



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 1/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS .....	2
2. OBJETIVOS.....	3
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO .....	3
4. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO .....	6
5. CONTROLE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR.....	9
6. FLUXOGRAMAS .....	11
7. MONITORAMENTO.....	13
8. REFERÊNCIAS .....	14
9. HISTÓRICO DE REVISÃO .....	16

CÓPIA CONTROLADA

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 2/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## 1. SIGLAS E CONCEITOS

### 1.1 SIGLAS

AA: Antiarrítmicos;

AAS: ácido acetilsalicílico;

AOS: Apneia Obstrutiva do Sono;

AVE: Acidente Vascular Encefálico;

AVK: Antagonistas da Vitamina K;

BB: Betabloqueadores;

Cr: Creatinina

DOAC: Anticoagulantes orais de ação direta;

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;

EAP: Edema Agudo de Pulmão

ECG: Eletrocardiograma;

ECO TE: Ecocardiografia Transesofágica;

ECO TT: Ecocardiograma Transtorácico;

FA: Fibrilação Atrial

FEVE: Fração de ejeção ventricular reduzida

FV: Fibrilação Ventricular

HULW: Hospital Universitário Lauro Wanderley

ICFEi: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Intermediária

ICFEp: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada

ICFER: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida

PAS: Pressão Arterial Sistólica

IC: Insuficiência Cardíaca

ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva

NC: Nível de Consciência

SCA: Síndrome Coronariana Aguda



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 3/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024

TV: Taquicardia Ventricular

UCM: Unidade de Clínica Médica

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 4/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## 1.1 CONCEITOS

A fibrilação atrial ocorre em 1-2% da população, sua prevalência aumenta com a idade. É a arritmia sustentada mais comum na prática clínica. Aproximadamente 20% dos acidentes vasculares cerebrais são relacionados a FA (cardioembólico). A FA está associada ao aumento do risco de AVC, insuficiência cardíaca e mortalidade total, além de hospitalizações e eventos tromboembólicos. (1)

Existem fatores de risco associados ao surgimento da FA tais como: idade avançada, diabetes, hipertensão, valvopatias. (1,2)

Qualquer doença cardíaca pode levar ao remodelamento dos átrios, a partir da proliferação e diferenciação de fibroblastos, aumentando a fibrose atrial. Esse remodelamento leva a uma desorganização elétrica atrial, inibindo o nó sinusal e formando circuitos de reentrada intra-atriais e resultando em uma perda da capacidade de contração atrial. (1,2)

Desta forma ao eletrocardiograma haverá substituição das ondas P por um tremor da linha de base com forma e amplitude variável, acompanhada de frequência ventricular rápida e variável, devido a chegada irregular de estímulos atriais ao nó atrioventricular. (1)

É comum coexistência de flutter atrial ou taquicardia atrial, por doença miocárdica atrial facilitando a ocorrência de outras arritmias. (1)

O diagnóstico eletrocardiográfico:

- FA: ritmo irregular sem presença de onda P, somente ondas f que se mostram como irregularidades da linha de base, às vezes tão pequenas não podendo serem visualizadas, com frequência entre 350-600bpm. (1,2)

Existem várias classificações para fibrilação atrial, sendo a mais usual.

-FA paroxística: episódio com término espontâneo em geral até 48h, mas que reverte com ou sem intervenção obrigatoriamente até sete dias;

-FA persistente: duração maior que sete dias e em geral requer cardioversão elétrica para reversão. Pode ser de curta ou longa duração (maior que um ano).

-FA permanente: quando não há mais a proposta de reversão para ritmo sinusal. (1,2)



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 5/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023 Versão: 1	Próxima revisão: 24/11/2024

Desta forma a FA é considerada um importante problema de saúde pública, com grandes implicações econômicas e na morbimortalidade da população. Seu conhecimento, detecção e adequado manejo tornam-se de suma importância na prática clínica.

### 3. OBJETIVOS

- Identificar ativamente pacientes com FA aguda, paroxística ou persistente, portadores ou não de cardiopatia estrutural, internados na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW);
- Indicar de forma precoce as opções terapêuticas mais usadas atualmente, baseadas, sobretudo, nas Diretrizes Brasileira e Europeia de FA;
- Enfatizar ao paciente sobre a adoção de estratégias não medicamentosas como parte do plano terapêutico para FA, como cessação de tabagismo e modificações de estilo de vida (perda de peso e prática de exercícios físicos);
- Orientar ao paciente quanto à importância da adesão terapêutica;

### 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

#### 4.1 Critérios de inclusão

Pacientes com diagnóstico de FA que estejam em vigência de internação no Setor de Clínica Médica do HULW, mesmo que o diagnóstico seja prévio ao internamento.

