

Manejo da fibrilação atrial na urgência

Alves, JBB¹; Costa, HCM¹; Couto, LED¹; Fontes, VF¹; Garchet, HQC¹; Radael, DM¹; Soares, JHS¹.

RESUMO

¹Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Fibrilação atrial é a arritmia mais comumente encontrada na prática clínica. Costuma ser um achado ocasional uma vez que não apresenta sintomatologia clássica. A classificação temporal é muito útil para prever a conduta a ser adotada na sala de emergência. Reconhecer e tratar são passos importantes para a prevenção de perigosas complicações como o AVE. Esse artigo tem como objetivo fazer uma breve revisão do assunto e orientar o emergencista para que saiba manejar a fibrilação atrial, reduzindo com isso a morbidade e mortalidade desta entidade.

Palavras-chave: Fibrilação Atrial; Urgência; Conduta.

ABSTRACT

Atrial Fibrillation is the most common arrhythmia found in clinical practice. It uses to be an occasionally finding, as it does not have classical symptoms. Temporal classification is very useful to predict the conduction to be adopted in the emergency room. Recognizing and treatment are important steps to prevent dangerous complications as stroke. This article aims to make a brief review from this subject and to give orientation to the emergency doctor in the management of atrial fibrillation, reducing morbidity and mortality.

Key words: Atrial Fibrillation; Emergency; Conduction.

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial (FA) é das arritmias mais comumente encontradas em serviço de urgência. A sua prevalência é de 0,4% na população geral. Esta prevalência duplica a cada década de vida após os 50 anos de idade¹.

Em até 30% dos pacientes não é encontrada qualquer patologia. As entidades nosológicas mais comumente associadas à FA são: doença do nó sinusal, síndrome de Wolf-Parkinson-White, hipertensão arterial sistêmica, valvulopatia reumática, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, hipertireoidismo e distúrbios hidroeletrólíticos.²

A FA é descoberta ocasionalmente por intermédio da eletrocardiografia sem que haja alguma suspeita clínica. É causa importante de eventos embólicos, especialmente, de acidente vascular-encefálico, naturalmente, com significativa morbi-mortalidade².

Este artigo baseia-se nos últimos consensos sobre FA com o objetivo de orientar o seu diagnóstico em serviços de urgência.

Endereço para correspondência:
henriqueirozcg@yahoo.com.br

DEFINIÇÃO

A FA é uma taquiarritmia supra-ventricular caracterizada por incoordenação da atividade elétrica atrial, cuja consequência é a deterioração da função mecânica do coração. O eletrocardiograma (ECG) revela substituição de ondas P por rápidas oscilações conhecidas como ondas f que variam em amplitude, forma e frequência, associadas ao ritmo ventricular, em geral, irregular e rápido, quando a condução atrioventricular está intacta³.

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

A FA pode ser assintomática ou sintomática, formas que podem ocorrer em um mesmo paciente². A forma assintomática costuma ser diagnosticada durante a ausculta cardíaca e confirmada pelo ECG, sendo impossível precisar a sua duração. A forma sintomática é variável e pode se expressar como palpitações, dor torácica, fadiga ou tonteira. Pode ainda ocorrer como agravo de uma cardiopatia de base ou como primeira manifestação de uma complicação de fenômeno tromboembólico². Nesta forma é mais fácil precisar a duração da FA, quesito de grande relevância em sua classificação.

A FA de acordo com a sua duração pode ser:

- inicial: primeira detecção, sintomática ou não, com duração superior a 30 segundos, podendo ter início desconhecido;
- crônica: quando se documenta a recorrência podendo se apresentar de três formas distintas: a) paroxística: duração de até 7 dias, em geral, autolimitada e com reversão espontânea; b) persistente: duração superior a 7 dias. Sua interrupção, em geral, exige cardioversão elétrica (CVE) ou farmacológica (CVF);
- permanente: documentada há algum tempo com insucesso da CVE ou farmacológica, ou recorrência em até 24h após CVE, ou quando a CVE é contra indicada¹.

