

### **Coordenador de Normatizações e Diretrizes da SBC**

Jadelson Pinheiro de Andrade

### **Editor**

Leandro Ioschpe Zimerman

### **Coeditores**

Guilherme Fenelon

Martino Martinelli Filho

### **Coordenadores**

Cesar Grupi, Jacob Atié

### **Participantes**

Adalberto Lorga Filho, André D'Ávila, Ângelo de Paola, Ayrton K. Peres, Dalmo Moreira, Eduardo Saad, Eduardo Sosa, Eduardo

Sternick, Epotamênides Maria Good God, Francisco Darrieux, José Carlos Pachón, Julio Cesar de Oliveira, Luis Beck da Silva, Luiz Magalhães, Marcelo Montera, Marcio Fagundes, Márcio A. Silva, Maurício Scanavacca, Ricardo Alkmin, Sérgio Rassi, Washington Maciel

### **Referência**

Esta diretriz deverá ser citada como: Zimerman LI, Fenelon G, Martinelli Filho M, Grupi C, Atié J, Lorga Filho A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. Arq Bras Cardiol 2009; 92(6 supl.1):1-39

## Definição, classificação, aspectos epidemiológicos e fisiopatologia

A Fibrilação Atrial (FA) é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial.

Ao ECG, a ausência de despolarização atrial organizada reflete-se com a substituição das ondas P, por um tremor de alta frequência da linha de base que varia em sua forma e amplitude.

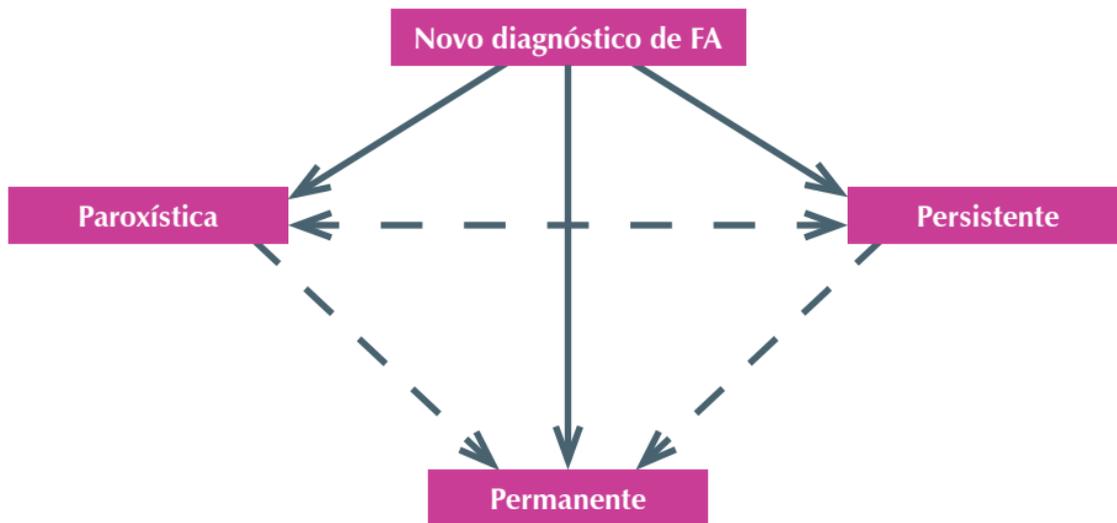
A atual classificação proposta é: inicial, paroxística, persistente e permanente.

Outra classificação de grande importância para a prevenção de tromboembolismo é em relação ao início da arritmia (> ou < 48 horas). Considera-se que em até 48 horas do início de um episódio de FA, o risco de tromboembolismo é significativamente menor do que após 48 horas.

A FA está associada a aumento do risco de acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca e mortalidade total. A taxa de mortalidade é o dobro em relação aos pacientes com ritmo sinusal e está relacionada com a gravidade da cardiopatia.

A prevalência de FA na população geral é 0,4% e 1%, aumentando com a idade. É a arritmia cardíaca sustentada mais comum e, frequentemente, está associada a doenças estruturais cardíacas. A média de idade dos pacientes com FA é de 75 anos.

## Classificação da FA



(Adaptado das diretrizes AHA/ACC/ESC). **Paroxística:** episódios de FA com término espontâneo < 7 dias e frequentemente < 24 horas; **Persistente:** episódios que duram > 7 dias e geralmente necessitam ser revertidos; **Permanente:** episódios onde a cardioversão falhou ou optou-se por não reverter.

# Investigação do paciente com fibrilação atrial

## Manifestações clínicas

- A 1ª apresentação pode ser uma complicação embólica ou exacerbação de insuficiência cardíaca (IC), mas a maioria se queixa de palpitações, dor torácica, dispneia, fadiga, tontura ou síncope

## Investigação clínica

- História clínica e exame físico.
- ECG – o registro da FA é necessário.
- Rx de tórax.
- Funções tireoidiana, renal e hepática, eletrólitos e hemograma.
- Ecocardiograma bidimensional.