4.2 Critérios de exclusão Serão excluídos deste Protocolo: pacientes que não apresentem critérios de internação ou que se recusem ao tratamento preconizado

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 6/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

**TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO****4.1 Tratamento farmacológico:****4.1.1 Anticoagulação na FA**

O risco de acidente vascular cerebral isquêmico em pacientes com fibrilação atrial aumenta em 3-5 vezes, sendo esta arritmia encontrada em até 30% dos pacientes internados com acidente vascular cerebral isquêmico.

Anticoagulação com antagonista de vitamina K reduz o risco de acidente vascular cerebral em 64% e a mortalidade em 26%. Apesar disso, até 40% a 50% dos pacientes com FA não estão recebendo anticoagulação.

Todos os pacientes com FA devem ser avaliados quanto à necessidade de receber anticoagulação oral. A decisão de iniciar anticoagulação para prevenção de AVC requer uma análise entre a redução de acidente vascular cerebral isquêmico contra o risco de sangramento intracraniano e qualidade de vida associada. Estima-se que a incidência anual de AVC em pacientes com FA é de aproximadamente 4.1%-4.5%. Sabe-se também que sangramento maior representa 6% das causas de morte em pacientes com FA sob anticoagulação.

Por isso, foram desenvolvidos escores clínicos com o intuito de auxiliar a estimativa de risco de acidente vascular cerebral e embolia sistêmica, visando determinar se esse risco é alto o suficiente para justificar os riscos hemorrágicos associados à terapia anticoagulante. Dentre os vários estratificadores de risco de AVC em pacientes com FA o mais utilizado é o escore CHA2DS2-VASc. Importante mencionar ainda que algumas populações, como portadores de CMH, estenose mitral significativa, amiloidose carregam um risco maior de eventos embólicos, tendo na presença de FA, indicação de anticoagulação, independente do CHA2DS2-VASc.

Nos casos de de FA não valvar, anticoagulação é recomendada em pacientes com CHA2DS2-VASc  $\geq 2$  em homens ou  $\geq 3$  em mulheres (risco estimado  $>2.2\%$  ao ano) e deve ser considerada naqueles com CHA2DS2 -VASc de 1 em homens ou 2 em mulheres (risco estimado  $\geq 1.3\%$  ao ano). Nos pacientes elegíveis à anticoagulação, os DOAC têm sido preferidos em relação aos AVK, exceto na presença de prótese mecânica e estenose mitral reumática moderada a grave, em que o anticoagulante deve ser o antagonista da vitamina K, cujo principal representante é o warfarin.

Aspirina e outros anti-terapias plaquetárias por si só não fornecem proteção contra acidente vascular cerebral em pacientes com fibrilação atrial e por isso não devem ser utilizados com esta finalidade.

A estimativa do risco de sangramento também deve constituir parte rotineira do manejo de pacientes com FA. Para isso existem vários escores, sendo o mais recomendado o HAS-BLED cuja maior utilidade é identificar fatores potencialmente corrigíveis. Um escore alto



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 7/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

( $\geq 3$ ) não contraindica o uso de anticoagulantes, apenas exige vigilância mais rigorosa.

O acompanhamento dos pacientes com FA que iniciam anticoagulação requer vigilância contínua com o objetivo de prevenir e identificar complicações que podem surgir com o início da terapia. No caso de pacientes idosos, com disfunção renal, bem como naqueles que apresentam fatores de risco para sangramento (ex.: comorbidades, uso de outros antitrombóticos) o seguimento precisa ser mais rigoroso, com necessidade de consultas mais frequentes. Além disso, pelo caráter dinâmico dos fatores de risco de embolia e sangramento, estes precisam ser sempre reavaliados a cada consulta.

	AVK	RIVAROXABA N	APIXABA N	EDOXABA N	DABIGATRA N
DOSE USUAL	5 mg 1 x ao dia	20 mg 1 x ao dia	5 mg 2 x ao dia	60 mg 1 x ao dia	150 mg 2 x ao dia
DOSE AJUSTADA	2,5 mg (Idosos e na presença de disfunção renal).	15 mg 1 ao dia (Cl cr:3-50 ml/min)	2,5 mg 2 x ao dia (Cl cr: 15-29 ml/min ou se 2 desses critérios presentes: peso $\leq$ 60 kg, idade $\geq$ 80 anos, cr $>$ 1,5)	30 mg 1 x ao dia (peso $\leq$ 60 kg ou Cl cr: 15-29 ml/min)	110 mg 2 x ao dia ( $\geq$ 80 anos, uso concomitante de verapamil), risco aumentado de sangramento.
PARTICULARIDADES	Dose guiada pelo valor de INR, que deve ficar entre 2-3. Requer controle laboratorial frequente, além de <b>orientações sobre interação com</b>	Deve ser dado junto com o alimento. Não pode ser usado em Child B ou C.	De escolha nos $>$ 75 anos e na disfunção renal		Deve ser evitado naqueles com disfunção renal e com antecedente de sangramento gastrointestinal.

alimento  
s.

