

Recomendações da ESC para a Prática Clínica da

# Abordagem da Fibrilhação Auricular: O que os doentes precisam de saber



Image is for illustrative purposes only

# O que são as Recomendações para a Prática clínica e o que é este documento?

As Recomendações para a Prática Clínica fornece recomendações sobre como realizar o diagnóstico e tratar os doentes com base na evidência médica e científica. Elas são sobretudo dirigidas e profissionais de saúde para garantir que os doentes recebem o tratamento apropriado..

As recomendações de 2024 da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) para a abordagem da fibrilação auricular (FA) foram escritas por uma equipa de profissionais de saúde e cientistas, apoiados por dois representantes dos doentes

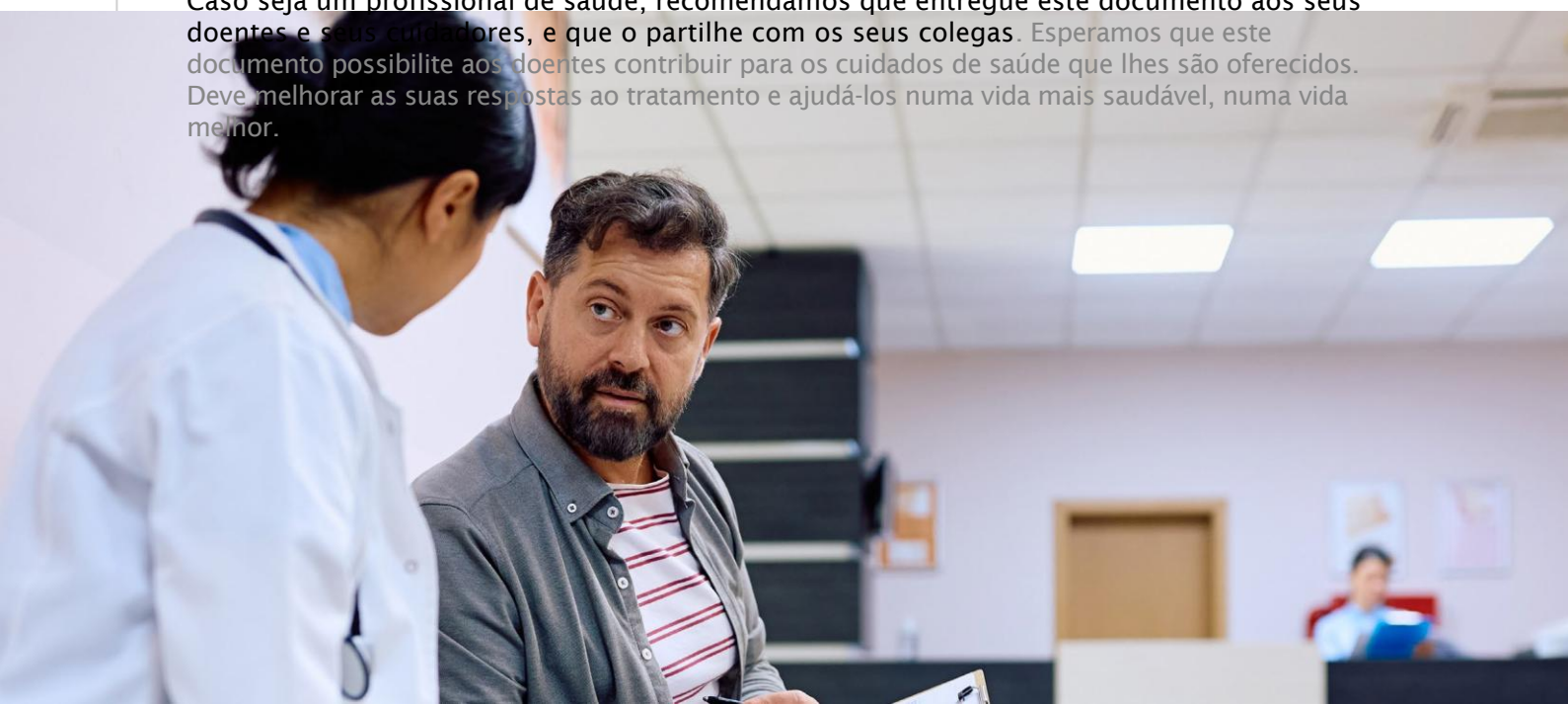
Este documento é dirigido aos doentes, às suas famílias e cuidadores. Providencia um sumário dos temas chave das recomendações. Foi desenvolvido para que possa ter um papel ativo nos cuidados que lhe são prestados, no contexto da sua FA e para que entenda porque está a receber vários tratamentos. Não aborda todos os aspetos da FA.

