rivaroxabano</th>
<th>Apixabano</th>
<th>Edoxabano</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Dose padrão</strong></td>
<td>150 mg duas vezes ao dia</td>
<td>20 mg uma vez ao dia</td>
<td>5 mg duas vezes ao dia</td>
<td>60 mg uma vez ao dia</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dose mais baixa</strong></td>
<td>110 mg duas vezes ao dia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dose reduzida</strong></td>
<td></td>
<td>15 mg uma vez ao dia</td>
<td>2,5 mg duas vezes ao dia</td>
<td>30 mg uma vez ao dia</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Critérios de redução da dose**

- 110 mg de dabigatrano duas vezes ao dia em doentes com:
  - Idade ≥ 80 anos
  - Administração concomitante de verapamil ou
  - Risco acrescido de hemorragia
- **CeCr** 15 – 49 mL/min
- Pelo menos 2 de 3 critérios:
  - Idade ≥ 80 anos
  - Peso corporal ≤ 60 kg, ou
  - Creatinina sérica ≥ 1,5 mg/dL (133 µmol/L)
- Se algum dos seguintes:
  - CeCr 15-50 mL/min,
  - Peso corporal ≤ 60 kg,
  - Administração concomitante de dronedarona, ciclosporina, eritromicina ou cetoconazol

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

![Esquema da terapêutica de controlo da frequência](image)

- **Terapêutica de base em todos os doentes com FA**
- **Terapêutica de primeira escolha em doentes sem sintomas ou com sintomas minor**
- **Terapêutica após falha do controlo do ritmo**
- **Terapêutica quando o risco de restaurar o RS ultrapassa os benefícios**

**Esquema da terapêutica de controlo da frequência**

- **Controlo não agressivo da frequência cardíaca**
- **Frequência cardíaca < 110 bpm**
  - (ECG de 12 derivações)
- **Sintomas ou deterioração da função VE ou da TRC (TRC-P ou TRC-D)**

**Considerar o controlo do ritmo ou a ablação do nódulo auriculoventricular se persistirem os sintomas ou a deterioração da função VE/taquicardiomiopatia ou quando não for alcançado o pacing biventricular contínuo nos doentes com TRC**

bpm = batimentos por minuto; BV = biventricular; ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilhação auricular; NAV = nódulo aurículo ventricular; RS = ritmo sinusal; TRC = terapêutica de reabilitação cardíaca; TRC-D = terapêutica de ressincronização cardíaca com desfibrilhador; TRC-P = terapêutica de ressincronização cardíaca com pacemaker; VE = ventricular esquerda.
Figura 8 Escolha de fármacos para controlo da frequência

Avaliar as comorbilidades

Nenhuma ou Hipertensão ou IC-FEp

IC-FEr

DPOC grave ou Asma

FA/FLA pré-excitados

Ablação

Tratamento de primeira linha:
• Betabloqueante ou
• BCCND

Tratamento de primeira linha: Beta-bloqueante

Tratamento de primeira linha BCCND

Reavaliação clínica

Controlo suboptimo da frequência (frequência cardíaca em repouso > 110 bpm), agravamento dos sintomas ou qualidade de vida?

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Continuar:
• Betabloqueante ou
• BCCND

Continuar: Beta-bloqueante

Continuar: BCCND
Considerar tratamento de segunda linha:
• Digoxina/digitoxina e/ou
• Betabloqueante e/ou
• BCCND

Considerar tratamento de segunda linha:
• Betabloqueante e/ou
• Digoxina/digitoxina e/ou
• Amiodarona

Considerar tratamento de segunda linha:
• BCCND e/ou
• Digoxina ou digitoxina

Controlo subotimizado da frequência (frequência cardíaca em repouso > 110 bpm), agravamento dos sintomas ou qualidade de vida?

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Continuar:
• Digoxina/digitoxina e/ou
• Betabloqueante e/ou
• BCCND

Continuar:
Betabloqueante e/ou
Digoxina/digitoxina e/ou
Amiodarona

Continuar:
BCCND e/ou
Digoxina ou Digitoxina

Considerar tratamento de terceira linha:
Considerar a combinação de três fármacos ou avaliação para TRC-P, TRC-D ou para implantação de pacemaker e ablação de nóculo aurículo ventricular

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 ressincronização cardíaca com desfibrilhador; TRC-P = terapêutica de ressincronização cardíaca com pacemaker.

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.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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 ≥ 40%.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomendam-se os betabloqueantes e/ou a digoxina para controlar a frequência cardíaca nos doentes com FA com FEVE &lt; 40%.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerada a terapêutica combinada incluindo diferentes fármacos(^d) de controlo da frequência se não for possível atingir a frequência cardíaca alvo com um fármaco isolado.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerada uma frequência cardíaca em repouso &lt; 110 bpm (i.e. controlo não agressivo da frequência cardíaca) como frequência cardíaca inicial alvo na terapêutica de controlo da frequência.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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 pacemaker.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com instabilidade hemodinâmica ou com depressão grave da FEVE, pode ser considerada a amiodarona intravenosa para controlo agudo da frequência cardíaca.</td>
<td>IIb</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

\(^a\)Consultar o capítulo 10 para controlo da frequência ventricular nas várias situações concomitantes e nas populações com FA.