Tabela 1: Anticoagulantes orais: doses e recomendações de ajuste

C	IC descompensada recente (independente da FE) ou presença (mesmo que assintomática) de disfunção sistólica moderada-importante de VE.	1
H	Hipertensão arterial sistêmica	1
A	Idade $\geq 75$ anos	2
D	Diabetes mellitus	1
S	Antecedente de AVC, AIT ou embolia sistêmica	2
V	Doença vascular (IAM, doença arterial periférica, DAC angiograficamente significativa, placa complexa de aorta descendente).	1
A	Idade 65–74 years	1
S	Sexo feminino	1

Tabela 2: CHA2DS2-VASc

H	Hipertensão (PAS > 160 mmHg)	1
A	Alteração da função renal ou hepática- 1 ponto cada (Diálise, transplante, Cr >2,2 mg/dL, cirrose, bilirrubina > 2 x o VR AST/ALT/FA >3 x o VR).	1 ou 2
S	AVC (Antecedente de AVC isquêmico ou hemorrágico)	1
B	Sangramento prévio (Antecedente de sangramento maior, anemia ou plaquetopenia severa).	1
L	Labilidade de INR (TTR <60%)	1
E	Idade avançada (>65 anos ou extrema fragilidade)	1
D	Drogas ou álcool- 1 ponto cada (uso concomitante de antiplaquetários, AINE, >14 doses de álcool/semana).	1 ou 2

Tabela 3: HAS-BLED

• •

Figura 1: Algoritmo para guiar conduta de anticoagulação

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 9/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

#### 4.1.2 Controle da frequência

O controle da frequência cardíaca (FC) é uma estratégia eficaz na redução dos sintomas. Sugere-se controle brando da FC (meta de FC < 110 bpm) como abordagem inicial. Caso paciente mantenha-se com sintomas ou tenha piora da função do ventrículo esquerdo (VE), sugere-se controle mais rigoroso da FC (meta de FC < 80 bpm em repouso e < 110 bpm durante esforço). Importante que a avaliação da FC alvo seja realizada através de holter de 24 horas. A medicação para controle da FC deve ser individualizada e de acordo com as comorbidades do paciente e potenciais efeitos colaterais da medicação.

Medicações como betabloqueadores, diltiazem, verapamil e digoxina são indicadas para esta estratégia de forma isolada ou em combinações. Os betabloqueadores são medicações geralmente utilizadas como primeira opção, salvo contra-indicações. Os bloqueadores de canais de cálcio não dihidropiridínicos (verapamil e diltiazem) também são opções adequadas para controle da FC. Outra opção, atualmente menos utilizada, é a digoxina, que pode ser utilizada em casos selecionados.

Pacientes sem comorbidades, hipertensos ou portadores de insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP) devem ter como primeira opção para controle da FC o uso de betabloqueadores ou bloqueadores de canais de cálcio dihidropiridínico, caso não atinja a meta de FC abaixo de 110 bpm, usar as duas classes em associação. Paciente com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER) devem ter como primeira linha de tratamento os betabloqueadores, caso não atinja a FC alvo, deve-se associar a digoxina como medicação de segunda linha. Já em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os bloqueadores de canais de cálcio são considerados primeira opção para o controle de FC e digoxina como medicação de segunda linha caso a meta alvo de FC não tenha sido atingida.

MEDICAÇÃO	ADMINISTRAÇÃO INTRAVENOSA	DOSE ORAL HABITUAL DE MANUTENÇÃO
Tartarato de Metoprolol	Bolus intravenoso 2,5 – 5mg; até 4 doses	25 – 100 mg duas vezes ao dia
Succinato de Metoprolol	-	50 a 200 mg uma vez por dia
Bisoprolol	-	1,25 mg a 20mg uma vez ao dia
Atenolol	-	25 a 100 mg uma vez ao dia
Carvedilol	-	3,125 mg – 50 mg duas vezes ao dia
Verapamil	2,5 – 10mg intravenoso durante 5 minutos	40 mg duas vezes ao dia até 480 mg (liberação prolongada) uma vez por

		dia
Diltiazem	Bolus intravenoso de 0,25mg/Kg durante 5 min, depois 5-15 mg/h	60 mg três vezes ao dia 360 mg (liberação prolongada) uma vez ao dia
Digoxina	Bolus 0,5 mg (até 3 doses divididas em 24 hs)	0,0625 – 0,25 mg uma vez ao dia