Se pretende obter informação mais detalhada, por favor aceda ao documento integral das *guidelines* publicado ou questione a sua equipa médica.

## De que forma este documento me vai ajudar?

Estas recomendações posicionam os doentes no centro do tratamento e encoraja as decisões partilhadas entre profissionais de saúde e doentes. Este documento tem como objetivo responder a algumas questões que possa ter e suportar a sua interação com a equipa médica. Por exemplo, esperamos que lhe proporcione um maior conhecimento e confiança na discussão de opções de tratamento ou quando procurar reavaliação e aconselhamento clínicos. A sua contribuição para os seus próprios cuidados de saúde e abordagem de fatores de risco é uma peça chave para evitar complicações que possam advir da FA.

Caso seja um profissional de saúde, recomendamos que entregue este documento aos seus doentes e seus cuidadores, e que o partilhe com os seus colegas. Esperamos que este documento possibilite aos doentes contribuir para os cuidados de saúde que lhes são oferecidos. Deve melhorar as suas respostas ao tratamento e ajudá-los numa vida mais saudável, numa vida melhor.



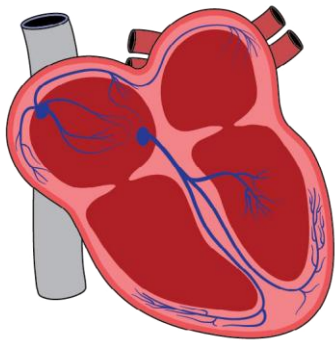
# O que é a FA e de que forma me pode afetar?

A FA é uma doença do ritmo cardíaca em que sinais elétricos anormais nas câmaras cardíacas superiores do coração (auricular) conduzem a um batimento cardíaco irregular e desorganizado.

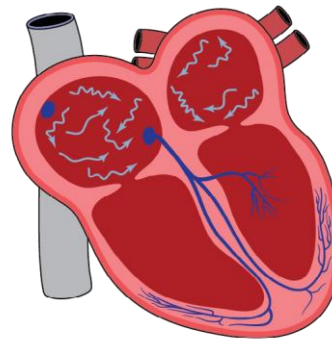
Os doentes com FA têm um ritmo cardíaco irregular  
Translations: First title Ritmo cardíaco regular

Second title Fibrilhação auricular (FA)

## Regular heart rhythm



## Atrial fibrillation (AF)



A FA é uma arritmia comum, mas com impacto variável em doentes distintos. Em alguns doentes condiciona poucos ou nenhuns sintomas enquanto que noutros doentes tem um impacto profundo.

Sintomas comumente associados à FA



Palpitações

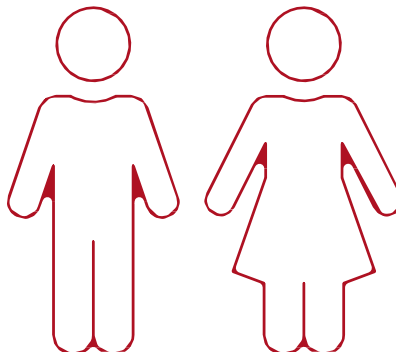


Tonturas

Distúrbio do sono



Dor torácica



Preocupações



Fadiga e diminuição da atividade

Falta de ar



A FA pode conduzir a vários problemas de saúde, alguns graves. Por exemplo, em alguns doentes pode aumentar o risco de coágulos sanguíneos que podem migrar para vários órgãos incluindo o cérebro, dando origem a um acidente vascular cerebral. A longo prazo, os doentes podem apresentar

insuficiência cardíaca, condicionando falta de ar caso haja comprometimento do débito cardíaco, incluindo nas atividades diárias do doente. A FA está também associada a um risco acrescido de morte, internamento hospitalar por qualquer causa e demência.

