



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 ausculta cardíaca

ECG e confirmação diagnóstica (b)

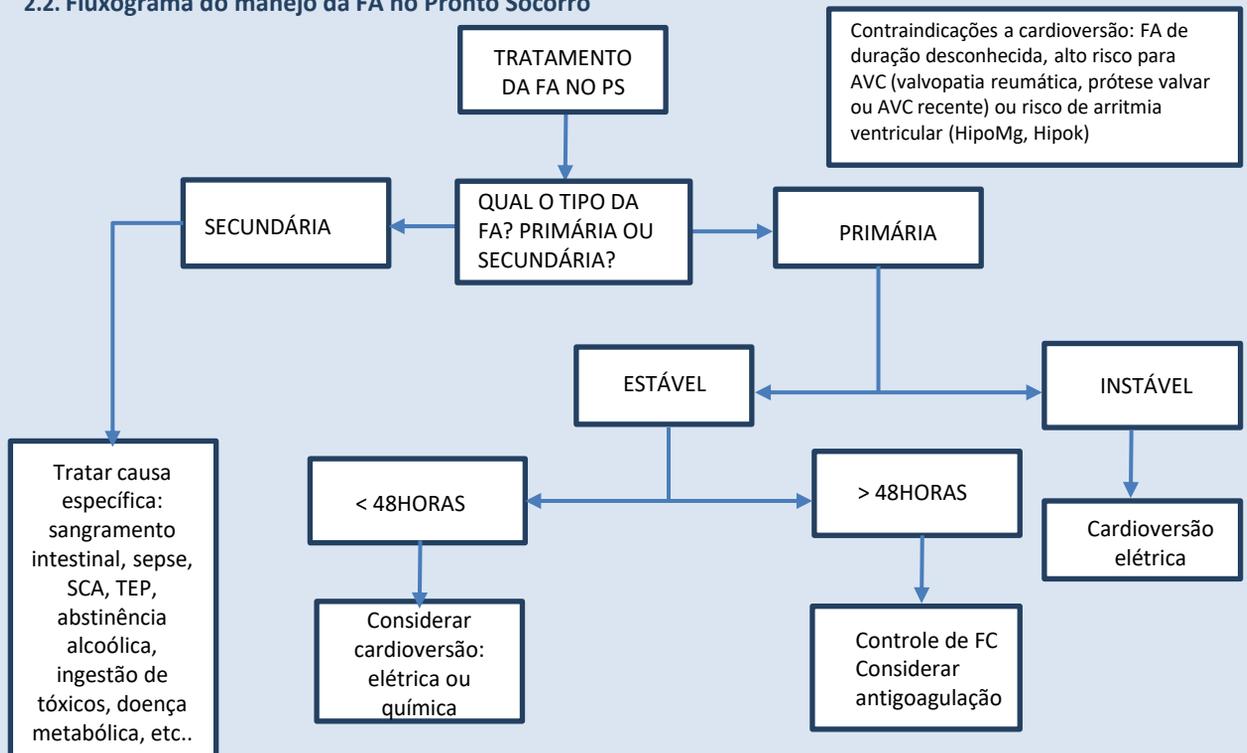
Ausência de onda P e intervalo R-R irregular, com complexo QRS estreito (menor do que 120 milissegundos em duração)

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; é um mecanismo de compensação.
- Posteriormente, avalia-se a presença de critérios de instabilidade, como hipotensão, dispnéia, angina típica, rebaixamento do nível de consciência ou síncope.
- Se estável, avaliar se a arritmia se iniciou há < 48 horas, podendo indicar tanto a reversão farmacológica quanto cardioversão elétrica, sem a necessidade de afastar a presença de trombo em átrio esquerdo. Em quadros de surgimento > 48 horas ou tempo desconhecido, devemos realizar controle de FC (< 110 bpm), considerar anticoagulação e realização de um ecocardiograma transesofágico para afastar a presença de trombo. Caso o ecocardiograma demonstre a presença de trombo no átrio esquerdo, devemos realizar anticoagulação desse paciente por pelo menos 4 semanas e então repetir o ecocardiograma transesofágico antes de nova tentativa de reversão do ritmo. Em pacientes já em vigência de anticoagulação efetiva (uso regular de anticoagulantes de ação direta, INR na faixa adequada caso uso de varfarina por > 4 semanas), pode-se realizar a cardioversão elétrica ou química sem necessitar de avaliação ecocardiográfica.

