	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 1 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª

## 1. Diagnóstico

- História clínica + exame físico.
- Eletrocardiograma.

Fibrilação atrial (FA) é caracterizada pela ausência de atividade elétrica, contrátil, rítmica e sincronizada dos átrios. Já no “Flutter” atrial (FLA) observa-se a presença de atividade elétrica, rítmica, contrátil e sincronizada dos átrios, com a frequência atrial situando entre 250 a 350 bpm.


## 2. Fatores precipitantes

- Presença de cardiopatia estrutural.
- HAS, DM, SAHOS, Obesidade, uso de bebidas alcoólicas, tireopatias, distúrbios hidroeletrólíticos.
- Aumento atrial e o envelhecimento.
- Elevação de risco de fenômeno tromboembólico.

## 3. Classificação

- Paroxística: revertida espontaneamente ou com intervenção médica em até 7 dias de seu início.
- Persistente: Duração superior a 7 dias.
- Permanente: casos em que as tentativas de reversão ao ritmo sinusal não serão mais instituídas.

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro  Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 2 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª

#### 4. Tratamento


- Controle de ritmo (CR) ou controle da Frequência Cardíaca (CFC) com FC média alvo <100bpm.
- Prevenção de fenômenos tromboembólicos.

#### 5. Tratamento na sala de emergência

##### 5.1 Controle de Ritmo (CR) ou controle da frequência cardíaca (CFC)

- Sinais de instabilidade hemodinâmica: Cardioversão elétrica (CVE) sincronizada, sob sedação.
- Ausência de sinais de instabilidade hemodinâmica:
  - Início dos sintomas há <48h: controle da FC ou controle de ritmo preferencialmente.
  - Se presença de sinais ou sintomas de cardiopatia estrutural: Amiodarona com dose de ataque de 150mg, em infusão por 10 minutos, seguindo de manutenção de 1mg/min por 6 horas e 0,5 mg/min por 18 horas e nos próximos dias se necessário; Em caso de recorrência ou não controle, uma nova dose de ataque pode ser tentada até a dose máxima de 2,2gramas/dia; Deslanosídeo C (Cedilanide): auxiliar no controle de FC. A dose sugerida é de 0,8 a 1,6mg por dia IV, fracionada a cada 6 horas, com dose de manutenção de 0,2 a 0,6mg por dia IV, fracionada a cada 12 horas por 3 dias.
  - Sem sinais de cardiopatia estrutural: Controle de FC com Bloqueadores de Canais de Calcio (Diltiazem ou Verapamil) ou Betabloqueadores (Metoprolol e Esmolol como opções injetáveis) – essa última classe de drogas não são recomendadas em portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma e na presença de pré-excitação.

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 3 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª

- Se não houver retorno para ritmo sinusal nas primeiras 24h de sintomas, proceder CR com CVE (sincronizada e sob sedação) ou Cardioversão química (CVQ) com Amiodarona ou Propafenona (450 a 600mg em dose única VO).

- Início dos sintomas incertos ou há >48h:

- Recomenda-se o CFC com Digitálicos (deslanosídeo C ou digoxina) ou Amiodarona nos pacientes com cardiopatia estrutural ou Betabloqueadores ou Bloqueadores dos Canais de Cálcio naqueles sem cardiopatia estrutural.


- O CR nesses paciente não é recomendado pelo alto risco de fenômeno tromboembólico, necessitando de anticoagulação prévia. A exceção se faz nos pacientes com sinais de instabilidade hemodinâmica ou quando se documenta a ausência de trombo endocavitário pelo ecocardiograma transesofágico. O CR deve ser feito preferencialmente através de CVE (devido a baixa taxa de sucesso com a CVQ). Nos pacientes que tiveram um controle adequado da FC, o CR deve ser programado eletivamente, obedecendo o tempo de anticoagulação mínima.

## 5.2 Terapia antitrombótica:

- Utilizar escores de risco para avaliar necessidade de anticoagulação oral.

Os critérios mais estabelecidos são:

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 4 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019

Área: Médica	Versão: 1ª
--------------	------------

<b>Crítérios de risco CHADS<sub>2</sub></b>	<b>Pontuação</b>
<i>Cardiac failure</i> (IC)	1
<i>Hypertension</i> (Hipertensão)	1
<i>Age ≥ 75</i> (idade ≥ 75 anos)	1
<i>Diabetes mellitus</i> (diabetes melito)	1
<i>Stroke or TIA</i> (histórico de AVC ou AIT)	2

*IC: insuficiência cardíaca; AVC: acidente vascular cerebral; AIT: ataque isquêmico transitório.*


Anticoagulação oral para pacientes com CHAD2 ≥2 (alto risco). Para pacientes com Escore de CHADS2 de 0 ou 01 ponto, utilizar o Escore de CHA2DS2-VASC:

<b>CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC</b>	<b>Pontuação</b>
Congestive heart failure/left ventricular dysfunction (ICC/ disfunção ventricular esquerda)	1
Hypertension (hipertensão)	1
Age ≥ 75 yrs (Idade ≥ 75 anos)	2
Diabetes mellitus (diabetes melito)	1
Stroke/transient ischaemic attack/TE (histórico de AVC)	2
Vascular disease (prior myocardial infarction, peripheral artery disease or aortic plaque) (Doença Vascular)	1
Age 65–74 yrs (Idade)	1
Sex category (i.e. female gender) (Sexo feminino)	1

*ICC: insuficiência cardíaca congênita; AVC: acidente vascular cerebral.*

Com Escore de CHA2DS2-VASC de 0 ponto, não há indicação de terapia antitrombótica. O escore de 01 a terapia antitrombótica é opcional, a depender do risco de sangramento do paciente. Já o escore ≥2, a terapia antitrombótica deve ser implementada.