## Prevenção de fenômenos tromboembólicos

- A relação entre FA e acidente vascular encefálico (AVE) é bastante conhecida, mesmo em pacientes sem doença cardíaca aparente.
- Dentre os diversos esquemas de avaliação clínica para estratificação de risco de tromboembolismo na FA, destaca-se o CHADS2 (Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke). História de AVE ou ataque isquêmico transitório (AIT) recebem 2 pontos e idade  $\geq 75$  anos, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) ou IC recente recebem 1 ponto cada. Escores mais altos estão relacionados com maiores taxas de ocorrência de AVE. Escores iguais ou maiores que 2 devem receber anticoagulação.

## Etiologias e fatores predisponentes para FA

Categoria de risco	Terapia recomendada
Sem fatores de risco	Aspirina 81 a 325 mg
1 fator de risco moderado	Aspirina 81 a 325 mg ou warfarina (RNI 2,0-3,0)
Qualquer fator de risco elevado ou + de 1 fator de risco moderado	Warfarina [relação normatizada internacional (RNI) 2,0-3,0]

## Fator de risco fraco

- Sexo feminino
- Idade: 65 a 74 anos
- Doença coronariana
- Tireotoxicose

## Fator de risco moderado

- Idade: >75 anos
- Hipertensão arterial
- IC
- FE < 35%
- Diabetes mellitus

## Fator de risco elevado

- Acidente vascular incefálico isquêmico (AVEI) / AIT
- Embolia prévia
- Estenose mitral
- Prótese valvar

### Risco de acidente vascular encefálico isquêmico em pacientes com FA não valvar sem anticoagulação (índice - CHADS2)

Critérios	Pontuação
AVEI / AIT prévio	2
Idade > 75 anos	1
Hipertensão arterial	1
Diabetes mellitus	1
IC	1

Pacientes (n = 1733)	Taxa ajustada de AVEI (% anos – 95% confidence interval CI)	Score de CHADS2
120	1,9 (1,2 – 3,0)	0
463	1,8 (2,0 – 3,8)	1
523	4,0 (3,1 – 5,1)	2
337	5,9 (4,6 – 7,3)	3
220	8,5 (6,3 – 11,1)	4
65	12,5 (8,2 – 17,5)	5
5	18,2 (10,5 – 27,4)	6

## Recomendações gerais para o uso de terapia antitrombótica na fibrilação atrial

### Terapia antitrombótica

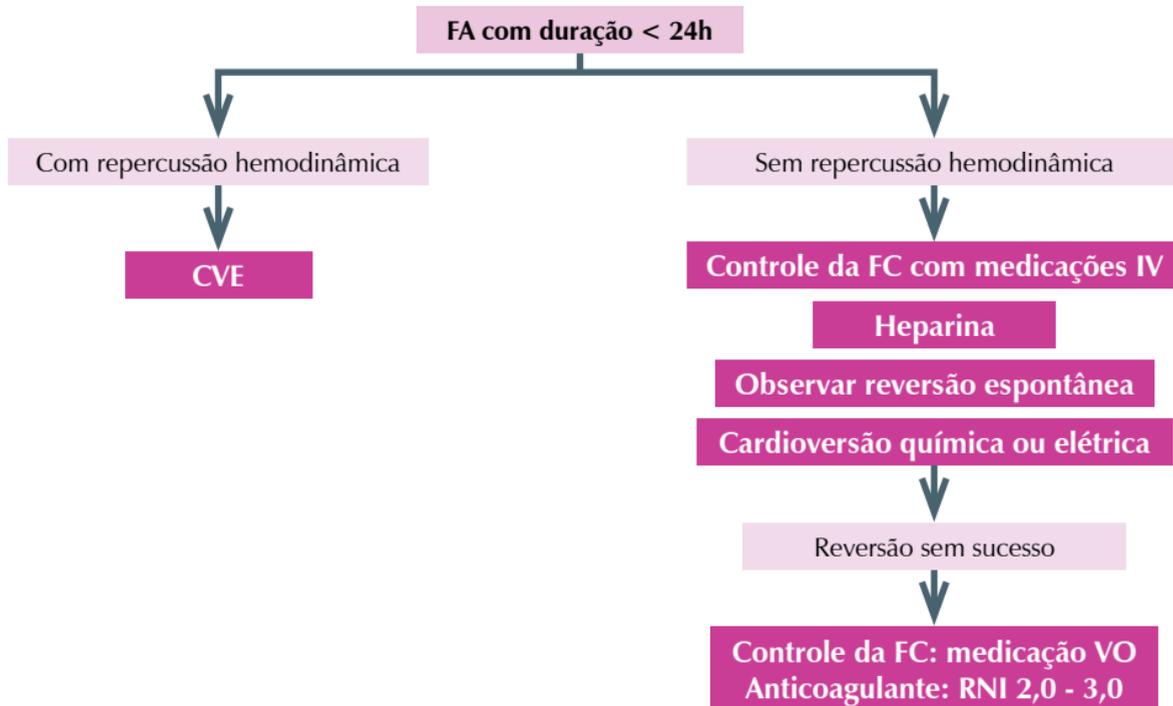
Recomendação	Classe	NE
Anticoagulação (RNI entre 2,0 e 3,0) por tempo indefinido, exceto contra-indicações:		
• Administração de antagonista da vitamina K na prevenção secundária, estenose mitral reumática ou prótese metálica valvar (RNI >2,5)	I	A
• Antagonistas da vitamina K em pacientes $\geq 2$ fatores de risco: idade $\geq 75$ anos, HAS, IC, fração de ejeção do ventrículo esquerdo (VE) $\leq 35\%$ e DM	I	A
• AAS 81 a 325mg como substituto dos antagonistas da vitamina K quando esse está contra-indicado	I	A
• Heparina, preferencialmente heparina de baixo peso molecular (HBPM), usada durante períodos de interrupção da anticoagulação oral como, por exemplo, em razão de procedimentos cirúrgicos de alto risco de hemorragia	I	C
Antagonista da vitamina K ou AAS 81 a 325 mg em pacientes sem valvopatia e com apenas 1 dos fatores de risco: idade $\geq 75$ anos, HAS, IC, disfunção de VE (FE $\leq 35\%$ ) ou DM	IIa	A
Antagonista da vitamina K ou AAS 81 a 325mg, em pacientes sem valvopatia e com 1 ou mais dos seguintes fatores de risco: idade entre 60 e 74 anos, sexo feminino ou doença arterial coronária (DAC)	IIa	B
AAS 81 a 325 mg para pacientes < 60 anos, sem doença cardíaca e sem fator de risco para tromboembolismo	IIb	C
Prevenção primária com anticoagulação prolongada para pacientes < 60 anos, sem doença cardíaca e sem fator de risco para tromboembolismo	III	C

NE: nível de evidência

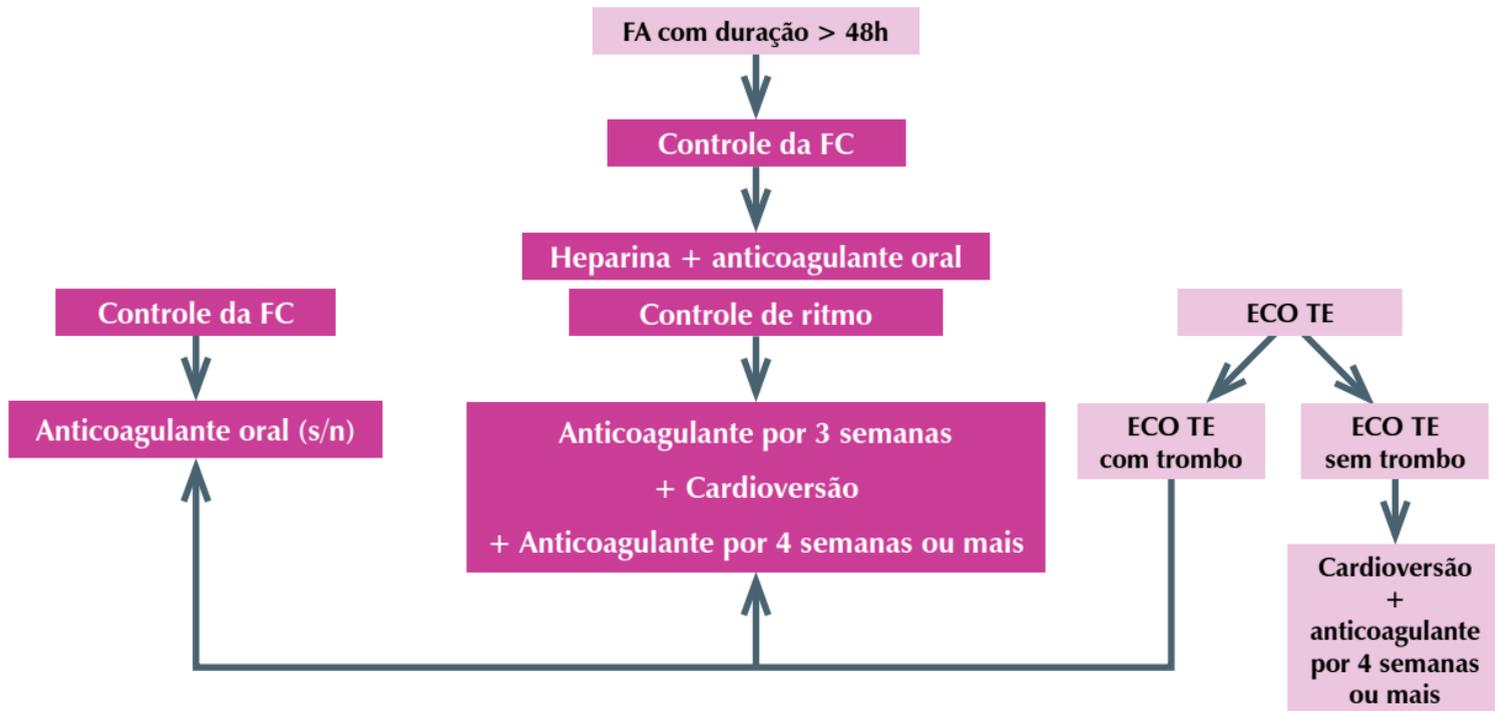
## Prevenção do tromboembolismo em pacientes com FA submetidos à cardioversão elétrica