\(^b\)Classe de recomendação.

\(^c\)Nível de evidência.

\(^d\)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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações para controlo do ritmo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recomendações</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se a terapêutica de controlo do ritmo para a melhoria dos sintomas e QdV nos doentes sintomáticos com FA.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FA = fibrilhação auricular; QdV = qualidade de vida.

ªClasse de recomendação.

ªNível de evidência.
Figura 9 Estratégia do controlo do ritmo

Estratégia de controlo do ritmo para reduzir os sintomas relacionados com a FA - melhorar a QdV
Confirmar: Prevenção do acidente vascular cerebral; Controlo da frequência; Redução do risco cardiovascular (terapêutica profilática cardiovascular abrangente - terapêutica de upstream, incluindo o estilo de vida e tratamento da apneia do sono)

Avaliar se os sintomas estão presentes

Ausência de sintomas

Excluir a adaptação subconsciente à redução da atividade física

Restaurar o RS por cardioversão para avaliar os sintomas

Sintomas estão relacionados com a FA

Presença de sintomas

Sintomas

Sintomas não relacionados com a FA

Considerar o controlo da frequência

Sintomas estão relacionados com a FA

Relacionamento pouco claro com a FA

• Restaurar o RS por cardioversão para avaliar os sintomas
• Holter se FA paroxística para avaliar a relação com o episódio de FA

Sintomas estão relacionados com a FA
Avaliar os fatores que favorecem o controlo 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 comorbilidades / doença cardíaca
- Dificuldade em atingir o controlo 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 referenciação a um Electrofisiologista

Predomínio de fatores favorecedores

- Reavaliar os fatores de risco

Controlo do ritmo

- FAA
- IVP

Em doentes selecionados:
- Ablação cirúrgica ou ablação toracoscópica

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

*Considerar a cardioversão para confirmar que a ausência de sintomas não se deve à adaptação inconsciente a uma capacidade física e/ou mental reduzida.*
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.

**Figura 10** Fluxograma para a tomada de decisão sobre a cardioversão da fibrilhação auricular dependendo da apresentação clínica, do estabelecimento da fibrilhação auricular, da ingestão da anticoagulação oral e dos fatores de risco para acidente vascular cerebral.

**CARDIOVERSÃO para a FIBRILAÇÃO AURICULAR**

Hemodinamicamente estável

1. **Verificar o estado da ACO**
   - Já sob terapêutica com ACO
   - Ainda não sob ACO

   **Proceder com a cardioversão conforme desejado:** imediata ou retardada para cardioversão espontânea possível

   **Começar logo que possível NOAC (ou AVK*) ou HBPM ou HNF**

   **Verificar o estado da ACO logo que possível e prosseguir para a fase 3**

Hemodinamicamente instável

2. **Verificar a duração do episódio atual da FA**

   **Cardioversão no período de 48 horas após o início da FA**
   - Cardioversão inicial
   - Esperar pela cardioversão retardada

   **Cardioversão eletiva > 48 h após o início da FA**

*AVK = Anticoagulantes Vôrticos de Classe K (Novoagentes Orais anticoagulantes * ou AVK ***)
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.

Cardioversão farmacológica, cardioversão elétrica

- Cardioversão inicial após início da terapêutica anticoagulante
- Esperar por cardioversão espontânea (ou efetuar a cardioversão se necessário) no período de 48 h após o início

Candidatos ideais:

- Início da FA < 12h + sem TE prévio
- Início da FA 12-48h + CHA2DS2-VASC ≤ 1m ou ≤ 2f.

Cardioversão farmacológica, cardioversão elétrica

- No período < 3 semanas de terapêutica ACO se um ETE excluir um trombo na AE/AAE ou
- Após ≥ 3 semanas de terapêutica ACO

Candidatos ideais:

- FA ≥ 48 h ou duração desconhecida
- FA 12 - 48 h + CHA2DS2-VASC ≥ 2m ou ≥ 3f
- FA com TE anterior, ou estenose mitral (moderada/grave) ou prótese valvular cardíaca mecânica

3. Decidir sobre a manutenção da ACO após a cardioversão

- ACO após cardioversão a curto prazo (4 semanas) se CHA2DS2-VASC = 0m ou 1f (OPCIONAL se a FA se iniciar definitivamente < 24 h)
- ACO a longo prazo em todos os doentes com CHA2DS2-VASC ≥ 1m ou ≥ 2f

AAE = apêndice auricular esquerdo; ACO = anticoagulante oral; AE = aurícula esquerda; AVK = antagonista da vitamina K; cardioversão = cardioversão; CHA2DS2-VASC = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular; Idade 65-74 anos; Género (feminino); cardioversão = cardioversão; CVE = cardioversão elétrica; ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular; h = hora; HBPM = heparina de baixo peso molecular; HNF = heparina não fracionada; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; TE = tromboembolismo.