#### 4.1.3 Estratégia de controle de ritmo

Define-se como controle de ritmo a tentativa de reverter e manter o ritmo do paciente em sinusal. Em pacientes com instabilidade hemodinâmica, a cardioversão elétrica (CVE) sincronizada deve ser realizada de forma emergencial e checar a anticoagulação do paciente assim que possível. Esta deve ser mantida por pelo menos 4 semanas nos pacientes CHADS-VASC 0 em homens e menor ou igual a 1 em mulheres. Nos pacientes com maior risco de evento cardioembólico (homens com CHADSVACS maior ou igual a 1 e mulheres com CHADSVASC maior ou igual a 2) deve-se manter anticoagulação conforme orientado na seção 4.1.1. Já em pacientes estáveis, deve-se primeiramente checar a anticoagulação prévia do paciente. Naqueles pacientes que já estão em uso de anticoagulante oral por pelo menos 3 semanas pode-se programar a cardioversão, que pode ser farmacológica ou elétrica. No caso dos pacientes estáveis que ainda não estão em uso anticoagulante, deve-se iniciá-lo o mais rápido possível (conforme seção 4.1.1) e programar a cardioversão conforme o tempo de início da FA. Caso o episódio novo de FA tenha menos de 48 horas de duração, paciente não tenha histórico prévio de evento tromboembólico e tenha CHADS-VASC menor igual a 1 em homens ou menor igual a 2 em mulheres, pode-se programar a cardioversão farmacológica ou elétrica. Já nos pacientes com mais de 48 horas de duração da FA, deve-se, preferencialmente, realizar ecocardiograma transesofágico (ECO-TE) para excluir a possibilidade de trombo em átrio esquerdo antes da cardioversão. Entretanto, naqueles pacientes com mais de 48 horas de FA e em uso de anticoagulante por mais de 3 semanas, pode-se realizar cardioversão na impossibilidade de realização de ECO-TE. Também está recomendada a realização de ECO-TE antes da cardioversão, independente do tempo de duração da FA, para os pacientes com CHADS-VASC maior e igual a 2 em homens ou maior igual a 3 em mulheres, naqueles que já tiveram evento cardioembólico prévio, que possuem valva mecânica ou que possuam estenose mitral moderada ou importante.

A cardioversão elétrica programada deve ser realizada preferencialmente com equipe multidisciplinar: cardiologista clínico, anestesiológico, ecocardiografista e equipe de enfermagem no setor de Hemodinâmica. O paciente deve ser sedado com midazolam, propofol ou etomidato, além de estar monitorizado de forma contínua (PA, oximetria e traçado eletrocardiográfico)

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 – Página 11/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

Deve ser verificada toda estrutura para atendimento de intercorrências no setor, com carrinho de parada cardiorrespiratória completo. É preferível a utilização de desfibriladores bifásicos e posicionamento antero-posterior das pás.

A cardioversão farmacológica é indicada em pacientes estáveis, outra opção neste cenário é “esperar e observar” por até 24 horas a reversão espontânea, que acontece em até 76-83% dos pacientes com FA recente. A propafenona deve ser utilizada como medicação de escolha nos pacientes sem doença cardíaca estrutural, já nos pacientes que possuem doença cardíaca estrutural é preferível o uso da amiodarona. Ao programar cardioversão elétrica eletiva, deve-se considerar pré-tratamento com propafenona ou amiodarona, com o objetivo de aumentar a chance de sucesso.

MEDICAÇÃO	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE DE CARDIOVERSÃO
Propafenona	VO	450 – 600 mg
Amiodarona	EV	5-7 mg/Kg durante 1-2 hs

42. doi: 10.1016/j.echo.2015.09.011. PMID: 26765302.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 – Página 12/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## 5. CONTROLE DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

O componente “C” da via ABC envolve identificação e manejo de doenças concomitantes, fatores de risco cardiometabólicos e mudança de estilo de vida.

- Obesidade: quanto maior o IMC, mais risco de FA; Redução intensa do peso está associada a menor recorrência de FA; Ablação por cateter deve ser oferecida a pacientes obesos associado à modificação do estilo de vida.

- Uso de Álcool e cafeína: o excesso de álcool é um fator de risco de sangramentos em pacientes anticoagulados, tromboembolismo e morte; Por outro lado, é improvável que o consumo de cafeína cause ou contribua para FA. O consumo habitual de cafeína pode estar associado com menor risco de FA, mas a ingestão excessiva de cafeína pode aumentar sintomas de palpitação.