O ECG é exame fundamental para a confirmação diagnóstica da FA. São também fundamentais o exame de função tireoidiana, o ionograma (sódio, potássio e magnésio) para determinação de possíveis causas que, se confirmadas, são passíveis

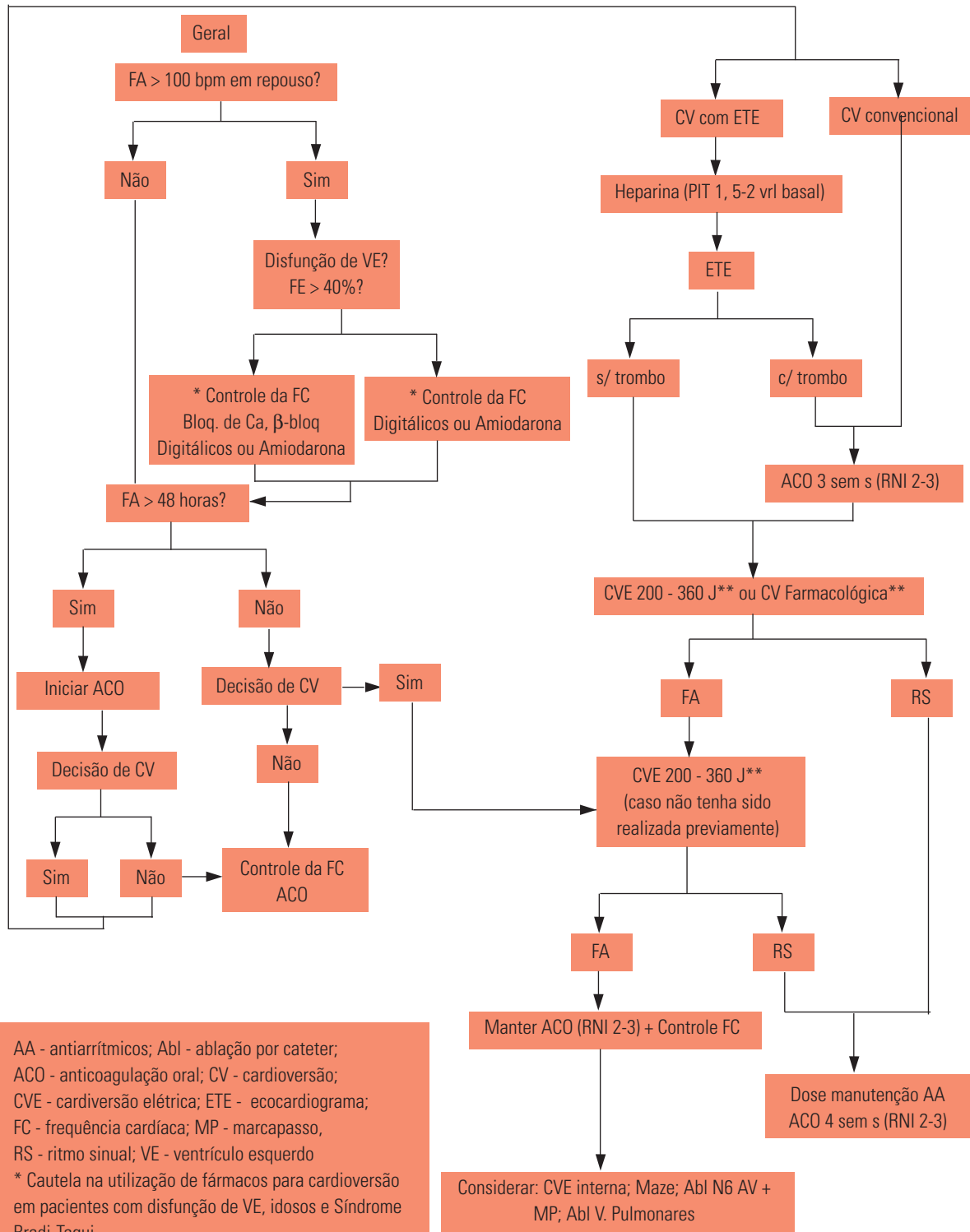
de tratamento. O ecocardiograma transtorácico (ETT) é importante para a avaliação de alterações cardíacas que justifiquem a presença da FA, entretanto, este exame possui baixa sensibilidade para a pesquisa de trombos intracavitários. O ecocardiograma transesofágico (ETE) tem sensibilidade e especificidade próximos a 100% para diagnóstico desses trombos sendo, por isso, mais indicados para esta pesquisa.