*a Em alternativa pode ser administrado um AVK, contabilizando o tempo necessário para alcançar o efeito terapêutico do anticoagulante.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fármaco</th>
<th>Via de administração</th>
<th>Dose inicial para cardioversão</th>
<th>Dose adicional para cardioversão</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Flecainida&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>Oral&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt; i.v.</td>
<td>200 - 300mg 2 mg/kg durante 10 min</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Propafenona&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>Oral&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt; i.v.</td>
<td>450 - 600 mg 1,5 - 2 mg/kg durante 10 min</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Vernakalant&lt;sup&gt;c&lt;/sup&gt;</td>
<td>i.v.</td>
<td>3 mg/kg durante 10 min</td>
<td>2 mg/kg durante 10 min (10-15 min após a dose inicial)</td>
</tr>
<tr>
<td>Amiodarona&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</td>
<td>i.v.</td>
<td>5 - 7 mg/kg durante 1 - 2 h</td>
<td>50 mg/h (máximo 1,2 g durante 24 h)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ibutilide&lt;sup&gt;c&lt;/sup&gt;</td>
<td>i.v.</td>
<td>1 mg durante 10 min 0,01 mg/kg se o peso corporal &lt; 60 kg</td>
<td>1 mg durante 10 min (10 - 20 min após a dose inicial)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.
| Tabela 8 Fármacos antiarrítmicos utilizados para restauração do ritmo sinusal |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| **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) | • Não devem ser utilizadas na cardiopatia isquémica e/ou na doença cardíaca estrutural significativa |
| Oral: 45-55% às 3h, 69 - 78% às 8 h; i.v.: 43-89% Até às 6 h | • Podem induzir hipotensão, FLA com condução 1:1 (em 3,5 - 5,0% dos doentes) |
| < 1 h (conversão de 50% no período 10 min) | • A flecainida pode induzir alargamento do QRS ligeiro |
| 44% 8 - 12 h durante vários dias | • Não deve ser utilizado em doentes com hipotensão arterial (PAS < 100 mmHg), SCA recente (no período de 1 mês), IC NYHA III ou IV, QT prolongado ou estenose aórtica grave |
| 31 - 51% (FA) 63 - 73% (FLA) ≈1 h | • Pode causar flebite (utilizar uma veia periférica larga, evitar a administração i.v. > 24 horas e utilizar de preferência uma bomba infusora) |
| • Pode causar hipotensão, bradicardia/bloqueio auriculoventricular, prolongamento do QT |
| • Apenas se não existirem outras opções em doentes com hipertiroidismo (risco de tireotoxicose) |
| • Eficaz na conversão do FLA |
| • Não deve ser utilizada em doentes com QT prolongado, HVE grave ou FEVE baixa |
| • Deve ser utilizada no contexto de uma unidade de cuidados cardíacos uma vez que pode provocar prolongamento do QT, taquicardia ventricular polimórfica (torsades de pointes) |
| • Monitorização por ECG durante pelo menos 4 horas após a administração para detetar um evento pró arrtítmico |

aUtilizado mais frequentemente na cardioversão da FA, disponível na maioria dos países.
bPode ser auto administrado por doentes em ambulatório selecionados para estratégia de tratamento «comprimido no bolso».
cNão 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações para a cardioversão</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se a cardioversão da FA (elétrica ou farmacológica) nos doentes sintomáticos com FA persistente como parte da terapêutica de controlo do ritmo.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>A cardioversão farmacológica da FA é indicada apenas num doente hemodinamicamente estável, após ter em consideração o risco tromboembólico.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerado o pré tratamento com amiodarona, flecainida, ibutilide ou propafenona para aumentar o sucesso da cardioversão elétrica.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Para os doentes com doença do nódulo sinusal, com alterações da condução auriculoventricular ou com QTc prolongado (&gt; 500 ms), não deve ser tentada a cardioversão farmacológica a não ser que tenham sido considerados riscos de pró arritmia e de bradicardia.</td>
<td>III</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

\(^a\)Classe de recomendação.

\(^b\)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 antro, 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**

- **FA**
  - **FA paroxística**
    - Considerar escolha do doente
  - **FA persistente sem fatores de risco major para recidiva de FA**
    - Considerar escolha do doente
    - Fármacos Antiarrítmicos
      - Ablação por cateter
        - (IIa)
  - **FA Persistente sem fatores de risco major para recidiva de FA**
    - Considerar escolha do doente
    - Fármacos Antiarrítmicos
      - Ablação por cateter
        - (IIb)
  - **Efetuar a ablação por cateter**
  - **Terapêutica farmacológica ineficaz**
    - Não
      - Continuar com os fármacos antiarrítmicos
    - Sim
      - Realizar a ablação por cateter
        - (I)

---

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

*Volume da AE significativamente dilatado, idade avançada, FA de longa duração, disfunção renal e outros fatores de risco cardiovasculares.*
Figura 11 Indicações para a ablação da fibrilhação auricular sintomática por cateter

**FA sintomática**

- **FA persistente com fatores de risco major de recidiva de FA**
  - Considerar escolha do doente
  - **Fármacos Antiarrítmicos**
  - **Ablação por cateter**
  - **Efetuar a ablação por cateter**
  - **Terapêutica farmacológica ineficaz**
    - Não
    - **Continuar com os fármacos antiarrítmicos**
    - Sim
    - **Realizar a ablação por cateter (IIa)**

- **FA paroxística ou persistente e insuficiência cardíaca com FE reduzida**
  - Considerar escolha do doente
  - **Fármacos Antiarrítmicos**
  - **Ablação por cateter**
  - **Efetuar a ablação por cateter**

---

- Em circunstâncias raras individuais, a ablação por cateter pode ser cuidadosamente considerada como terapêutica de primeira linha.
- Recomendado para reversão da disfunção VE quando a taquimiocardiopatia é muito provável.
- 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.