- Atividade física: encorajar a prática da atividade física moderada para redução de incidência e recorrência de FA. A prática de esportes de resistência excessiva (maratonas) podem aumentar risco de FA e devem ser evitados especialmente se > 50 anos.

- Hipertensão Arterial: Fator mais comum relacionado ao desenvolvimento de FA. Pacientes com hipertensão têm uma taxa 1,7 vezes maior de risco de desenvolver FA em comparação com normotensos. Em pacientes com FA, o objetivo é alcançar níveis de PA  $\leq 130/80$  mmHg para reduzir resultados adversos. Sotalol não deve ser utilizado na presença de HVE hipertensiva ou insuficiência renal, devido ao risco pró-arritmico. Melhores evidências com uso de IECA ou BRA para reduzir a progressão da arritmia.

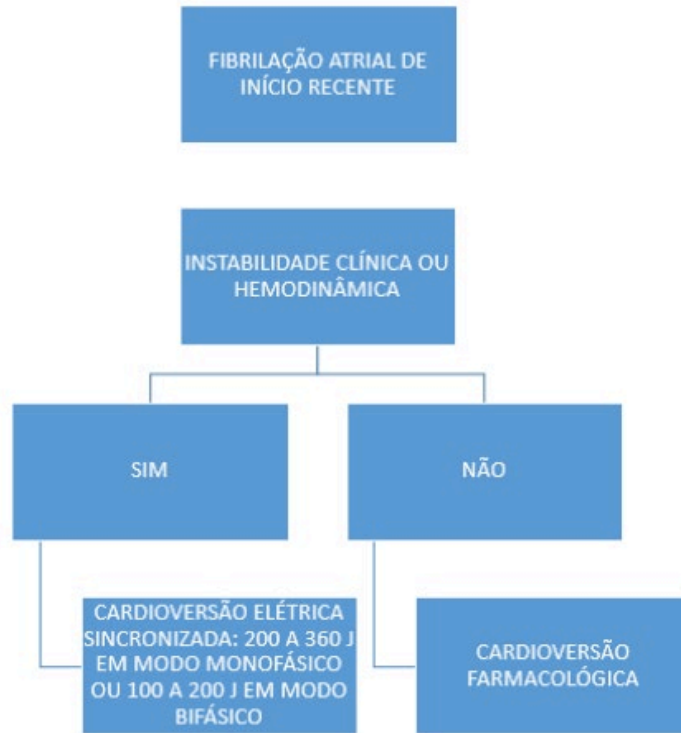
- Diabetes Mellitus: Fator de risco independente para FA. Risco pelo menos 2 vezes maior do que na população em geral. O controle glicêmico intensivo não afeta a taxa de novos episódios de FA, mas a Metformina e Pioglitazona podem levar ao menor risco da arritmia a longo prazo em diabéticos. Atualmente não há evidências que os agonistas do GLP-1, inibidores do SGLT-2 e os inibidores da DPP-4 afetam o desenvolvimento de FA. Metanálises não mostraram interação significativa entre diabetes mellitus e efeitos dos NOAC em pacientes com FA, mas mortalidade cardiovascular foi menor em pacientes com diabetes tratados com NOACs do que com varfarina. Apixabana está relacionada a menor taxa de complicações hemorrágicas nos pacientes com FA e diabéticos em comparação aos com FA sem diabetes. Controle glicêmico otimizado 12 meses antes da ablação por cateter foi associado a menor recorrência de FA após ablação.

- Apneia do sono: Em análises prospectivas, aproximadamente 50% dos paciente com FA tem apneia do sono comparado a 32% dos controles. A hipoxemia/hipercapnia noturna intermitente levam a desequilíbrio simpatovagal, inflamação e ativação neuro-humoral. Investigar presença de Apneia do sono antes de instituir terapia de reversão do ritmo é recomendado para prever recorrências de FA. A terapia com pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) pode melhorar o controle do ritmo na FA.