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 5 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª

Portanto, para o CR do paciente com FA/FLA com início há <48h, pode-se realizar a CVE ou CVQ e concomitante, iniciar terapia antitrombótica se necessária. Já o paciente com FA/FLA com início há >48h ou incerto, deve-se iniciar a terapia antitrombótica prévia ao CR pelo risco de formação de trombos intracavitários (mesmo naqueles com escore de CHA2DS2-VASC de 0 ponto), manter por pelo menos 3 semanas; proceder a CVE ou CVQ e manter a terapia antitrombótica por mais 4 semanas após. Após esse período, a manutenção ou não da anticoagulação dependerá dos escores de risco de tromboembolia.

- Avaliação de risco de sangramento:

Risco HAS-BLED	Pontuação
<i>Hypertension</i> (hipertensão)	1
<i>Abnormal renal or liver function</i> (1 point each) (alteração da função renal ou hepática)	1 ou 2
<i>Stroke</i> (AVC)	1
<i>Bleeding</i> (sangramento prévio)	1
<i>Labile INRs</i> (labilidade de RNI)	1
<i>Elderly</i> (e.g. age > 65 years) (idade avançada)	1
<i>Drugs or alcohol</i> (1 point each) (uso de drogas ou álcool)	1 ou 2


AVC: acidente vascular cerebral; RNI: Razão Normalizada Internacional.

A presença de ≥3 pontos, indica alto risco de sangramento, mas não contraindica a terapia antitrombótica (apenas requer um cuidado maior).

- Drogas disponíveis para a terapia antitrombótica:

- Heparina não Fracionada (HNF) endovenosa com manutenção do TTPa de 1,5 a 2,0 vezes ou enoxaparina 01mg/kg subcutânea de 12/12h (ou corrigido para idade: 0,75mg/kg de 12/12h para >75 anos ou 01mg/kg/dia nos portadores de Clearance de Creatinina <30 mg/dl) para pacientes com FA de duração >48 horas e que evoluem com instabilidade hemodinâmica e necessitam de CVE; naqueles que realizaram

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 6 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª


ecocardiograma transesofágico para descartar trombos intracavitários ou como ponte para o início da anticoagulação oral; os mesmos devem ser mantidos com anticoagulação oral por 4 semanas ou a depender dos critérios de CHADS2 / CHA2DS2-VASC.

- Varfarina: com manutenção do RNI entre 2-3.
- Dabigatrana: dose de 150mg 12/12h ou 110mg 12/12h nos pacientes de alto risco de sangramento.
- Rivaroxabana: dose de 20mg 1x/dia ou 15mg 1x/dia nos pacientes com prejuízo na função renal.
- Apixabana: dose de 5mg 12/12h ou 2,5mg nos pacientes com alto risco de sangramento.

## 6. Referências bibliográficas:

1. Pastore CA, Pinho JA, Pinho C, Samesima N, Pereira-Filho HG, Kruse JCL, et al. III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.1):1-23
2. Conduas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP / editores Regina Helena Garcia Martins, Silvana Artioli Schellini. - Botucatu: UNESP, Faculdade de Medicina de Botucatu e Pró-Reitoria de Graduação da UNESP: Cultura Acadêmica, 2014 v. 1. Adulto – v. 2. Pediátrico ISBN 9788565318020 (v. 1) ISBN 9788565318037 (v. 2)

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--

	<b>PROTOCOLO MÉDICO</b>	Página: 7 de 7
	<b>FIBRILAÇÃO ATRIAL E “FLUTTER” ATRIAL</b>	Código: MED.PR-010
		Implantação: 10/2017
		Revisão:
		Validade: 10/2019
Área: Médica		Versão: 1ª

3. Magalhães LP, Figueiredo MJO, Cintra FD, Saad EB, Kuniyishi RR, Teixeira RA, et al. II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2016; 106(4Supl.2):1-22
4. Fotos: internet

**ELABORADO POR:**

---

Dr. Marcos Mitsuo Seki  
Médico Cardiologista  
CRM/SP: 111.952

**APROVADO POR:**

---

Dra. Carmen R. P. R. Amaro  
Diretora Clínica / Médica  
CRM/SP: 45325

---

Dr. Juan Carlos Llanos  
Diretor Técnico / Médico  
CRM/SP: 90410

<b>ELABORADO POR:</b> Dr. Marcos Mitsuo Seki	<b>APROVADO POR:</b> Dra. Carmen R. P. R. Amaro Dr. Juan Carlos Llanos
---	--