- **HIPERTENSÃO**
  - Tratamento segundo as recomendações

- **GLICEMIA**
  - Redução da HbA1c
  - > 10%, HbA1c alvo < 6,5%

- **(IN) ATIVIDADE FÍSICA**
  - Otimização do excesso

- **OBESIDADE EXCESSO DE PESO**
  - Redução de peso ≥ 10%
  - IMC alvo < 27 kg/m²

- **TRATAMENTO ABRANGENTE DOS FATORES DE RISCO DE FA PARA OTIMIZAÇÃO DOS RESULTADOS DA ABLAÇÃO DA FA POR CATETER**

- **TABAGISMO**
  - Cessação

- **HIPERLIPIDEMIA**
  - Tratamento segundo as recomendações

- **SAOS**
  - Diagnóstico e tratamento

- **ÁLCOOL**
  - Redução ou, nos alcoólicos, cessação

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tabela 9 Questões fundamentais no seguimento após a ablação da fibrilação auricular por cateter</th>
</tr>
</thead>
</table>

**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\textsubscript{2}DS\textsubscript{2}-VASc e não pela situação do ritmo.

ACO = terapêutica anticoagulante oral; CHA\textsubscript{2}DS\textsubscript{2}-VASc = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Ácidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); ECG = eletrocardiograma; FA = fibrilação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico.
### Recomendações para o controlo do ritmo/ablação da FA por cateter

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recomendações gerais</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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 major de recidiva de FA a seguir ao procedimento e a discussão dos mesmos com o doente.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ablação da FA por cateter após fracasso da terapêutica farmacológica</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• FA paroxística, ou:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• FA persistente sem fatores de risco major de recidiva de FA, ou</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• FA persistente com fatores de risco major de recidiva de FA.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>A</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Terapêutica de primeira linha</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Episódios de FA paroxística, sintomática ou</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>• FA persistente, sintomática sem fatores de risco major de recidiva de FA.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Recomendações para o controlo do ritmo/ablação da FA por cateter (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Terapêutica de primeira linha (continuação)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>como uma alternativa aos FAA classe I ou III, considerando a escolha, o benefício e o risco do doente.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ablação da FA por cateter:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>• 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.</td>
<td>Ila</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerada a ablação por cateter da FA através de IVP como uma estratégia para evitar a implantação de um pacemaker em doentes com bradicardia relacionada com a FA ou com pausas sintomáticas de pré automaticidade após a conversão da FA considerando a situação clínica.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Técnicas e tecnologias</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se o isolamento elétrico completo das veias pulmonares durante os procedimentos de ablação da FA por cateter.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>Iib</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>Iib</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Modificação do estilo de vida e outras estratégias para melhorar os resultados da ablação</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se um controlo rigoroso dos fatores de risco e a evicção dos estímulos como parte de uma estratégia de controlo de ritmo.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)Nível de evidência.
9.2.2.3 Cirurgia da fibrilhação auricular

Recomendações para a ablação cirúrgica da FA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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).</td>
<td>IIa</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico.
\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)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 pericardooversão

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nos doentes com FA submetidos a cardioversão, recomendam-se os NOACs no mínimo com a eficácia e segurança semelhantes à varfarina.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Para a cardioversão da FA/FLA, recomenda-se a anticoagulação eficaz durante um mínimo de 3 semanas antes da cardioversão.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Recomendações para a o tratamento do risco de acidente vascular cerebral na pericardioversão (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</th>
<th>Nível&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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».</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Quando um trombo é identificado na ETE, recomenda-se a anticoagulação eficaz durante pelo menos 3 semanas antes da cardioversão da FA.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser iniciada a anticoagulação eficaz logo que possível antes de qualquer cardioversão da FA ou da FLA.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Pode ser efetuada uma cardioversão sem demora sem efetuar ETE nos doentes com FA de duração &lt; 48 horas.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com FA de duração &gt; 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).</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Quando o trombo for identificado na ETE, este exame deve ser repetido para assegurar a resolução do trombo antes da cardioversão.</td>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com FA com duração seguramente ≤ 24 horas e um risco muito baixo de acidente vascular cerebral (CHA&lt;sub&gt;2&lt;/sub&gt;DS&lt;sub&gt;2&lt;/sub&gt;-VAS&lt;sub&gt;c&lt;/sub&gt; de 0 nos homens ou de 1 nas mulheres) pode ser omitida a anticoagulação pós cardioversão durante 4 semanas.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe a</th>
<th>Nível b</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 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:  
  • Preferencialmente, terapêutica ACO durante pelo menos 3 semanas antes da ablação, ou  
  • Em alternativa, a utilização da ETE para excluir o trombo na AE antes da ablação. | I Ila    | C A     |