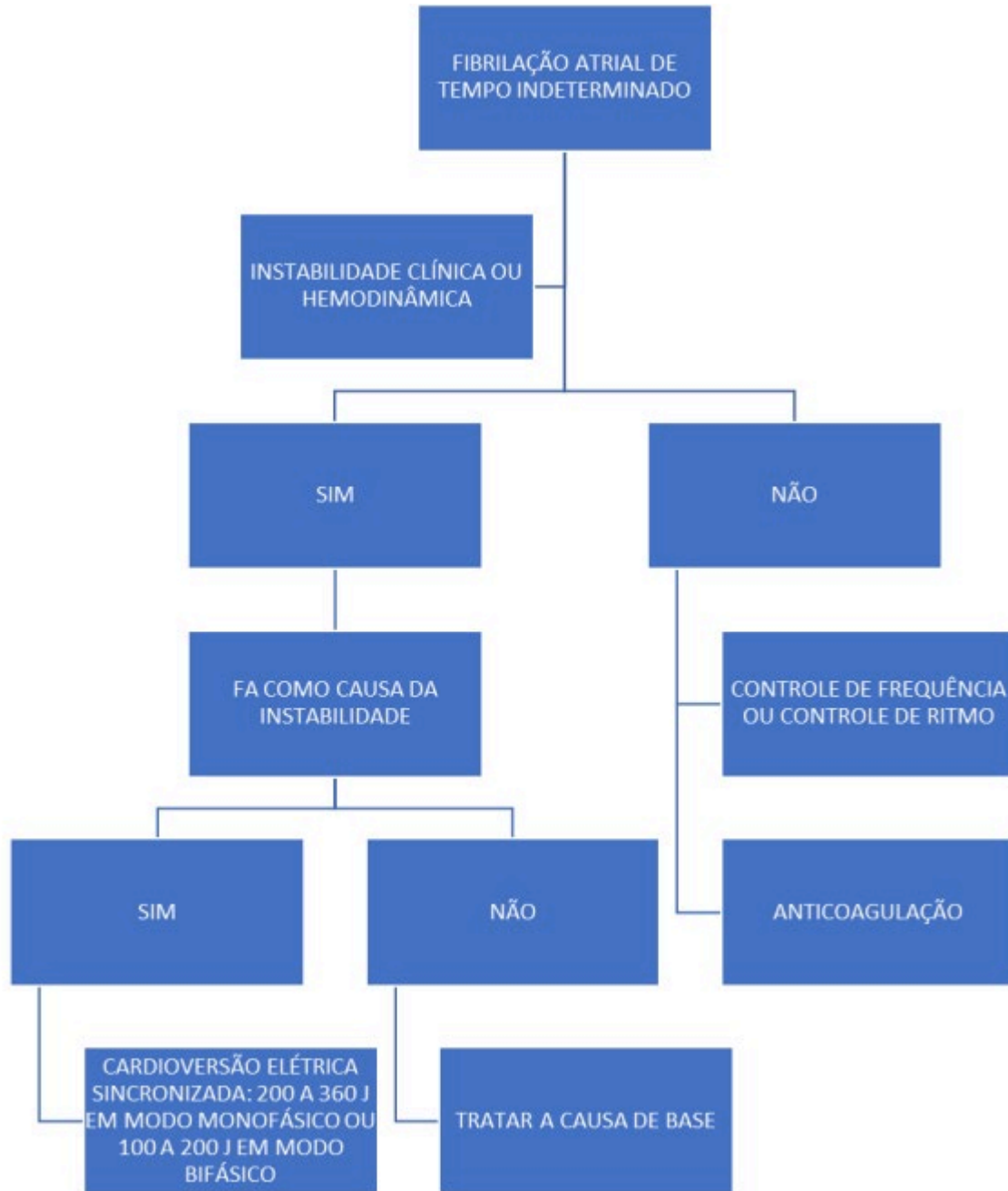


Recomendações	CLASSE	NÍVEL
Identificação e manejo de fatores de risco e doenças concomitantes é recomendado como parte integrante do tratamento em pacientes com fibrilação atrial	I	B
Modificação de estilo de vida pouco saudável é recomendada para reduzir a carga e gravidade dos sintomas	I	B
O rastreio de FA é recomendado em pacientes hipertensos	I	B
Recomenda-se atenção ao bom controle da pressão arterial em Pacientes com FA e hipertensão para reduzir recorrências de FA e risco de acidente vascular cerebral e sangramento	I	B
Em pacientes obesos, a perda de peso associada ao manejo de outros fatores de risco deve ser considerada para reduzir a incidência, progressão, recorrência e sintomas de FA	Ila	B
Aconselhamento e manejo para evitar o excesso de álcool devem ser considerados para a prevenção da FA e em Pacientes com FA considerados para anticoagulação	Iia	B
A atividade física deve ser considerada para ajudar prevenir a incidência ou recorrência de FA, com exceção de exercícios de resistência excessivos, que podem promover FA	Ila	C
O rastreio da FA deve ser considerado em pacientes com apneia do sono	Ila	C
O manejo otimizado da apneia do sono pode ser considerado para reduzir a incidência, progressão, recorrência e sintomas de FA.	Iib	C

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 14/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