Se quiser obter mais informação sobre a FA e o seu impacto nos doentes, poderá consultar o *website* AFIB MATTERS: [afibmatters.org](http://afibmatters.org)

- É importante lembrar de que pode ter uma vida normal e usufruir de um amplo espectro de atividades se a sua FA for tratada. No entanto, quando o seu diagnóstico for estabelecido, deve aceitar a possibilidade do seu estilo de vida ser modificado ou adaptado. Apresenta uma doença crónica e, como tal, deve aprender a viver com ela, mental e fisicamente.
- 
- Durante as Semanas ou meses após o diagnóstico, poderá experienciar alterações psicológicas, incluindo tristeza, ansiedade, inquietude ou depressão. Esta reação não é rara e é importante estar aberto aos seus pensamentos e sentimentos. Poderá ter que realizar mudanças na sua casa ou nas suas condições de trabalho. Poderá ser útil discutir questões e dúvidas com a sua família e a equipa clínica.
- 
- Modificar o seu estilo de vida é uma forma de controlar doenças crónicas, tais como a FA. Várias medidas adicionais podem ser benéficas no controlo da sua doença, aumentar o sucesso do tratamento e contribuir para uma vida longa e saudável. São exemplos destas medidas:
  - Mantenha-se em forma com atividade física regular – uma caminhada rápida de meia hora por dia ou se for capaz, exercício mais intenso 2-3 vezes por semana
  - Mantenha o seu peso equilibrado e coma de forma saudável. Se apresentar excesso de peso, considere uma combinação de dieta e exercício físico
  - Avalie o seu perfil lipídico e, caso haja indicação médica, seja medicado
  - Limite o seu consumo de álcool
  - Evite fumar ou consumir drogas recreativas, que podem estar associadas a um aumento do risco de FA, acidente vascular cerebral ou formação de coágulos
  - Evite o stress e tenha uma noite de sono reparadora
  - Lembre-se de tomar todos os medicamentos prescritos e pergunte à equipa médica qual o objetivo de cada fármaco e qual a sua importância
  - Caso tenha à sua disponibilidade, integre um programa educativo estruturado sobre FA (por exemplo: [afa-international.org](http://afa-international.org))





## Recomendações da ESC recomendam a abordagem “AF-CARE”



### Abordagem da fibrilhação auricular (FA) centrada no doente (sumário das *guidelines* de 2024 da Sociedade Europeia de Cardiologia)

#### Comorbilidades e abordagem dos fatores de risco

**C** avaliar outras condições clínicas que podem causar ou agravar a FA, ou afetar o sucesso dos tratamentos

Tratar a pressão arterial elevada  
(objetivo < 130/80)

Medicação para tratar a insuficiência cardíaca cardíaca, se necessário

Exercício físico regular  
(cada dia e aumentar gradualmente)

Cuidados de saúde gerais  
Dieta saudável  
Nível de colesterol adequado  
Cessação tabágica

Controlo adequado da glicemia na diabetes

Baixo consumo de álcool  
(Ingestão de 3 ou menos copos convencionais de álcool por semana)

Perda ponderal, em caso de excesso de peso  
(objetivo de perda de 10%)

#### **A** (Avoid) Evitar o acidente vascular cerebral ou tromboembolismo

➔ Reduzir a probabilidade de coágulos sanguíneos associados à FA, com recurso a anticoagulantes para reduzir o risco

Anticoagulantes para os doentes em risco de AVC ou de formação de coágulos

A maior parte dos doentes irá receber Apixabano, Dabigatrano, Edoxabano ou Rivaroxabano

A alguns doentes será prescrito varfarina ou similares  
(necessitam de análises sanguíneas para determinar a dose correta)

**Pontos a relembrar**  
Continuar com estes fármacos mesmo se retomar o ritmo normal  
Não se esquecer de tomar na hora certa  
Previna hemorragias com controlo da pressão arterial, redução do consumo de álcool e evicção de certos medicamentos

#### **R** Reduzir os sintomas através do controlo de frequência cardíaca (FC) ou do ritmo

➔ Tratamentos específicos para ajudar na abordagem da FA, ou reverter a ritmo cardíaco normal

Medicação para controlo da FC

Medicação para restaurar o ritmo cardíaco normal

Procedimentos de ablação através das veias

Procedimentos de ablação durante cirurgia cardíaca

Impulso elétrico para o coração (cardioversão)

Medicação para manter o ritmo cardíaco normal

Procedimento de ablação cirúrgico por pequena incisão torácica

Outros tratamentos, como *pacemaker*

#### **E** (Evaluation) Avaliação e reavaliação dinâmicas

➔ Cuidados que se adaptam em função da evolução da condição clínica ao longo do tempo, de forma a prevenir complicações

Investigações, como Eletrocardiograma (ECG), análises clínicas e ecocardiograma

Seguimento contínuo pela equipa clínica no hospital ou nos cuidados de saúde primários

Reavaliação regular dos fatores de risco para AVC ou formação de coágulos, e para prevenir hemorragias

Suporte e aconselhamento para quando procurar reavaliação e para o ajudar a viver com a sua FA

## Mensagens chave para a abordagem da FA

De seguida são apresentadas “mensagens chave” das recomendações da Sociedade Europeia de Cardiologia, que poderão ajudar nos cuidados que lhe são prestados no contexto da sua FA. Explicamos numa linguagem simples e com alguns exemplos, de que forma pode contribuir para o seu próprio bem estar.

### AF-CARE

De forma a garantir que todos o doentes com FA recebem os cuidados centrados nas suas necessidades individuais, as recomendações da ESC recomendam a abordagem AF-CARE.

Isto pressupõe:

- Abordagem de comorbilidades e fatores de risco

Abordar outras condições de saúde que podem causar ou agravar a FA, ou afetar o sucesso dos tratamentos

- Evitar AVC ou tromboembolismo

Reduzir a probabilidade de formação de coágulos formados no contexto de FA, com recurso a anticoagulantes nos doentes com indicação para os mesmos

- Reduzir sintomas através do controlo de frequência cardíaca ou de ritmo

Tratamentos específicos para tratar a FA, incluindo a possibilidade de reversão a ritmo normal

- Avaliação e reavaliação dinâmicas

Cuidados que se adaptam em função da evolução ao longo do tempo da sua FA, no sentido de evitar complicações

### ABORDAGEM PARTILHADA

Deve esperar que seja envolvido(a) nas decisões tomadas, incluindo os tratamentos que irá receber. Isto deve envolver toda a equipa clínica incluindo enfermeiros e médicos especialistas, liderados pelo seu médico assistente.

### CUIDADOS EQUITATIVOS

Deve receber os melhores cuidados prestados independentemente do seu género, raça, cultura, orientação sexual, fatores sociais ou qualquer condicionamento.

### Educação

Deve receber informação e educação relativamente à FA, aos tratamentos que poderá receber, os possíveis benefícios e efeitos laterais. Isto tem como objetivo poder tomar uma decisão informada acerca do seu tratamento. Além da informação concedida pela equipa clínica, pode aceder a informação adicional no website [afibmatters.org](https://afibmatters.org).

### Diagnóstico

O diagnóstico de FA pode ser suspeito a partir dos seus sintomas onde quando o seu pulso está irregular. O diagnóstico é confirmado através do traçado elétrico do seu coração (eletrocardiograma ou ECG). Caso a sua FA seja intermitente (“vem e vai”), pode ser necessário um traçado de ECG durante um dia ou mais prolongado. A FA pode também ser registada através de dispositivos cardíacos como registadores implantados ou *pacemakers*. Outros dispositivos digitais, como *smart watches*, dispositivos utilizados em fitness ou medidores de pressão arterial podem sinalizar FA, embora seja

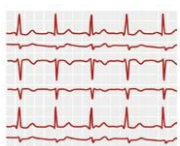


requisito para validar o seu diagnóstico antes de um tratamento, um traçado elétrico.

## Avaliação inicial

Na consulta inicial, a sua equipa clínica irá rever a sua história clínica e confirmar o diagnóstico de FA. Irão avaliar fatores de risco que possam contribuir para a FA, que possam afetar o risco de desenvolver coágulos sanguíneos, ou que possam ter impacto no tratamento. A investigação adicional pode variar individualmente, mas habitualmente inclui:

- Um ECG (traçado cardíaco) durante 10 segundos, ou mais prolongado se necessário
- Análises clínicas para avaliar disfunção renal ou hepática, diabetes, alterações iónicas, diminuição de células sanguíneas como eritrócitos ou plaquetas, e função tiroidea
- Avaliação imagiológica do coração, usualmente com ecocardiograma, para avaliar alterações que possam condicionar o tratamento, como a função cardíaca
- Em alguns doentes poderá ser necessário recorrer a outros métodos de imagem mais detalhada



### Eletrocardiograma (ECG)

Avalia a atividade elétrica do coração

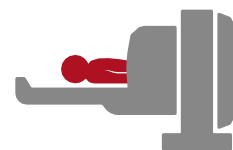


### Análises clínicas para avaliar outras condições de saúde



### Ecocardiograma

É uma ecografia cardíaca que avalia alterações estruturais e funcionais cardíacas



### Outros métodos de imagem

quando é necessário uma avaliação imagiológica mais detalhada

## OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E FATORES DE RISCO

Estes são aspetos do seu estilo de vida e história clínica que podem ser abordados no sentido de melhorar a resposta ao tratamento. A abordagem destes fatores pode ajudar na prevenção de episódios futuros de FA, diminuir o risco de enfarte do miocárdio e AVC, e melhorar o bem estar geral.

Os seguintes pontos podem ajudar:



### Baixe a pressão arterial

Os doentes com FA devem ter a sua pressão arterial estritamente controlada, com um valor alvo inferior a 130/80 mmHg para a maior parte dos doentes. Infelizmente, isto não é atingido muitas vezes, condicionando maior risco de AVC, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca e demência. A sua equipa clínica poderá ter que iniciar ou aumentar a medicação anti-hipertensora.



### Exercite

A maior parte dos doentes com FA não pratica exercício suficiente, o que pode estar condicionado pelo facto dos doentes terem receio de que a prática de exercício possa agravar a sua situação clínica. No entanto, a prática regular de exercício é boa para a maior parte dos doentes com FA. Deve aumentar gradualmente o seu plano de exercício e discutir com a equipa clínica que tipo de exercício é o mais adequado para si para criar o seu próprio plano de treino.



### Perda ponderal

Caso apresente excesso de peso, deve integrar um plano de perda ponderal. O seu objetivo deve ser perder 10% do seu peso corporal. A maior parte dos médicos poderá orientar este plano.



### Reduza o consumo de álcool

Mesmo pequenas quantidades de álcool podem aumentar o risco de recorrência de FA. Deve reduzir o consumo de álcool a 3 ou menos copos convencionais de bebida alcoólica, por semana. Consumo pontual excessivo de álcool é um fator de risco para FA e deve, consequentemente, ser evitado.



### Controle a diabetes

O controlo da glicemia é fundamental no tratamento da sua FA. Adotar hábitos de consumo de alimentos com baixo teor em açúcar, pode ajudar no caso apresentar diabetes ou pré-diabetes. Muitos doentes necessitarão de medicação para controlar a sua diabetes.



## O seu risco para formação de coágulos sanguíneos

Os coágulos sanguíneos podem formar-se nas câmaras cardíacas e deslocarem-se na circulação sanguínea podendo provocar obstruções no fluxo sanguíneo. A FA é uma causa importante de formação de coágulos no coração e em outros locais. Uma das consequências mais conhecidas é a obstrução dos vasos sanguíneos cerebrais promovendo um acidente vascular cerebral (AVC). A FA é responsável por 1/5 de todos os AVCs. Esta embolização de coágulos pode promover a longo prazo demência.

A identificação de um AVC pode ocasionalmente ser difícil caso os sintomas sejam subtis, mas “FAST” é uma forma fácil de lembrar os sinais de um AVC: “F” Face – a pessoa consegue sorrir?; “A” *Arms* que significa braços – a pessoa consegue levantar os dois braços?; “S” *Speech* que significa discurso – a pessoa consegue falar normalmente? ‘T’ Tempo para atuar – se a resposta a qualquer uma das questões é não, uma atitude rápida é necessária.

O seu risco de AVC pode variar de acordo com o número de **fatores de risco** que apresente. O seu médico irá questionar acerca de vários fatores de risco e decidir se tem indicação para anticoagulantes (medicação que torna o sangue mais fino). Se não for candidato a essa medicação, o seu risco deverá ser reavaliado regularmente nas consultas, para avaliar se a decisão clínica se mantém.

### Fatores de risco comuns para AVC na FA

---

**Idade** A idade é um fator de risco importante para o desenvolvimento de coágulos sanguíneos na FA. Embora sejam utilizadas categorias de idade para decisões terapêuticas, na verdade, à medida que a idade avança o risco aumenta. Os anticoagulantes devem ser considerados acima dos 65 anos de idade e sempre acima dos 75 anos de idade.

---

Se já apresentou um **AVC, AIT ou um coágulo** numa outra artéria, o risco de recorrência é elevado.

A **Hipertensão arterial** aumenta a pressão nos vasos sanguíneos, aumentando o risco de formação de coágulos, sendo mais frequente com valores de pressão arterial >140/90mmHg.

---

Se tem **insuficiência cardíaca** o seu coração pode não ser capaz de bombear sangue de forma eficiente, podendo condicionar estagnação de sangue com aumento do risco de formação de coágulos.

---

Se apresenta **diabetes**, os níveis mais elevados de glicose no sangue podem aumentar a lesão da camada interna dos vasos sanguíneos, aumentando a sua rigidez e propensão para formação de coágulos. A Diabetes é um fator de risco tromboembólico, mesmo se medicada.

---

Se tem uma **doença dos vasos sanguíneos** que condicione alteração do fluxo de sangue por obstrução ou lesão dos mesmos, isto aumenta o risco de formação de coágulos. Isto implica os vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação do coração, cérebro, rins, perna ou qualquer parte do corpo.

---

## ANTICOAGULANTES (medicação que torna o sangue “mais fino”)

Os anticoagulantes são medicamentos prescritos para reduzir o risco de formação de coágulos sanguíneos. São altamente eficazes na prevenção de AVC em doente com FA e estão recomendados para todos os doentes com fatores de risco para formação de coágulos sanguíneos.

## ESCOLHA DO ANTICOAGULANTE

A maior parte dos doentes com FA e indicação para anticoagulação, deve receber um anticoagulante oral direto (DOAC), que inclui os fármacos apixabano, dabigatrano, edoxabano ou rivaroxabano. A escolha específica de cada fármaco depende de várias condicionantes clínicas, determinadas pela equipa médica. Os DOACs requerem ocasionalmente uma avaliação laboratorial, nomeadamente, hemograma, função renal e hepática (habitualmente a cada 6 meses ou menos na presença de outras condições clínicas).

Fármacos com a varfarina podem ter que ser prescritos em determinados doentes, como os que apresentam próteses valvulares cardíacas mecânicas, formas grave de doença valvular mitral, doença renal grave ou gravidez. Estes fármacos requerem uma avaliação laboratorial frequente para ajustar a dose do fármaco necessária para atingir um valor (*international normalised ratio* ou INR) pré-determinado, necessário para ter uma dose suficiente para prevenir formação de coágulos sanguíneos. A sua equipa médica poderá sugerir trocar de varfarina para um DOAC por vários motivos:

- Por sua escolha, para beneficiar de um risco hemorrágico mais baixo
- Para evitar interações com alimentos ou outros fármacos prescritos, mais frequentes com a varfarina
- Quando é difícil manter o INR alvo
- Se apresenta um risco hemorrágico elevado ou se já sofreu um evento hemorrágico *major*

### Dose do anticoagulante

Se lhe foi prescrito um DOAC para prevenir um AVC ou a formação de coágulos sanguíneos, este deve ser tomado na dose recomendada para garantir o benefício do tratamento. Alguns anticoagulantes precisam de ser administrados duas vezes por dia.

Doses recomendadas:

- Apixabano: 5 mg 12/12h (duas vezes por dia)
- Dabigatrano: 150 mg 12/12h (duas vezes por dia)
- Edoxabano: 60 mg uma vez por dia
- Rivaroxabano: 20 mg uma vez por dia

Em determinadas situações clínicas, devidamente reconhecidas pelo seu médico, a dose poderá ter que ser reduzida.

Se a situação clínica que motivou a redução da dose (por exemplo insuficiência renal) melhorar, a dose poderá ser reajustada outra vez.

Se está medicado com varfarina ou similares, a dose dependerá do valor de INR determinado na análise laboratorial. Para a maioria dos doentes, este valor deve estar entre 2 e 3 em pelo menos 70% do tempo.

### O seu risco de hemorragia quando medicado com anticoagulantes

Quando o seu médico lhe prescreve um anticoagulante, outros fatores que aumentam o risco hemorrágico devem ser avaliados e orientados. Isto inclui o controlo de hipertensão arterial, aconselhamento no sentido de reduzir consumo de álcool e evitar fármacos que aumentem o risco hemorrágico.

É raro o risco hemorrágico ser tão elevado que se sobrepõe ao benefício da anticoagulação. Deve estar envolvido nestas decisões e ser informado dos riscos e benefícios, assim como deve estar alertado quanto aos medicamentos que aumentam o risco hemorrágico.