Para os doentes submetidos a ablação da FA por cateter que foram terapeuticamente anticoagulados com varfarina, dabigatran, rivaroxabano, apixabano ou edoxabano, recomenda-se que o procedimento da ablação seja efetuado sem interrupção da ACO.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe a</th>
<th>Nível b</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Após a ablação da FA por cateter, recomenda-se que:  
  • A anticoagulação sistêmica com varfarina ou a manutenção de um NOAC durante pelo menos 2 meses após a ablação e  
  • A manutenção a longo prazo da anticoagulação sistêmica 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. | I C      | C A     |

Recomendações para a anticoagulação pós operatória após a cirurgia da FA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe a</th>
<th>Nível b</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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 CHA₂DS₂-VASc.</td>
<td>I C</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Consideração</th>
<th>Critérios</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Indicação para FAA** | • O doente é assintomático?  
• Os sintomas da FA são suficientemente graves (classe de EHRA) para justificar a administração de FAA?  
• Existem situações associadas que prevêem a má tolerância aos episódios de FA? |
| **Quando iniciar um FAA** | • Geralmente não no primeiro episódio, mas poderá melhorar a eficácia da cardioversão |
| **Como escolher entre os FAAs** | • **Minimizar o risco pró arrítmico e a toxicidade dos órgãos**  
Avaliar:  
♦ alterações basais no ECG (duração do QRS, PR, QTc) e possível interferência com os FAA  
♦ impacto na função VE  
♦ interações farmacocinéticas e farmacodinâmicas importantes (i.e. fármacos antitrombóticos)  
♦ Fatores de risco de pró arritmia podem ser dinâmicos e mudar ao longo do tempo |
| **Como minimizar o risco pró arrítmico** | • **Avaliar o ECG após o tratamento, conforme indicado nestas Recomendações**  
• Avaliar periodicamente a toxicidade dos órgãos (amiodarona)  
• Monitorização por Holter a longo prazo e prova de esforço em casos selecionados  
• Evitar combinações de FAA |
| **Como verificar a eficácia** | • **Estimar a carga da FA sob terapêutica (pedir ao doente para anotar os episódios)**  
• Se o doente já está sob FAA com resultados eficazes, mas teve de interromper por intolerância, escolher de preferência da mesma classe |
| **Intervenções adjuvantes e terapêutica híbrida** | • **Nos doentes com alterações da condução auriculoventricular e/ou com disfunção do nódulo sinusal, deve ser considerada a implantação de um pacemaker se a terapêutica com FAA for considerada necessária**  
• A terapêutica com FAA a curto prazo pode prevenir as recidivas prévias após a ablação da FA |

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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fármaco</th>
<th>Dose</th>
<th>Contraindicações e precauções principais</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Amiodarona</strong></td>
<td>3 x 200 mg diários durante 4 semanas, seguidamente 200 mg diários</td>
<td>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 tiroide. Contraindicada em situações de hipertiroidismo evidente.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dronedarona</strong></td>
<td>400 mg duas vezes ao dia</td>
<td>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 &lt; 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.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Flecainida</strong></td>
<td>100 – 200 mg duas vezes ao dia</td>
<td>Contraindicada em doentes com CeCr &lt; 35 mL/min/1,783m² e doença hepática significativa. 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.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Propafenona</strong></td>
<td>150 - 300 mg três vezes ao dia</td>
<td>Contraindicada em doentes com doença renal ou hepática significativa, com doença isquémica cardíaca, com função sistólica VE reduzida, ou asma. Precaução na presença de alterações da condução SA/AV. Aumenta a concentração de varfarina/acenocoumarina e digoxina no caso de administração concomitante.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sotalol (d,l, mistura racémica)</strong></td>
<td>80 - 160 mg duas vezes ao dia</td>
<td>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, hipocalemia, CeCr &lt; 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).</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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**

**Indicação para a terapêutica de controlo do ritmo a longo prazo**

**Avaliar e tratar os fatores de risco e as comorbilidades**
IECA, ARA, ARM, estatinas em doentes com fatores de risco, HVE ou disfunção VE

**Nenhum sinal ou sinais mínimos de doença cardíaca estrutural**

**DC, IC-FEp, doença valvular significativa**

**IC-FEr**

**Escolha do doente**

- **Dronedarona** (IA)
- **Flecainida** (IA)
- **Propafenona** (IA)
- **Sotalol** (IIbA)

**Ablação por cateter**

**No caso de FA recorrente**

- **Amiodarona** (IA)
- **Dronedarona** (IA)
- **Sotalol** (IIbA)

**Ablação por cateter**

**No caso de FA recorrente**

- **Amiodarona** (IA)

**Ablação por cateter**

**No caso de FA recorrente**

ARA = antagonista dos recetores da angiotensina; ARM = antagonista dos recetores 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe&lt;sup&gt;a&lt;/sup&gt;</th>
<th>Nível&lt;sup&gt;b&lt;/sup&gt;</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Recomenda-se a dronedarona durante o controlo do ritmo a longo prazo nos doentes com FA com:  
  • Função VE normal ou ligeiramente diminuída (mas estável) ou  
  • IC-FEp, doença isquémica ou valvular cardíaca | 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. |
| 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. |
| 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). |
| 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. |
| 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 pacing antibradicardia. |

