



A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais comum da prática clínica e a mais frequente no pronto-socorro.

### I - ASSISTENCIAL

#### 1. DIAGNÓSTICO

##### Confirmação diagnóstica clínica (a)

Ao exame físico, pulso irregular com bulhas arrítmicas na auscultação cardíaca

##### Indicação de ECG e confirmação diagnóstica (b)

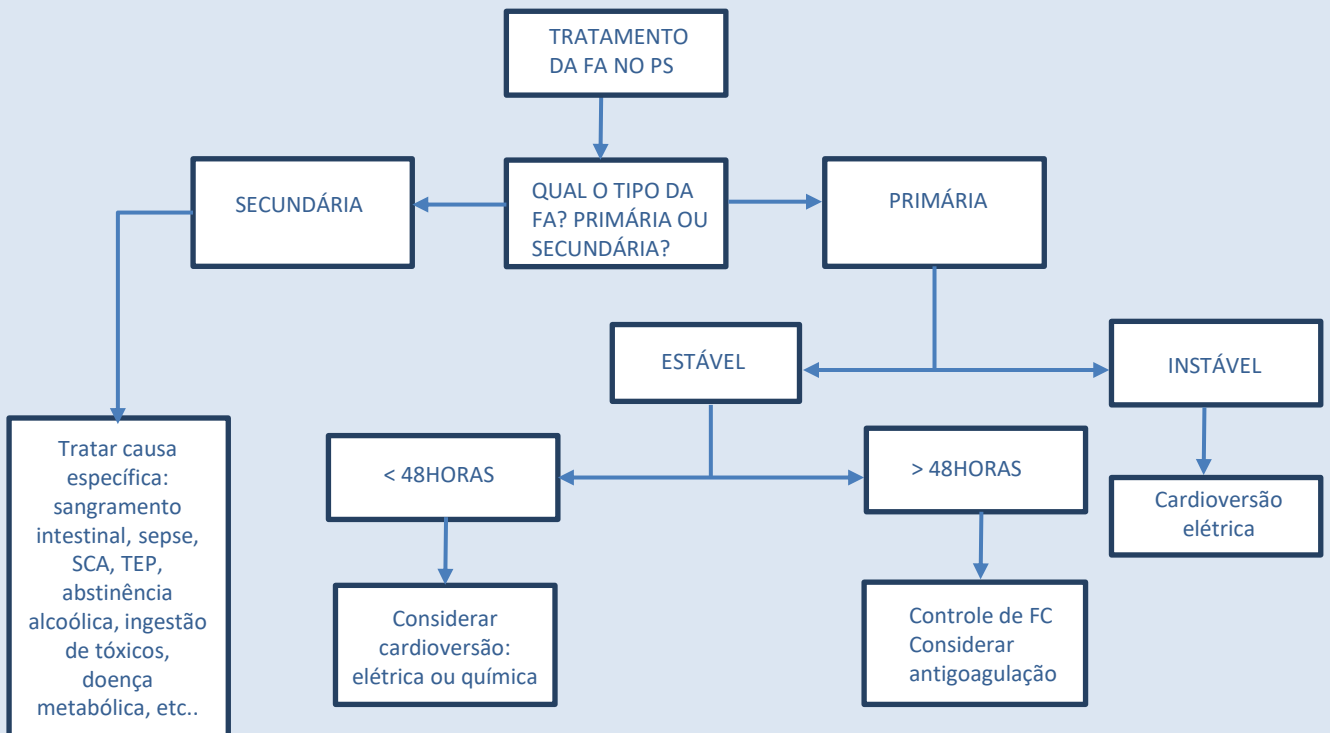
ECG com ausência de onda P e intervalo R-R irregular

#### 2. TRATAMENTO

##### 2.1 Abordagem no Pronto Socorro

- O primeiro passo na abordagem da FA no pronto socorro (PS) é diferenciar a FA primária da secundária;
- Nesta última, a FA se deve a uma causa sistêmica reversível, como sepse, sangramento intestinal ou abuso de álcool, de modo que o tratamento dessas condições resultará em reversão da arritmia;
- Posteriormente, avalia-se a presença de critérios de instabilidade, como dor torácica, dispneia ou rebaixamento do nível de consciência.