2.2. Fluxograma do manejo da FA no Pronto Socorro



3. ETIOLOGIA | FATORES DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO (D)

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

- I. FA paroxística:** reverte espontaneamente ou com intervenção dentro de uma semana.
- II. FA persistente:** não se reverte espontaneamente, duração maior do que uma semana.
- III. FA persistente de longa duração:** maior do que 12 meses.
- IV. FA ablacionada com sucesso:** livre de FA após ablação percutânea ou cirurgia para tratamento de FA.
- V. 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. Sempre devemos pesar o risco tromboembólico versus o risco de sangramento do paciente antes de iniciar a anticoagulação. Para isso, diversas formas de avaliação de risco de sangramento estão disponíveis. A mais utilizada na prática é o escore HAS-BLED, lembrando que este escore não contraindica o início da anticoagulação, mas deve ser levado em conta para a definição terapêutica.

5. ESCORE DE RISCO

• Calcular escore CHA₂DS₂VASc (c)

Pacientes com escore ≥ 2 pontos, deverão permanecer indefinidamente com anticoagulação, varfarina ou NOACs.

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

Calcular escore HAS- BLED

Pacientes com escore > 3 pontos indica maior risco de hemorragia pelo ACO, porém não contraindica anticoagulação.

Hipertensão (PAS > 160mmHg)	1
Alteração da função renal ou hepática	1 ou 2
AVC	1
Sangramento prévio ou predisposição a sangramentos	1
Labilidade de RNI	1
Idade avançada (> 65 anos)	1
Uso de álcool (> 8 drinks por semana) ou medicamentos que predispoem à sangramentos	1 ou 2

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

ELÉTRICA	100J, sincronizado, com paciente sedado e analgesiado
QUÍMICA	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.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA CONTROLE DE FREQUÊNCIA CARDÍACA

Beta-bloqueadores	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
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	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
Amiodarona	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.
Digital	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.
Sulfato de Magnésio	2g, IV, correr em 15min; efeitos adversos podem incluir "flush" e hipotensão

8. MANEJO SUBSEQUENTE

- **Prevenção de eventos tromboembólicos**
Pacientes candidatos à cardioversão, com FA > 48hs, uma vez descartada a presença de trombo em AE, poderão ser cardiovertidos e permanecerão anticoagulados por 3 semanas.

8. MANEJO SUBSEQUENTE

Os pacientes com fibrilação atrial não valvar (estenose mitral hemodinamicamente significativa e/ou valva protética mecânica), escore CHA2DS2VASc ≥ 2 pontos, deverão permanecer indefinidamente com anticoagulação, varfarina ou NOACs, salvo contraindicações. Considerar sempre o risco de sangramento pelo escore de risco HAS-BLED. Outras alternativas como oclusão do apêndice atrial esquerdo devem ser consideradas. Alinhar com médico assistente.

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 Bibliográficas

[1] 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2023.08.017>

[2] Diretriz Arq. Bras. Cardiol. 106 (4 Suppl 2) • Abr 2016 • <https://doi.org/10.5935/abc.20160055>

[3] Long B, Robertson J, Koyfman A, et al. Emergency medicine considerations in atrial fibrillation. Am J Emerg Med. 2018;36(6):1070-1078

[4] 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;

[5] 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;

[6] 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.

Código Documento: CPTW100.4	Elaborador: Luiz Carlos Paul Guilherme Fenelon	Revisor: Alan Telles Ferri Fernando Gatti Fenando Ramos de Mattos Mauro Dirlando C. Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data da revisão: 14/06/2024	Data de Aprovação: 14/06/2024
---------------------------------------	--	---	---	---	---