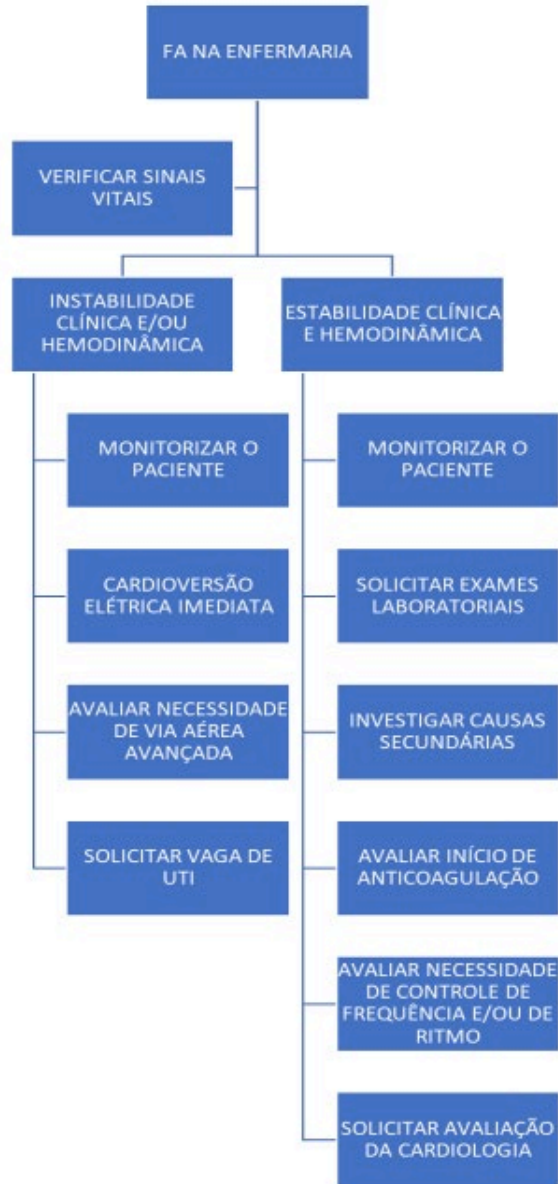


FLUXOGRAMA 1: FA DE INÍCIO RECENTE



FLUXOGRAMA 2: FA DE INÍCIO INDETERMINADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY



FLUXOGRAMA 3: FA NA ENFERMARIA



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 15/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

SUS



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 17/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## 7.MONITORAMENTO

Aplicar os seguintes indicadores de qualidade, através do levantamento trimestral no AGHUX (censo de pacientes)

- 1- Taxa de PCR (parada cardiorrespiratória) hospitalar: número de pacientes que evoluíram para PCR durante o internamento nos últimos 90 dias/ número de pacientes admitidos nos últimos 90 dias x 100.
- 2- Taxa de transferências inesperadas para o CTI: número de pacientes que foram transferidos inesperadamente para o CTI provenientes das unidades de internação após alteração do score de MEWS nos últimos 90 dias/número de paciente admitidos nos últimos 90 dias x 100.
- 3- Tempo médio de resposta da equipe médica no código laranja (fluxograma 2):= (hora de chegada - hora de recepção de chamada / número de atendimentos no código laranja.
- 4- Taxa de avaliação da escala de deterioração: número de pacientes colocada na escala de deterioração nos últimos 90 dias / No de paciente com escala de deterioração não aferidos nos últimos 90 dias x 100.

Obs 1: Exclui-se desse cálculo os pacientes em cuidados paliativos ou fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Obs 2: Considera-se como um indicador positivo de qualidade da resposta de avaliação clínica

INDICADOR	OBJETIVO
Número de pacientes – dia no período / número de saídas no período	Monitorar duração da hospitalização dos pacientes diagnosticados com FA



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 18/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