Recomendação	Classe	NE
Anticoagulação oral (RNI entre 2,0 e 3,0) por 3 semanas antes e 4 semanas após a cardioversão - CV (elétrica ou farmacológica) em todos os pacientes com FA com duração $\geq$ 48 h, ou quando a duração é desconhecida, mesmo pacientes com FA solitária. Pacientes com próteses valvares metálicas deverão manter RNI $>$ 2,5	I	B
Administração de heparina não fracionada (HNF) (a menos que contraindicada) para prolongar o tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) de 1,5 a 2 vezes, na FA com duração $\geq$ 48 horas necessitando CV imediata devido à instabilidade hemodinâmica. A anticoagulação oral (RNI de 2,0 a 3,0) por pelo menos 4 semanas após a CV. Ainda não há dados suficientes para recomendar o uso de HBPM	I	C
Nas primeiras 48 h após o início da FA, a necessidade de anticoagulação antes e após a CV deverá ser baseada no risco de tromboembolismo	IIA	C
Emprego do eletrocardiograma transesofágico (ETE) para a identificação de trombos como alternativa à anticoagulação antes da CV da FA	IIA	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não se identificando trombos, iniciar a administração de HNF para prolongar o TTPA de 1,5 a 2 vezes mantida até que a anticoagulação oral com RNI maior do que 2 tenha sido atingida. Anticoagulação oral (RNI de 2 a 3) por pelo menos 4 semanas após a reversão ao ritmo sinusal</li> </ul>	IIA	B
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ainda não há dados suficientes para recomendar o uso de HBPM</li> </ul>	IIA	C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nos pacientes em que foram identificados trombos pelo ETE, realizar a anticoagulação oral (RNI entre 2 e 3) 3 semanas antes e no mínimo 4 semanas após a CV</li> </ul>	IIA	C
Anticoagulação nos pacientes com flutter atrial submetidos à CV, utilizando-se o mesmo protocolo empregado na FA	IIA	C

## Algoritmo para reversão de FA com duração &lt; 48h



Algoritmo para cardioversão da FA com duração superior a 48 horas.



ECO TE: Ecocardiograma transesofágico; cardioversão medicamentosa ou elétrica.

## Medicamentos usados na cardioversão da FA, levando em conta o tempo de duração da arritmia se &lt; ou &gt; 7 dias

Medicação	Duração da FA	Via	Classe	NE
Propafenona	> 7 dias	oral ou intravenosa (IV)	IIa	A
	< 7 dias	oral ou IV	I	A
Amiodarona	> 7 dias	oral ou IV	IIa	A
	< 7 dias	oral ou IV	IIa	B
Disopiramida	> 7 dias	IV	IIb	B
	< 7 dias	IV	IIb	B
Quinidina	> 7 dias	oral	IIb	B
	< 7 dias	oral	IIb	B
Digoxina	> 7 dias	oral ou IV	III	A
	< 7 dias	oral ou IV	III	A
Sotalol	> 7 dias	oral ou IV	III	B
	< 7 dias	oral ou IV	III	B

NE: nível de evidência; IV: intravenosa. Digoxina e sotalol são considerados de classe III para cardioversão da FA e, conseqüentemente, não devem ser administrados para esse fim.

## Uso de antiarrítmicos para cardioversão farmacológica da fibrilação atrial

Recomendação	Classe	NE
Propafenona via oral (VO) ou intravenosa (IV) para reversão da FA, na ausência de cardiopatia estrutural	I	A
Amiodarona IV para reversão da FA, na presença de disfunção moderada ou grave	I	A
Amiodarona IV para a reversão da FA, na ausência de disfunção moderada ou grave	IIa	A
Dose única oral de 600 mg de propafenona para reversão da FA fora do hospital, desde que o tratamento já tenha sido demonstrado como eficaz e seguro durante internação hospitalar, em pacientes sem contraindicações. Antes do início da medicação, deve-se administrar betabloqueador ou antagonista dos canais de cálcio não diidropiridínico	IIa	C
Amiodarona VO em pacientes ambulatoriais com FA paroxística ou persistente, quando a reversão ao ritmo sinusal não é imediatamente necessária	IIb	C
Quinidina ou procainamida para reversão da FA. Contraindicadas quando houver cardiopatia	IIb	C
Digoxina e sotalol para reversão da FA	III	A
Quinidina, procainamida e disopiramida, iniciadas fora do hospital, para reversão farmacológica da FA	III	B