### Associação com outros fármacos cardiovasculares

Um grupo comum de fármacos designados anti-plaquetários (por exemplo, aspirina, clopidogrel) são frequentemente utilizados na prevenção de enfarte do miocárdio. Imediatamente após um enfarte do miocárdio ou uma intervenção nos vasos sanguíneos, poderá necessitar destes fármacos em associação ao anticoagulante. A sobreposição deste medicamento deve ser a mínima necessária, no sentido de reduzir o risco hemorrágico. Após 12 meses, na maior parte dos doentes, manterá apenas o anticoagulante, sem aspirina ou clopidogrel.

### Controlar a sua frequência cardíaca (FC)

Na FA a sua frequência cardíaca (FC) pode ser rápida e irregular, sendo necessário medicamentos para diminuir a FC. Fármacos frequentemente utilizados são os bloqueador beta ou digoxina, que podem

ser utilizados na presença ou ausência de insuficiência cardíaca. O diltiazem ou Verapamil são também eficazes no controlo de FC mas não podem ser utilizados na presença de insuficiência cardíaca com contractilidade reduzida.

Alguns doentes com FA podem apresentar FC baixa, mesmo sem medicação, tendo se monitorizados para a eventual necessidade de implantação de um *pacemaker*.

## Restabelecer o ritmo cardíaco normal

Esta estratégia deve ser considerada em determinados doentes, que assim sejam selecionados pelo seu médico, pelas suas características. Deve ser discutido consigo os possíveis métodos para alcançar este objetivo. O objetivo do tratamento será restaurar o ritmo cardíaco normal (ritmo sinusal) e mantê-lo a longo prazo. Há várias abordagens possíveis, tais como:

- Cardioversão elétrica (descarga de impulso elétrico no coração enquanto está sedado)
- Medicação, quer administrada imediatamente quer administrada a longo prazo
- Ablação por cateter, um procedimento para prevenir que determinados impulsos elétricos entrem no coração e originem FA
- Ablação endoscópica, um procedimento semelhante à ablação por cateter, mas com uma abordagem por pequena cirurgia
- Cirurgia aberta, geralmente em doentes que vão ser submetidos a cirurgia cardíaca por outro motivo

As secções seguintes abordam estas opções mais detalhadamente.

### Mante-lo seguro enquanto se restabelece o ritmo cardíaco normal

Embora possa parecer que restaurar o ritmo cardíaco normal (ritmo sinusal) seja algo urgente, faz todo o sentido atrasar esta decisão caso não esteja anticoagulado (o que se recomenda durante 3 semanas antes do procedimento de reversão a ritmo sinusal). Adicionalmente, a medicação utilizada para restabelecer o ritmo sinusal, pode apresentar vários efeitos laterais, o que deve ser tomado em consideração no sentido de garantir a sua segurança.

## Cardioversão

Caso se apresente agudamente muito sintomático, a cardioversão elétrica poder ser realizada de forma rápida e segura. Isto implica a administração de um impulso elétrico ao coração através da parede torácica. Este tratamento é realizado sob sedação para garantir analgesia, com uma recuperação expectavelmente rápida. Em outras situações, as opções de reversão a ritmo sinusal através de cardioversão elétrica vs medicação, serão discutidas consigo, tendo em consideração vários fatores clínicos e os relacionados com o centro onde é avaliado.

### Razões para utilizar o controlo de ritmo a longo prazo

Os principais objetivos do tratamento da FA é a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida. Em alguns doentes, a preferência para manter o ritmo cardíaco normal, prender-se-á com a melhoria do prognóstico.

## Sucesso ou insucesso

A FA pode recorrer apesar das tentativas para manter o ritmo cardíaco normal e os episódios podem ocorrer com ou sem sintomas. Por isso, se apresentar fatores de risco para formação de coágulos, não deve suspender a anticoagulação, sem indicação médica, apesar de não apresentar sintomas ou mesmo se estiver em ritmo sinusal.

## Ablação por cateter

Este procedimento utiliza instrumentos como cateteres, que vão através dos vasos sanguíneos até ao coração, com o objetivo de interromper circuitos elétricos responsáveis pela FA. Alguns hospitais utilizam anestesia geral e outros apenas sedação. Assim, a sua permanência no hospital após o procedimento poderá variar, mas na ausência de complicações, será curta. Há complicações que



podem estar associadas ao procedimento, que serão discutidas pelo seu cardiologista.