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 comorbididades, 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recomenda-se a identificação e o tratamento dos fatores de risco e de doenças concomitantes como parte integral do tratamento dos doentes com FA.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se o rastreio oportuno da FA nos doentes hipertensos.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIA</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIA</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIA</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerado o rastreio oportuno da FA nos doentes com SAOS.</td>
<td>IIA</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Pode ser considerado o tratamento otimizado da SAOS para reduzir a incidência, a progressão, as recidivas da FA e os sintomas.</td>
<td>IIB</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

a Classe de recomendação - b Nível de evidência.
10. Abordagem ABC em contextos/situações/populações de doentes clínicos específicos

10.1 Fibrilação auricular com instabilidade hemodinâmica

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações para o tratamento da FA com instabilidade hemodinâmica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recomendações</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Recomenda-se a cardioversão elétrica de emergência nos doentes com FA com instabilidade hemodinâmica aguda ou com agravamento da mesma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com FA com instabilidade hemodinâmica, pode ser considerada a amiodarona para controlo agudo da frequência cardíaca.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FA = fibrilhação auricular. aClasse de recomendação - bNível 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 trombóticos 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 P2Y₁₂ é considerada suficiente. (Consultar a Figura 14 no interior da capa).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recomendações</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Recomendações gerais para os doentes com FA e uma indicação para a terapêutica antiplaquetária concomitante</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com FA, indicados para NOACs, recomenda-se de preferência a utilização de um NOAC³ relativamente a um AVK em combinação com terapêutica antiplaquetária.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com alto risco de hemorragia (HAS-BLED ≥ 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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Recomendações gerais para os doentes com FA e com uma indicação</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>para a terapêutica antiplaquetária concomitante (continuação)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com risco elevado de hemorragia (HAS-BLED (\geq 3)), deve ser</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>considerado de preferência o dabigatrano 110 mg duas vezes ao dia em vez do</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dabigatrano 150 mg duas vezes ao dia durante a duração da terapêutica antiplaquetária simples ou dupla concomitante para atenuar o risco de hemorragia.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>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 &gt; 70%.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Recomendações para os doentes com FA com SCA</strong></th>
<th>Class</th>
<th>Level</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nos doentes com FA com SCA submetidos a ICP não complicada, recomenda-se a</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>cessação precoce ((\leq 1) semana) da aspirina e a manutenção de uma terapêutica dupla com um ACO e com um inibidor do P2Y(_{12}) (de preferência o clopidogrel) até 12 meses se o risco de trombose de stent(^d) for baixo ou se as questões relacionadas com o risco de hemorragia(^e) prevalecerem sobre as questões relacionadas com o risco de trombose de stent(^d), independentemente do tipo de stent utilizado.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Deve ser considerada uma terapêutica tripla com aspirina, com clopidogrel, e</td>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>com um ACO(^d) durante mais de 1 semana após uma SCA, quando o risco de trombose de stent(^d) compensar o risco de hemorragia(^e). 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.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><strong>Recomendações para os doentes com FA com SCC submetidos a ICP</strong></th>
<th>Class</th>
<th>Level</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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(^d) for baixo ou se as questões relacionadas com o risco de hemorragia(^e) prevalecerem sobre as questões relacionadas com o risco de trombose de stent(^d), independentemente do tipo de stent utilizado.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Recomendações para os doentes com FA com SCA, ICP ou SCC (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classea</th>
<th>Nívelb</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deve ser considerada a terapêutica tripla com aspirina, clopidogrel e com um ACOc durante mais de 1 semana quando o risco de trombose de stentd compensar o risco de hemorragiae. A duração total (≤ 1 mês) é decidida de acordo com a avaliação destes riscos, e o plano de tratamento deve ser claramente especificado na alta hospitalar.</td>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

aClasse de recomendação.

bNível de evidência.

cConsultar 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.

dO 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 anatômicas, 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.

eO 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 ≥ 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 constitui uma estratégia insuficiente para avaliar o risco de hemorragia.

fQuando o dabigatran é utilizado na terapêutica tripla, o dabigatran 110 mg duas vezes ao dia pode ser utilizado em vez do dabigatran 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe (a)</th>
<th>Nível (b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes selecionados(c) 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.</td>
<td>Ila</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

AIT = acidente isquémico transitório; C2HEST = 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.

\(a\)Classe de recomendação.
\(b\)Nível de evidência.
\(c\)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 AE, com score C\(2\)HEST elevado, etc.) ou aqueles com acidente vascular cerebral criptogénico e com características para acidente vascular cerebral sugestivas de acidente vascular cerebral embólico devem ser referenciaiados para monitorização prolongada por Holter.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe (a)</th>
<th>Nível (b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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 contraindicação rigorosa para utilização de ACO, com uma preferência pelos NOACs relativamente aos AVKs nos doentes indicados para NOAC.</td>
<td>I</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com FA que apresentam acidente vascular cerebral isquémico agudo, não se recomenda a anticoagulação muito precoce (&lt; 48 horas) com HNF, HBPM, ou AVKs.</td>
<td>III</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>IIa</th>
<th>C</th>
</tr>
</thead>
</table>

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.

aClasse de recomendação.
bNível de evidência.
cUm 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

Doente com

Comprimir mecanicamente os

Avaliar o estado hemodinâmico, pressão arterial, parâmetros

História de anticoagulação

AVK

Gravidade de hemorragia ativa?