## 8. REFERÊNCIAS

1. Barra S, Providência R. Anticoagulation in atrial fibrillation. *Heart* 2021;107:419-427.
2. Dan GA, Martinez-Rubio A, Agewall S, Boriani G, Borggrefe M, Gaita F, van Gelder I, Gorenek B, Kaski JC, Kjeldsen K, Lip GYH, Merkely B, Okumura K, Piccini JP, Potpara T, Poulsen BK, Saba M, Savelieva I, Tamargo JL, Wolpert C; ESC Scientific Document Group. Antiarrhythmic drugs-clinical use and clinical decision making: a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Working Group on Cardiovascular Pharmacology, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRs) and International Society of Cardiovascular Pharmacotherapy (ISCP). *Europace*. 2018 May 1;20(5):731-732a. doi: 10.1093/europace/eux373. Erratum in: *Europace*. 2018 May 1;20(5):738. PMID: 29438514
3. Furniss SS, Sneyd JR. Safe sedation in modern cardiological practice. *Heart*. 2015 Oct;101(19):1526-30. doi: 10.1136/heartjnl-2015-307656. Epub 2015 Jun 17. PMID: 26085525
4. Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C, Boriani G, Castella M, Dan GA, Dilaveris PE, Fauchier L, Filippatos G, Kalman JM, La Meir M, Lane DA, Lebeau JP, Lettino M, Lip GYH, Pinto FJ, Thomas GN, Valgimigli M, Van Gelder IC, Van Putte BP, Watkins CL; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612. Erratum in: *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):507. Erratum in: *Eur Heart J*. 2021 Feb 1;42(5):546-547. Erratum in: *Eur Heart J*. 2021 Oct 21;42(40):4194. PMID: 32860505.
5. Jason G Andrade, Martin Aguilar, Clare Atzema, et al. *The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation*. *Can J Cardiol*. 2020 Dec;36(12):1847-1948.
6. Kirchhof P, Mönnig G, Wasmer K, Heinecke A, Breithardt G, Eckardt L, Böcker D. A trial of self-adhesive patch electrodes and hand-held paddle electrodes for external cardioversion of atrial fibrillation (MOBIPAPA). *Eur Heart J*. 2005 Jul;26(13):1292-7. doi: 10.1093/eurheartj/ehi160. Epub 2005 Feb 25. PMID: 15734772
7. Michaud GF, Stevenson WG. Atrial Fibrillation. *N Engl J Med*. 2021 Jan 28;384(4):353-361. doi: 10.1056/NEJMcp2023658. PMID: 33503344.
8. Steffel J, Collins R, Antz M, Cornu P, Desteghe L, Haesler KG, Oldgren J, Reinecke H, Roldan-Schilling V, Rowell N, Sinnaeve P, Vanassche T, Potpara T, Camm AJ, Heidbüchel H; External reviewers. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation. *Europace*. 2021 Oct 9;23(10):1612-1676. doi: 10.1093/europace/euab065. Erratum in: *Europace*. 2021 Jun 28;: PMID: 33895845.
9. Rich, M.W. (2023), Anticoagulation for atrial fibrillation: Time to revise the paradigm?. *J Am Geriatr Soc*, 71: 365-367. <https://doi.org/10.1111/jgs.18159>

10.Saric M, Armour AC, Arnaout MS, Chaudhry FA, Grimm RA, Kronzon I, Landeck BF, Maganti K, Michelena HI, Tolstrup K. Guidelines for the Use of Echocardiography in the Evaluation of a Cardiac Source of Embolism. *J Am Soc Echocardiogr.* 2016 Jan;29(1):1-Estratégia de controle de frequência cardíaca

11.Ulimoen SR, Enger S, Carlson J, Platonov PG, Pripp AH, Abdelnoor M, Arnesen H, Gjesdal K, Tveit A. Comparison of four single-drug regimens on ventricular rate and arrhythmia-related symptoms in patients with permanent atrial fibrillation. *Am J Cardiol.* 2013 Jan 15;111(2):225-30. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.09.020. Epub 2012 Oct 27. PMID: 23111138.

12.Van Gelder IC, Rienstra M, Crijns HJ, Olshansky B. Rate control in atrial fibrillation. *Lancet.* 2016 Aug 20;388(10046):818-28. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31258-2. PMID: 27560277.



Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRT.UCM.003 - Página 19/19	
Título do Documento	FIBRILAÇÃO ATRIAL	Emissão: 24/11/2023	Próxima revisão: 24/11/2024
		Versão: 1	

### 9. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	24/11/2023	Elaboração do documento Protocolo Conduta na Fibrilação Atrial

<p><b>Elaboração</b></p> <p>Gabriela Tavares de Oliveira Gustavo Medeiros Silveira Isabelle Adjanine Borges de Lima Luciana Xavier Nunes de Farias Marcus Vinicius Dantas da Nóbrega Romulo Leal Almeida</p>	Data:24/11/2023
<p><b>Revisão</b></p> <p>Fabyan Esberard de Lima Beltrão</p>	Data:
<p><b>Validação</b></p> <p>Viviane Cristina Vieira da Silva</p> <p>Unidade de Gestão da Saúde e Segurança do Paciente</p> <p>Documento assinado digitalmente</p> <p> VIVIANE CRISTINA VIEIRA DA SILVA Data: 02/01/2023 17:32:29-0300 Verifique em <a href="https://verificador.iti.br">https://verificador.iti.br</a></p>	Data:
<p><b>Aprovação</b></p> <p><b>PABLO ANTONIO VIDAL:01520979452</b></p> <p>Assinado de forma digital por PABLO ANTONIO VIDAL:01520979452 Dados: 2023.01.11 10:44:26 -03'00'</p>	Data: __/__/__

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte