

Protocolo Gerenciado de Flutter e Fibrilação Atriais

PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA	
Nome _____	Telefone _____
Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____	E-mail _____
Convênio _____	Hospital _____
Registro _____ Leito _____	Hora da Avaliação Médica ____:____
	Médico responsável pelo atendimento _____

EMERGÊNCIA

Sinais de Instabilidade Hemodinâmica Não Sim

- Choque cardiogênico Edema agudo do pulmão Dor anginosa
 Hipotensão Rebaixamento do nível de consciência

Em casos de instabilidade hemodinâmica:

Cardioversão elétrica sincronizada seguido de Anticoagulação com Heparina de baixo peso

- 1º Choque 120J Se não reverter aplicar 2º Choque com 200J Caso não reverta 3º Choque 200J

Eletrocardiograma de 12 derivações:

- FA Flutter Frequência Cardíaca: _____ Bpm Pressão Arterial ____/____ mmHg

Tempo de Início dos Sintomas: < 48h ≥ 48h Indeterminado

História Progressiva Nega Internação prévia por FA / Flutter? Não Sim Quando: _____

- Doença Arterial Coronariana Portador de Stent Coronariano Cardiomiopatia Dilatada/Isquêmica Hipertireoidismo
 Asma Insuficiência Renal Crônica Portador de DCEI (Marcapasso, Ressincronizador, Desfibrilador) HAS
 Valvopatia Moderada Grave Prótese Valvar Biológica Prótese Valvar Metálica Uso de Álcool Uso de Drogas Ilícitas

Conduta na Emergência (Vide Fluxograma Anexo)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Controle da FC <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Metoprolol | <input type="checkbox"/> Deslanosídeo C | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Reversão medicamentosa <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Propafenona | <input type="checkbox"/> Amiodarona | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Reversão espontânea <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim | | | |
| Cardioversão Elétrica <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim | Nº de Choques: _____ | Carga Total: _____ | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Iniciado Anticoagulação <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> NOAC'S <input type="checkbox"/> Varfarina <input type="checkbox"/> Heparina de baixo peso | | |
- Já em uso: _____

Avaliação de risco tromboembólico:

(Iniciar anticoagulação em pacientes com Escore ≥ 2)

CHA ² DS ² VASc	Escore	Escore Paciente
C Insuficiência cardíaca congestiva/ Disfunção Ventricular Esquerda	1	
H Hipertensão	1	
A Idade ≥ 75 anos	2	
D Diabetes Mellitus	1	
S AVC / AIT	2	
V Doença vascular (infarto do miocárdio, doença arterial periférica ou ateromatosa)	1	
A Idade entre 65-74 anos	1	
S Sexo feminino	1	

**OBS.: Não anticoagular em casos de AVC < 7 dias e Hemorragia digestiva.
Não usar NOAC's em casos de prótese valvar metálica e
estenose mitral moderada a grave**

<input type="checkbox"/> Apixabana 5mg 12/12h	Pacientes com 2 ou mais fatores (idade ≥ 80 anos, peso < 60kg, creatinina sérica ≥ 1,5mg/dl) devem receber 2,5mg 12/12h.
<input type="checkbox"/> Dabigatran 150mg 12/12h	Pacientes com idade ≥ 75 anos: Administrar dose de 110mg 2x/dia. Não recomendado para pacientes com CrCL < 30ml/min.
<input type="checkbox"/> Edoxabana 60mg 1x/dia	Pacientes com: • Disfunção renal moderado ou grave (ClCr 15-50ml/min.) • Peso corporal < 60kg • Utilização concomitante dos inibidores da glicoproteína-P (gp). Administrar dose de 30mg 1x/dia. Não é recomendado para pacientes com ClCr < 15ml/min.
<input type="checkbox"/> Rivaroxabana 20mg 1x/dia	Pacientes com Clearance de Creatinina entre 30 e 49ml/min: Administrar dose de 15mg 1x/dia. Não recomendado para pacientes com CrCL < 30ml/min.
<input type="checkbox"/> Varfarina 5mg	1 comprimido. Dosar INR 3 dias depois.

Desfecho Final na Emergência

- Alta com orientações Alta à revelia Internação
 Transferência Hospitalar Óbito Data: ____/____/____