## Doses recomendadas dos medicamentos com efetividade provada para a cardioversão da FA de uso no Brasil

Medicação	Via	Dosagem	Efeitos colaterais
Amiodarona	Oral	Internados: 1,2 a 1,8 g/dia em doses divididas até o total de 10 g ou 30 mg/kg em dose única. Manutenção: 200 a 400 mg/dia. Ambulatoriais: 600 a 800 mg/dia em doses divididas até o total de 10 g. Manutenção: 200 a 400 mg/dia.	Hipotensão, bradicardia, prolongamento do QT, <i>torsades de pointes</i> , elevação de glicemia, obstipação, flebite
	IV	5 a 7 mg/kg em 30 a 60 minutos, seguidos de 1,2 a 1,8 g/dia e infusão contínua até o total de 10g. Manutenção: 200 a 400 mg/dia	
Propafenona	Oral	600 mg IV 1,5 a 2,0 mg/kg em 10 a 20 minutos	Hipotensão, flutter atrial com alta resposta ventricular
Quinidina	Oral	0,75 a 1,5 g em doses divididas durante 6 a 12h, associada a um medicamento para diminuir a frequência cardíaca	Prolongamento do QT, <i>torsades de pointes</i> , hiperglicemia, hipotensão

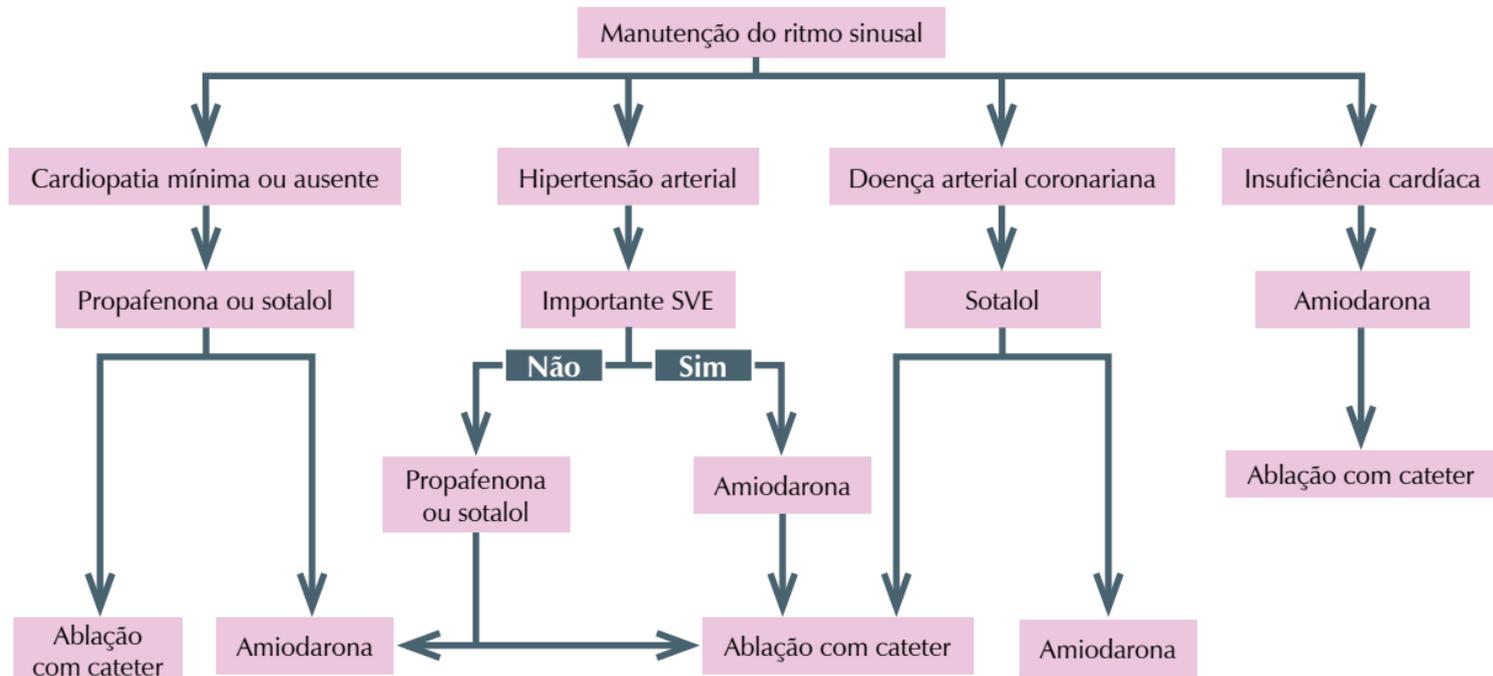
## Cardioversão elétrica

Recomendação	Classe	NE
FA com frequência rápida sem resposta imediata a medidas farmacológicas ou acompanhada de isquemia miocárdica, hipotensão, angina ou insuficiência cardíaca	I	C
FA associada à pré-excitação ventricular com taquicardia muito rápida ou instabilidade hemodinâmica	I	B
FA muito sintomática, mesmo sem instabilidade hemodinâmica. No caso de recorrência precoce da FA, esta deverá ser repetida após a administração de antiarrítmicos	I	C
Estratégia de longo prazo na conduta de pacientes com FA recorrente	IIa	B
Cardioversões repetidas para o controle de FA recorrente ou sintomática, caso seja a preferência do paciente	IIa	B
Repetição frequente de CV elétrica em pacientes com períodos relativamente curtos de ritmo sinusal, devido a recorrências de FA, apesar de uso de drogas antiarrítmicas	III	C
CV elétrica em pacientes com intoxicação digitálica ou hipopotassemia	III	C