Minor

Adicionar o tratamento sintomático:
Substituição dos fluidos
Transfusão de sangue
Tratar a causa da hemorragia (e.g., gastroscopia)
Considerar a adição de Vitamina K (1 – 10 mg) i.v.

Retardar o AVK até INR < 2

Moderada – grave

Grave ou potencialmente fatal

Considerar o CCP e PFC
Considerar a substituição de plaquetas sempre que adequado

ACO = terapêutica anticoagulante oral; AVK = antagonista da vitamina K; CCP = concentrado de complexo protrombínico; INR = international normalized ratio; i.v. = intravenosa;
Figura 15 Tratamento das hemorragia ativas nos doentes anticoagulados
(As instituições devem ter 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**
  - 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
  - Retardar o NOAC por 1 dose ou por 1 dia

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

**Grave ou potencialmente fatal**

NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K;
PFC = plasma fresco congelado.
### 10.5 Fibrilação auricular e doença valvular cardíaca

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Os NOACs são contraindicados nos doentes com prótese valvular mecânica.</td>
<td>III</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Não se recomenda a administração de NOACs nos doentes com FA e com estenose mitral moderada a grave.</td>
<td>III</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

AVK = antagonista da vitamina K; FA = fibrilação auricular; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K. \(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)Nível de evidência.

### 10.6 Fibrilação auricular e cardiopatia congênita

**Recomendações para o tratamento da FA nos doentes com cardiopatia congênita**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deve ser considerada a anticoagulação oral em todos os doentes adultos com reparação intracardíaca, cianose, cirurgia paliativa de Fontan, ou ventrículo direito sistêmico e história de FA, flutter auricular, ou taquicardia por reentrada intra-auricular.</td>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Recomendações para o tratamento da FA nos doentes com cardiopatia congénita (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Deve ser considerada a cirurgia da FA nos doentes:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 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).</td>
<td>Ila</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>• 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.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pode ser considerada a ablação por cateter de arritmias auriculares associadas a defeitos cardíacos congénitos, quando realizada em centros experientes.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos doentes com cardiopatia congénita, pode ser considerada a ETE juntamente com terapêutica anticoagulante durante 3 semanas antes da cardioversão.</td>
<td>IIb</td>
<td>C</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ACO = anticoagulação oral; ETE = ecocardiografia transesofágica; FA = fibrilhação auricular;.
\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)Nível de evidência.

### 10.7 Fibrilhação auricular durante a gravidez

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

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

#### Recomendações

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clase</th>
<th>Nível</th>
<th>Recomendações</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td><strong>Tratamento a longo prazo (administração oral de fármacos) (continuação)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Recomendam-se os bloqueadores beta-seletivos para o controlo da frequência na FA.</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>C</td>
<td>Devem ser considerados a flecainida, a propafenona ou o sotalol para prevenir a FA se os fármacos que bloqueiam o nódulo auriculoventricular forem ineficazes.</td>
</tr>
<tr>
<td>IIa</td>
<td>C</td>
<td>Devem ser considerados a digoxina ou o verapamil no controlo da frequência se os betabloqueantes forem ineficazes.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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. aClasse de recomendação - bNível de evidência - cA cardioversão da FA deve ser precedida geralmente pela anticoagulação - dO atenolol tem estado associado a uma taxa mais elevada de atraso do crescimento do feto e não é recomendado - eA 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 - fOs fármacos da Classe III não devem ser utilizados em presença de prolongamento do QTc - gOs 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Clase</th>
<th>Nível</th>
<th>Recomendações</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Recomenda-se a terapêutica peri-operatória com amiodarona ou com betabloqueantes para a prevenção da FA pós-operatória após a cirurgia cardíaca.</td>
</tr>
<tr>
<td>I</td>
<td>A</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Recomendações para a FA pós operatória (continuação)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe(^a)</th>
<th>Nível(^b)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIa</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
<td>IIb</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>Os betabloqueantes não devem ser utilizados por rotina na prevenção da FA pós operatória nos doentes submetidos a cirurgia não cardíaca.</td>
<td>III</td>
<td>B</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ACO = anticoagulante oral; FA = fibrilhação auricular.
\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)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 aspectos do tratamento. Atualmente não existe um sistema único estabelecido e amplamente utilizado de medição e informação.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações para medidas de qualidade nos doentes com FA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Recomendações</td>
</tr>
<tr>
<td>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.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

FA = fibrilhação auricular.
\(^a\)Classe de recomendação - \(^b\)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 (≤ 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 sistêmica. 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 factores 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 (≥ 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Recomendações</th>
<th>Classe</th>
<th>Nível</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nos doentes com AAFE /FA subclínica detetada por DCEI ou por monitor cardíaco implantável, recomenda-se a realização de:</td>
<td>I</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>• Avaliação cardiovascular completa com registo eletrocardiográfico, com avaliação clínica dos fatores de risco/das comorbilidades e avaliação do risco tromboembólico utilizando o score CHA\textsubscript{2}DS\textsubscript{2}-VASc.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• 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 ≥ 24 horas) e detetar as alterações das situações clínicas subjacentes.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 isquémico e hemorrágico do doente individual.