CONDUTA

A terapêutica da FA no setor de urgência inclui a restauração do ritmo sinusal, o controle de frequência e a administração de anticoagulação.

A primeira medida consiste na observação da frequência cardíaca (FC), que deve ser reduzida para a normalidade se estiver acima de 100 bpm. Neste caso a medicação a ser usada depende da análise da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). É necessário o uso de uma ou mais das seguintes drogas: bloqueadores de canal de cálcio, beta-bloqueadores, digitálicos, amiodarona; ou, digitálicos, amiodarona¹, se a FC estiver acima ou abaixo de 40%, respectivamente.

A segunda medida (ou medida inicial se a frequência situa-se entre 60 a 100 bpm) consiste em estimar a sua duração. Nos casos em que o tempo da FA for inferior a 48 horas pode-se optar pela: CVE (iniciar com 200 J e, se não houver reversão, aumentar de 100 em 100 J até atingir 360 J)¹; ou, CVF (Propafenona: droga de escolha em pacientes sem cardiopatia estrutural, na dose de 2 mg/kg, IV; ou, 450 a 600 mg VO; ou, Amiodarona: infusão inicial de 5 a 7 mg/kg, IV, em 30-60 minutos, e em seguida 1,2 a 1,8 g/dia até o total de 10 g); ou, anticoagular o paciente e aguardar uma cardioversão espontânea. Nos casos em que a duração da FA for superior a 48 horas, deve ser iniciada a heparinização. A seguir, caso seja possível realizar no serviço, realizar ETE para verificar a presença de trombos intracavitários. A cardioversão (CV) está indicada na ausência de trombo. A anticoagulação via oral deve ser mantida por três semanas diante da presença de trombos, após a qual deve ser feita a CV. A impossibilidade da realização de um ETE, requer a anticoagulação por três semanas seguida de CV^{1, 2, 3}.



AA - antiarrítmicos; Abl - ablação por cateter;
 ACO - anticoagulação oral; CV - cardioversão;
 CVE - cardioversão elétrica; ETE - ecocardiograma;
 FC - frequência cardíaca; MP - marcapasso,
 RS - ritmo sinusal; VE - ventrículo esquerdo
 * Cautela na utilização de fármacos para cardioversão em pacientes com disfunção de VE, idosos e Síndrome Bradi-Taqui.
 ** Choque Bifásico reduz em 30% a 50% a energia e o número de tentativas
 *** Drogas administradas IV ou VO, ou associações, se necessário; Cautela no uso de Bloq. Ca e β-Bloq. nos idosos; Cautela na administração, sob suspeita de Síndrome de Bradi-Taqui

A anticoagulação deve ser feita por mais quatro semanas associada a doses profiláticas de antiarrítmicos em caso de reversão para o ritmo sinusal. A refratariedade a estas medidas requer a manutenção da anticoagulação e o controle da FC, e considerar tratamentos invasivos como cardioversão elétrica interna, cirurgia de Maze, ablação do nó AV, uso de marcapasso e ablação de veias pulmonares¹.

REFERÊNCIAS

1. Filho M, et al. Diretrizes de fibrilação atrial. *Arq Bras Cardiol*. Vol. 81, n. 6, p. 2-24, 2003.
2. Lévy S, Breithardt G, Campbell R.W.F et al. Atrial fibrillation: current knowledge and recommendations for management. *European Heart Journal*, 1998, 19(9):1294-1320.
3. ACC/AHA/Physician consortium 2008 clinical performance measures for adults with nonvalvular atrial fibrillation or atrial flutter. A Report of the American College of cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures and the Physician Consortium for Performance Improvement (Writing Committee to Develop Clinical Performance Measures for Atrial Fibrillation).