A taxa de sucesso do procedimento depende de vários fatores. Globalmente falando, este procedimento é mais eficaz em doentes com FA com início recente ou intermitente, sendo que neste grupo de doentes a ablação por cateter pode ser a primeira opção de tratamento na estratégia de controlo de ritmo. Noutro doentes, a ablação por cateter está recomendada se os medicações foram ineficazes ou promoveram efeitos laterais.

## Ablação endoscópica

Este procedimento requer acesso ao coração através de pequenas incisões na parede torácica. É necessário um cirurgião experiente, pelo que não está disponível em todos os centros que tratam doentes com FA. É muito eficaz ao criar uma barreira à atividade elétrica que causa FA e poder ser combinado com a técnica de ablação por cateter. Estas abordagens estão recomendadas nas situações nas quais a ablação por cateter não foi bem sucedida ou em doentes com FA persistente que não responderam à medicação. Durante o procedimento, o cirurgião irá excluir estruturalmente a área onde mais comumente se formam os coágulos sanguíneos no contexto de FA, embora isto não implique a descontinuação da anticoagulação, caso apresente fatores de risco para AVC.

## FA e cirurgia cardíaca

Se vai ser submetido a uma cirurgia cardíaca aberta por outro motivo, o seu cirurgião poderá realizar, ablação da FA no mesmo procedimento. Esta abordagem está recomendada apenas em hospitais que tenham equipas cirúrgicas experientes nesta área. Durante o procedimento, o cirurgião irá excluir a área onde mais comumente se formam os coágulos sanguíneos no contexto de FA, embora isto não implique a descontinuação da anticoagulação, caso apresente fatores de risco para AVC.

## Reavaliação da sua condição clínica

A organização dos cuidados de saúde difere de país para país. Contudo, deve sempre esperar receber um seguimento por profissionais médicos, mais frequentemente liderados por um cardiologista ou um médico generalista, que poderão requisitar um apoio mais especializado (por exemplo, cirurgião ou neurologista). Este seguimento, poderá ser associado a um apoio de outros profissionais como enfermeiros, nutricionistas, pneumologistas. Alguns sistemas de saúde estão capacitados de clínicas específicas para doentes com FA.

Se a sua situação clínica está estável, e os seus sintomas estão controlados, poderá obter alta hospitalar. A avaliação dos seus fatores de risco e necessidade de anticoagulação, dever-se-á manter de forma continuada e reavaliada regularmente pelo seu médico dos cuidados de saúde primários. Se está perturbado com a sua FA, deve procurar uma reavaliação no sentido de decidir com o seu médico assistente, a necessidade de alhear o plano definido. Se apresentou uma perda de consciência ou dor torácica persistente, deve procurar uma avaliação urgente.



This guide for patients is a simplified version of the [ESC Clinical Practice Guidelines](#) for the management of atrial fibrillation.

## Authors

Inge Mølgaard (Denmark) ESC Patient Forum, Sophia Antipolis, France.

Inga Drossart, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis, France.

Jeremy Dwight (United Kingdom) ESC Patient Forum, Sophia Antipolis, France.

Tiny Jaarsma, Health, Medicine, and Caring Science, Linköping University, Linköping, Sweden & Department of Cardiology, University Medical Center Utrecht, Utrecht, Netherlands.

Tom J. R. De Potter, Department of Cardiology, OLV Hospital, Aalst, Belgium.

Isabelle C. Van Gelder, Department of Cardiology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands.

Dipak Kotecha, Institute of Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, United Kingdom & NIHR Birmingham Biomedical Research Centre, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom.

## Disclaimer

This material was adapted from the 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation (European Heart Journal 2024 - doi:10.1093/eurheartj/ehae176) as published on 30 August 2024.

Copyright © European Society of Cardiology 2024 - All Rights Reserved.

This material has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorised. No part of this document may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - France. Email: [guidelines@escardio.org](mailto:guidelines@escardio.org)

This material was adapted from the ESC Guidelines as an aid to patients and carers. It represents the views of the ESC and was produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge and the evidence available at the time of their publication. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of healthcare or therapeutic strategies. Please refer to the preamble of the original guidelines for further details of the role of Clinical Practice Guidelines and the individual responsibility of health professionals when making decisions for the care of patients.