- **SCA**
  - Anticoagulação intraprocedimento parentérica se medicado com NOAC ou INR < 2,5 quando medicado com AVK
  - ≤ 1 semana
  - 1 mês
  - 3 meses
  - 6 meses
  - 12 meses

- **ICP**
  - (N)OAC
  - P2Y₁₂

- **Aspirina**

- **SCA tratada medicamente**
  - (N)OAC
  - Fármaco antiplaquetário simples (de preferência P2Y₁₂)

- **AVK**
  - (N)OAC
  - INR 2,0 – 2,5 AVK

- **SCC**
  - INR 2,0 – 2,5 AVK

- **Anticoagulação intraprocedimento parentérica**

- **Fibrinólise apenas se OAC está abaixo do intervalo terapêutico de referência**
**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 multivasos
- Revascularização complexa (stents no tronco comum, stents em lesões de bifurcação, intervenção na oclusão crônica total, implantação de stent no último vaso patente)
- Trombose de stent prévia sob terapêutica antiplaquetária
- Fatores procedimento (expansão dos stents, dissecção 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 diâtese 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 P2Y₁₂ 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
Recomenda-se o pré tratamento com um inibidor do P2Y\_12 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 parentérgico (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 um 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 parentérgica 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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Carga das AAFEs/FASC</th>
<th>Um «expectador inocente»</th>
<th>Observar se:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AAFEs/FASC curtas, raras carga diária baixa</td>
<td>Baixo risco CHA₂DS₂-VASc 0 (m) ou 1 (f)</td>
<td>• Aumento na carga das AAFE/FASC ou desenvolvimento da FA clínica</td>
</tr>
<tr>
<td>AAFEs/FASC mais longas (≥1h a &lt;24 h) especialmente se carga elevada</td>
<td>Fator de risco simples CHA₂DS₂-VASc 1(m) ou 2 (f)</td>
<td>Observar se:</td>
</tr>
<tr>
<td>AAFEs/FASC longas (≥24 h) especialmente se carga mensal elevada</td>
<td>Alto risco CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 (m) ou ≥ 3 (f)</td>
<td>• Aumento na carga de AAFE/FASC ou no desenvolvimento da FA</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>• Alteração no risco individual de acidente vascular cerebral</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Considerar a administração de ACO em doentes selecionados com risco alto/muito alto de acidente vascular cerebral (onde não há dúvidas sobre o diagnóstico de FA na análise do traçado do dispositivo) quando um benefício clínico líquido positivo pode ser antecipado (tomada de decisão partilhada).

FA Clínica

AAFE = arritmias auriculares de frequência elevada; ACO = anticoagulante oral; AE = aurícula esquerda; CHA₂DS₂-VASc = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade ≥ 75, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 – 74, Género (feminino); DRC = doença renal crônica; f = feminino; FA = fibrilação auricular; FASC = fibrilação auricular subclínica; m = masculino; NdE = nível de evidência; Doentes devidamente selecionados (e.g. com acidente vascular cerebral anterior e/ou idade ≥ 75 anos ou fatores de risco CHA₂DS₂-VASc ≥ 3 e fatores de risco de acidente vascular cerebral adicional não CHA₂DS₂-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 CHA₂DS₂-VASc ≥ 3, etc.).
Figura Central Tratamento da FA

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)

Risco de Stroke (St)
(e.g. score de CHA₂DS₂-VASc)

Severidade dos Sintomas (Sy)
(e.g. score de sintomas de EHRA)

Severidade da carga da FA (Sb)
duração, cessação espontânea

Severidade do Substrato (Su)
(idade, comorbilidades, dilatação auricular/fibrose)

Tratar a FA: a via de acesso ABC
A
Anticoagulação/
evitar o acidente vascular cerebral

1. Identificar os doentes de baixo risco
   $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c \leq 0$ (m), 1 (f)
2. Proporcionar a prevenção de acidente vascular cerebral se $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c \geq 1$ (m), 2 (f)
3. Escolher ACO (NOAC ou AVK com TIT bem gerido)

B
(Better) melhor controlo dos sintomas

Avaliar os sintomas, QdV e as preferências do doente
Otimizar o controlo da frequência
Considerar uma estratégia de controlo de ritmo (CV, FAAs, ablação)

C
Comorbilidades/
Tratamento dos fatores de risco cardio-vasculares

Comorbilidades 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; $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c$ = Insuficiência cardíaca congestiva, Hipertensão, Idade $\geq 75$, Diabetes mellitus, Acidente vascular cerebral, Doença vascular, Idade 65 - 74, Género (feminino); CV = cardioversão; ECG = eletrocardiograma; EHRA = European Heart Rhythm Association; FA = fibrilhação auricular; FAA = fármaco antiarrítmico; NOAC = anticoagulante oral não dependente da vitamina K; TIT = tempo no intervalo terapêutico.