## Melhora da eficácia da cardioversão elétrica por meio do uso de medicamentos

Recomendação	Classe	NE
Pré-tratamento com amiodarona, propafenona ou sotalol para aumentar o sucesso da CV elétrica visando a prevenir a recorrência da FA	IIa	C
Administração profilática de antiarrítmico, antes da repetição da CV elétrica, em pacientes com recorrência da FA	IIa	C
Administração de betabloqueador, disopiramida, diltiazem, procainamida ou verapamil em pacientes com FA persistente com o objetivo de aumentar o sucesso da CV elétrica ou prevenir recorrência precoce	IIb	C
Início de medicação antiarrítmica, fora do hospital, para aumentar o sucesso da CV elétrica da FA em pacientes sem doença cardíaca	IIb	C
Início de medicação antiarrítmica, fora do hospital, para aumentar o sucesso da CV elétrica da FA em pacientes com doença cardíaca, desde que a segurança da droga tenha sido previamente avaliada para aquele paciente	IIb	C

## Escolha do fármaco antiarrítmico para a manutenção do ritmo sinusal após a cardioversão da fibrilação atrial



Observar que os critérios baseiam-se na presença ou não de uma série de fatores que podem interferir, não apenas no sucesso terapêutico, mas, também, no risco de efeitos pró-arrítmicos.

## Manutenção do ritmo sinusal

Recomendação	Classe	NE
Não utilização de droga antiarrítmica para a manutenção de ritmo sinusal na FA sem fatores de riscos para recorrências e cujo fator desencadeante tenha sido corrigido	I	C
Antes de iniciar o antiarrítmico, deve-se identificar e tratar causas removíveis da FA	I	C
Terapêutica farmacológica para manutenção do ritmo sinusal e prevenção de taquicardiomiopatia	Ila	C
Antiarrítmicos para o tratamento de recorrências infrequentes e bem toleradas de FA	Ila	C
Início ambulatorial de antiarrítmicos em pacientes com FA sem cardiopatia e que apresentam boa tolerância ao fármaco empregado	Ila	C
Propafenona ambulatorialmente na FA paroxística em pacientes sem cardiopatia e que estão em ritmo sinusal quando do início do tratamento	Ila	B
Sotalol ambulatorialmente em pacientes com discreta ou nenhuma cardiopatia, quando estão em ritmo sinusal, e com risco de FA paroxística, se o intervalo QTc for < 460 ms, os eletrólitos plasmáticos estiverem normais e na ausência de fatores de riscos de efeitos pró-arrítmicos associados aos fármacos do grupo III	Ila	C
A ablação por cateter como alternativa à terapêutica farmacológica na prevenção de recorrências de FA, em sintomáticos, com pouca sobrecarga atrial esquerda	Ila	C

Antiarrítmicos para manutenção do ritmo sinusal com um fármaco em pacientes com fatores de risco bem definidos para pró-arritmia	III	A
A terapêutica farmacológica para a manutenção do ritmo sinusal em pacientes com doença do nó sinusal avançada ou disfunção da condução AV significativa, a menos que tenham suporte de um marcapasso	III	C

## Controle da frequência cardíaca (FC) durante fibrilação atrial

Recomendação	Classe	NE
Em pacientes sem cardiopatia estrutural significativa com FA persistente ou permanente em uso de betabloqueadores ou bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos em doses individualizadas	I	B
Na ausência de pré-excitação, administração IV de betabloqueador ou bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos para diminuir a resposta na FA aguda, com especial cautela nos pacientes com hipotensão ou IC	I	B
Administração IV de digital ou amiodarona para controle da FC em pacientes com FA e IC, na ausência de pré-excitação	I	B
Em pacientes com sintomas de FA relacionados a esforço, a eficácia do tratamento deve ser testada durante o exercício, ajustando-se as drogas o suficiente para manter a FC em níveis fisiológicos	I	C
Digoxina para controlar a FC em repouso em pacientes com FA e disfunção ventricular e em indivíduos sedentários	I	C
Combinação de digoxina com betabloqueador ou bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos para controle da FC em repouso e durante exercício em pacientes com FA. A escolha da medicação deve ser individualizada e controlada para evitar bradicardia	Ila	B
Controle da FC através da ablação do nó atrioventricular (AV) com implante de marcapasso quando a terapia farmacológica é insuficiente ou associada a efeitos colaterais, ou na presença de suspeita de taquicardiomiopatia	Ila	B