##### 2.2 Fluxograma do manejo da FA no Pronto Socorro



Contraindicações a cardioversão: FA de duração desconhecida, alto risco para AVC (valvopatia reumática, prótese valvar ou AVC recente) ou risco de arritmia ventricular (HipoMg, Hipok)

### 3. ETIOLOGIA/FATORES DE RISCO

| ASSOCIAÇÃO ETIOLÓGICA COM A FIBRILAÇÃO ATRIAL |                             |
|---|-----------------------------|
| Hipertensão arterial sistêmica                | Valvopatias                 |
| Diabetes mellitus                             | Cirurgias cardíacas prévias |
| Obesidade                                     | Doenças pulmonares          |
| Tabagismo                                     | Distúrbios da tireoide      |
| Abuso de álcool                               | Doença renal crônica        |
| Abuso de drogas estimulantes                  | Distúrbios eletrolíticos    |
| Doença arterial coronária                     | Exercício físico extremo    |
| Miocardiopatia isquêmica                      | Distúrbios autonômicos      |

### CLASSIFICAÇÃO (D)

- I. FA paroxística:** reverte espontaneamente ou com intervenção dentro de uma semana.
- II. FA persistente:** não se reverte espontaneamente, necessitando de intervenção.
- III. Permanente:** FA persistente em que se opta por apenas manter controle de FC.

### 4. EXAMES ADICIONAIS

#### Prevenção de eventos tromboembólicos (e)

Pacientes com FA > 48hs e sem contraindicações à reversão ao RS, após estabilização clínica deverão ser submetidos ao:

- Ecocardiograma transesofágico;
- Uma vez descartada a presença de trombo em AE, poderão ser cardiovertidos e permanecerão anticoagulados por 3 semanas.

### 5. ESCORE DE RISCO

- **Calcular escore CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc (c)**

Pacientes com escore  $\geq 2$  pontos, deverão permanecer indefinidamente com anticoagulação, varfarina ou NOACs.

|           |                                  |          |
|-----------|----------------------------------|----------|
| <b>C</b>  | Cardiopatias                     | 1 ponto  |
| <b>H</b>  | hipertensão                      | 1 ponto  |
| <b>A</b>  | Idade (age) > 75 anos            | 2 pontos |
| <b>D</b>  | Diabetes                         | 1 ponto  |
| <b>S</b>  | Stroke (AVC, AIT, emboliembolia) | 2 pontos |
| <b>V</b>  | Doença vascular periférica       | 1 ponto  |
| <b>A</b>  | Idade (age) 65-74 anos           | 1 ponto  |
| <b>Sc</b> | Sexo feminino                    | 1 ponto  |

### 6. ALOCAÇÃO /INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

#### ➤ Alocação:

- Sala de emergência: FA instável;
- Sala de observação: FA estável.

#### ➤ Critérios de internação:

- FA secundária (Infecção grave ou sepse, dist eletrolítico...);
- Síndrome coronária aguda;
- IC descompensado;
- Falha em controlar da FC.

## 7. TRATAMENTO [1.2.3.4]

Em termos de prognóstico, não há diferença entre controle de FC ou reversão ao ritmo sinusal. A escolha terapêutica deve ser individualizada. Porém, no caso do controle da FC, avaliar necessidade de anticoagulação.

### OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA REVERSÃO AO RITMO SINUSAL

|   |  |
|---|--|
| <b>ELÉTRICA</b>   | 100J, sincronizado, com paciente sedado e analgesiado  |
| <b>QUÍMICA</b>  | Amiodarona 300mg em 150ml de SG5%, em 30 min (se necessário, pode-se fazer nova infusão com 150mg em 100ml de SF0,9%, em 30min); manutenção: 900mg em 250ml de SG5%, correr em 24hs.                             |
| <b>OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CONTROLE DE FREQUÊNCIA CARDÍACA</b> |  |
| <b>Beta-bloqueadores</b>  | Metoprolol 5mg, IV, com efeito em ↓FC em 5 min; s/n, pode ser repetida a dose a cada 15 min, até no máximo 15mg.   |
|   | Carvedilol 3,125mg 2x/dia, com aumento até 25mg 2xd, demorando várias horas até o efeito   |
| <b>Bloqueadores dos Canais de Cálcio</b>                        | Diltiazem 0,25mg/Kg, IV, infusão lenta, com uma possível segunda dose de 0,35mg/Kg, após 15min; ↓FC em 2-7min; VO, 120-240mg (SL) 1x/dia ou 30-90mg 3x/dia (normal), demorando algumas horas até o efeito.       |
|   | Verapamil 0,075-0,15mg; VO, 40-80mg 3x/dia; atenção: chance de hipotensão  |
| <b>Amiodarona</b>   | Amiodarona 300mg em 150ml de SG5%, em 30 min (se necessário, pode-se fazer nova infusão com 150mg em 100ml de SF0,9%, em 30min). Pacientes em que há risco embólico na reversão ao ritmo sinusal não devem usar. |
| <b>Digital</b>  | Deslanosídeo, 0,4-1,6mg, diluído em 50ml de SF0,9%, podendo levar algumas horas até controle da FC. Utilizado em caso de contraindicações as demais drogas.  |
| <b>Sulfato de Magnésio</b>                                      | 2g, IV, correr em 15min; efeitos adversos podem incluir “flush” e hipotensão   |

## 8. MANEJO SUBSEQUENTE

### • Prevenção de eventos tromboembólicos

Pacientes com FA > 48hs e sem contraindicações a reversão ao RS, após estabilização clínica, deverão ser submetidos a um ecocardiograma transesofágico. Uma vez descartada a presença de trombo em AE, poderão ser cardiovertidos e permanecerão anticoagulados por 3 semanas. Os pacientes com escore CHA2DS2VASc ≥ 2 pontos, deverão permanecer indefinidamente com anticoagulação, varfarina ou NOACs.

### • Critérios de alta

Controle do ritmo ou da frequência (conforme decisão do médico assistente);  
Resolução do quadro secundário .

### • Duração do tratamento : Variável

### • Indicação de exames de controle durante o tratamento

Exames deverão ser solicitados para acompanhamento da evolução de possível quadro secundário: troponina, PCR, eletrólitos, hemograma, função renal, Radiografia de tórax, culturas.

### • Indicação de retorno ambulatorial, em quanto tempo, exames no retorno

Pacientes sem critérios de internação podem ser liberados com segurança, com prescrição de NOACs, se indicado anticoagulação, com programação de acompanhamento ambulatorial de perto;

Retorno em menos de uma semana, com exames laboratoriais pertinentes e um ecocardiograma.

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de reversão da arritmia estratificado por estável e instável; primária e secundária;
- Taxa de resposta à cardioversão;
- Taxa de evento embólico após reversão estratificado por estável e instável; primária e secundária;
- Taxa de hemorragias após anticoagulação;
- Tempo médio de internação por tipo de arritmia: estável e instável; primária e secundária

## III. GLOSSÁRIO

ECG: eletrocardiograma

SAC: síndrome coronariana aguda

TEP: tromboembolismo pulmonar

NOACs: novos anticoagulantes

## IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: alteração do template; adequação dos indicadores de qualidade

## V. REFERÊNCIAS

- [1] Long B, Robertson J, Koyfman A, et al. Emergency medicine considerations in atrial fibrillation. Am J Emerg Med. 2018;36(6):1070-1078
- [2] Scheuermeyer FX, Pourvali R, Rowe BH, et al. Emergency department patients with atrial fibrillation or flutter and an acute underlying medical illness may not benefit from attempts to control rate or rhythm. Ann Emerg Med 2015;65:511–22.6;
- [3] Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016;37:2893–962;
- [4] January CT, Wann S, Alpert JS, et al. AHA/ACC/HRS guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary. J Am Coll Cardiol 2014;2014.

Pathway validado no GMA de Cardiologia - Setembro/2022

|                                       |  |                                   |  |   |   |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|---|
| <b>Código Documento:</b><br>CPTW100.3 | <b>Elaborador:</b><br>Luiz Carlos Paul<br>Guilherme<br>Fenelon | <b>Revisor:</b><br>Fernando Gatti | <b>Aprovador:</b><br>Giancarlo Colombo | <b>Data de Elaboração:</b><br>15/04/2021<br><br><b>Data da atualização:</b><br>26/12/2022 | <b>Data de Aprovação:</b><br>15/04/2021 |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|---|