Medicamentos na Alta

- Não se Aplica Controle da FC
 Anti-arrítmico Anti-coagulante Anti-agregante

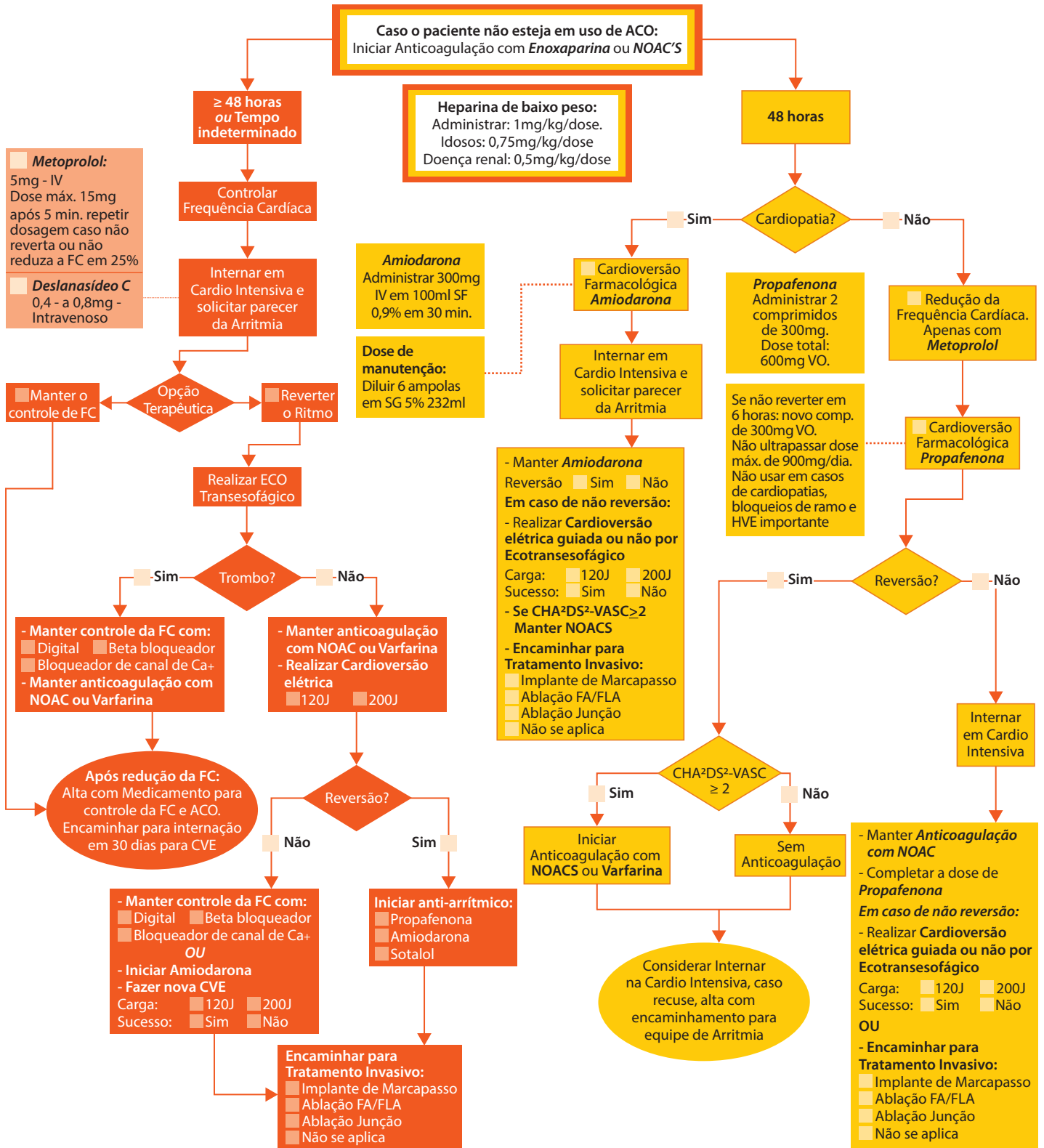
Em caso de parecer, fazer contato com Equipe de Arritmia

Hospital São Luiz Unidades Itaim e Morumbi: Ana Cristina Ludovice (11) 99616-5965 / Hindalis Ballesteros Epifanio (11) 99624-6095
Cíntia Busato (42) 9922-9009 / Paola Pretti (11) 99996-9090

Hospital São Luiz Unidades Anália Franco, São Caetano e Hospital Villa-Lobos: André Maria (11) 98478-7603 / Carolina Isabel Silva Lemes (12) 98158-2966
Cristiano Dietrich (11) 96397-8996 / Guilherme Augusto Teodoro Athayde (11) 98111-5903
Luciana Armaganijan (11) 96498-7878 / Marcel Moussa (11) 98346-7950
Olivia Franco (11) 99157-5597 / Rodrigo Cagi (11) 99568-3011

Hospital São Luiz Unidade Jabaquara: Bruno Valdigem (11) 98506-0014 / Carla Almeida (11) 98207-5762
Nilton Carneiro (11) 99756-5296 / Rogério Braga (11) 97611-8223

DIRECIONAMENTO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM FIBLILAÇÃO ATRIAL E FLUTTER BASEADO NO TEMPO DE INÍCIO DOS SINTOMAS



Desfecho na Internação

Sangramento Gastro-Intestinal Genito-Urinário - Sem Intervenção Com Intervenção
 AVCI AVCH Embolia Pulmonar TVP
 Alta Óbito Data ____/____/____

Medicamentos prescritos na Alta

Anti-arrítmico Propafenona Amiodarona Sotalol Não se aplica
Controle da frequência cardíaca Beta-bloqueador Digital Bloqueador do canal de Ca+ Não se aplica
Anti-coagulante Apixabana Dabigatrana Varfarina Rivaroxabana Edoxabana Não se aplica
Anti-agregante Aspirina Clopidogrel Ticagrelor Prasugrel Não se aplica