Amiodarona IV para controle da FC em pacientes com FA, quando outras drogas falham ou são contra indicadas	IIa	C
Amiodarona VO quando a FC não pode ser controlada em pacientes com FA usando betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio não dihidropiridínicos ou digoxina, isoladamente ou em associações	IIb	C
Procainamida, disopiramida ou amiodarona IV para pacientes estáveis com FA e pré-excitação ventricular	IIb	B
Digitálicos como agentes isolados para controlar a resposta em pacientes com FA paroxística	III	B
Ablação por cateter do nó AV sem tratamento prévio com medicamentos para controle da FC em pacientes em FA	III	C
Administração de bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos em pacientes com IC descompensada e FA	III	C
A administração de digitálicos ou bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos em pacientes com FA e síndrome de pré-excitação	III	C

## Ablação na FA

Recomendação	Classe	NE
FA sintomática em paciente jovem com coração normal sem resposta ou com efeitos colaterais pelo uso de, pelo menos, 2 antiarrítmicos na ausência de condições metabólicas potencialmente correlacionadas à arritmia	I	B
Pacientes com qualquer idade com FA paroxística, sintomática, frequente, coração normal, com evolução de < seis meses, refratária a pelo menos 1 antiarrítmico de classe IC ou sotalol, e na ausência de condições metabólicas correlacionadas à arritmia	IIa	B
FA paroxística, com as mesmas características do item acima, com cardiopatia estrutural e refratária a amiodarona	IIa	C
FA persistente, sintomática e recorrente, refratária a pelo menos 1 antiarrítmico da classe IC ou sotalol, se não houver cardiopatia estrutural, ou à amiodarona, caso haja cardiopatia, tendo sido afastadas condições clínicas deflagradoras da FA	IIa	C
Ablação de FA permanente em pacientes jovens com átrio esquerdo pouco aumentado, principalmente quando a resposta é mal controlada ou há progressiva dilatação e/ou redução da fração de ejeção do VE	IIa	C
Ablação por cateter na FA permanente com cardiopatia associada e átrio esquerdo aumentado (> 50 mm), quando há progressiva piora da classe funcional, devido a controle inadequado da FC ou apesar de aparente controle farmacológico da FC	IIb	C
Pacientes com trombo em átrio esquerdo	III	C

Pacientes com causas reversíveis para a FA	III	C
Após o primeiro episódio de FA	III	C

### Ablação da junção AV com implante de marcapasso

Recomendação	Classe	NE
FA gerando choques inapropriados do CDI, em que outros métodos foram incapazes para restauração/manutenção do ritmo sinusal ou controle da frequência	I	A
FA sintomática em que outros métodos terapêuticos foram incapazes ou não puderam ser usados para restauração/manutenção do ritmo sinusal ou controle da frequência ventricular	IIa	A
Na FA com controle adequado da frequência com drogas bem toleradas. Ablação da FA para manutenção do ritmo sinusal	III	C

## Pacientes com FA no pós-operatório de cirurgia cardíaca

Recomendação	Classe	NE
Betabloqueador para prevenir FA pós-operatória a menos que contraindicado	I	A
Bloqueadores do nó AV para o controle da resposta ventricular da FA pós-operatória	I	B
A administração pré-operatória de amiodarona como tratamento profilático em pacientes com alto risco de FA	IIa	A
CV farmacológica com amiodarona ou CV elétrica em pacientes com FA pós-operatória utilizando-se o mesmo protocolo recomendado para pacientes não cirúrgicos	IIa	B
Administrar antiarrítmicos como tentativa de manter o ritmo sinusal em pacientes com FA pós-operatória recorrente ou refratária, como recomendado para outros pacientes com FA aguda	IIa	B
Administrar medicação anticoagulante em pacientes que desenvolvem FA pós-operatória, como recomendado para pacientes não cirúrgicos	IIa	B
Administrar sotalol profilático para pacientes com risco de desenvolver FA pósoperatória	IIb	B

## Manejo da FA em situações especiais: gravidez, atletas, cardiomiopatia hipertrófica, hipertireoidismo, doença pulmonar, pré-excitação ventricular e infarto agudo do miocárdio

### Manejo da FA em gestantes

Recomendação	Classe	NE
Controle da resposta ventricular na gestante com digoxina, betabloqueador ou bloqueador dos canais de cálcio	I	C
CV elétrica na instabilidade hemodinâmica	I	C
Anticoagulação durante toda a gestação, em paciente de alto risco. A forma de anticoagulação deve respeitar o período gestacional	I	C
A CV química em gestantes com FA hemodinamicamente estável com quinidina, amiodarona ou procainamida	IIb	C

## Participação de atletas com FA em atividades competitivas

Recomendação	Classe	NE
Atletas com FA assintomática, na ausência de cardiopatia estrutural, cuja resposta ventricular aumenta e reduz apropriadamente, sendo comparável à resposta sinusal normal para o mesmo nível de atividade física, sem medicação ou com medicação para controle da resposta ventricular, podem participar de todas as atividades competitivas. Atenção ao uso de betabloqueadores, que é vedado em algumas modalidades	II	C
Atletas com FA e cardiopatia estrutural, que mantêm resposta ventricular comparável à taquicardia sinusal durante a atividade física, sem medicação ou em uso apenas de bloqueadores da condução AV, podem participar em esportes com as limitações relativas à cardiopatia de base	II	C
Atletas em uso de anticoagulantes não podem participar de atividades competitivas	II	C
Atletas com FA curada por ablação (por cateter ou cirurgia), assintomáticos, com > 3 meses, sem recorrência na ausência de drogas antiarrítmicas, podem ser liberados para qualquer atividade competitiva, desde que previamente submetidos a teste ergométrico com intensidade similar à atividade física pretendida	II	C

## Manejo da FA na cardiomiopatia hipertrófica

Recomendação	Classe	NE
Anticoagulação oral para todos os pacientes com CMH e FA	I	B
Controle da resposta ventricular com betabloqueador, verapamil, diltiazem, amiodarona ou sotalol	I	C
Ablação da FA para manutenção do ritmo sinusal nos casos refratários a drogas antiarrítmicas, incluindo amiodarona (salvo contraindicação)	I	C
Ablação do nóculo AV com implante de marcapasso nos pacientes refratários às drogas e/ou nos quais a ablação não possa ser realizada	I	C
Amiodarona ou disopiramida associada a betabloqueador ou bloqueador dos canais de cálcio para prevenção de episódios de FA	Ila	C

## Manejo da FA no hipertireoidismo

Recomendação	Classe	NE
Betabloqueadores para controle da resposta ventricular, salvo contraindicação	I	B
Verapamil e diltiazem podem ser empregados nos casos de impossibilidade do uso dos betabloqueadores, para o controle da resposta ventricular	I	B
Anticoagulação oral em todos os pacientes com tireotoxicose e FA. Uma vez restaurado o eutireoidismo, as recomendações passam a ser semelhantes a de pacientes sem hipertireoidismo	I	B

## Manejo da FA em doenças pulmonares

Recomendação	Classe	NE
Correção da hipoxemia e acidose, nos pacientes que desenvolvem FA durante doença pulmonar aguda e na doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC	I	C
Controle da resposta ventricular com diltiazem ou verapamil associado a digital, se necessário	I	C
Cardioversão para pacientes hemodinamicamente instáveis	I	C
Aminofilina e beta-agonistas nos pacientes com doença broncoespástica que desenvolvem FA	III	C
Betabloqueadores, sotalol, propafenona e adenosina, nos pacientes com DPOC que desenvolvem FA	III	C

## Manejo da FA na SWPW

Recomendação	Classe	NE
CV elétrica imediata nos casos de frequência cardíaca rápida e instabilidade hemodinâmica	I	B
Ablação por cateter da via anômala em pacientes com FC rápida e síncope ou período refratário efetivo da via acessória curto (< 270 ms)	I	B
Administração de propafenona, procainamida ou amiodarona intravenosas para restaurar o ritmo sinusal em pacientes com QRS largo (> 120 ms) e estáveis hemodinamicamente	I	C
Administração de propafenona, procainamida ou amiodarona intravenosas em pacientes com FA pré-excitada, estáveis hemodinamicamente	IIb	C
Administração de digitálicos, betabloqueadores, adenosina, verapamil e diltiazem	III	B

## Manejo da FA no infarto agudo do miocárdio (IAM)

Recomendação	Classe	NE
A CV elétrica nos pacientes com FA e IAM com comprometimento hemodinâmico grave ou isquemia intratável ou quando o controle adequado da frequência não pode ser obtido com medicamentos	I	C
Amiodarona IV para diminuir rapidamente a resposta ventricular da FA e melhorar a função do ventrículo esquerdo em pacientes com IAM	I	C
Betabloqueadores e bloqueadores dos canais de cálcio IV para diminuir rapidamente a resposta ventricular na FA em pacientes com IAM que não apresentam disfunção do ventrículo esquerdo, broncoespasmo ou bloqueio AV	I	C
HNF IV para prolongar o TTPa em 1,5 a 2 vezes ou HNF subcutânea em pacientes com FA e IAM, a menos que existam contraindicações	I	C
Digital IV para diminuir a resposta ventricular e melhorar a função ventricular em pacientes com IAM e FA associado à disfunção ventricular esquerda importante e IC	IIa	C
Antiarrítmicos da classe IC em pacientes com FA com IAM	III	C

## Tratamento cirúrgico da FA

Recomendação	Classe	NE
Pacientes com FA sintomática que serão submetidos à cirurgia valvar mitral	I	C
Cirurgia para tratamento exclusivo da FA em pacientes sintomáticos, em quem a ablação por cateter tenha falhado ou não possa ser realizada	IIb	C

Referências bibliográficas: consultar o texto original da diretriz - <http://publicacoes.cardiol.br>