

FIBRILAÇÃO ATRIAL: CONDUTAS E RESULTADOS

ATRIAL FIBRILLATION: CONDUCTIBILITY AND RESULTS

Lauro Martins Júnior *

Das arritmias supraventriculares, a fibrilação atrial merece destaque, seja por sua grande frequência, 10% a 30% dos pacientes com insuficiência cardíaca crônica, seja pela repercussão que provoca na história natural da doença.

As arritmias se desencadeiam em razão do comprometimento da musculatura dos átrios pela patologia de base (miocardiopatia primária ou secundária) ou quando esta é distendida como resultado da sobrecarga de pressão ou volume dos ventrículos direito ou esquerdo.

Os efeitos adversos das taquiarritmias, e em especial da fibrilação atrial, são exercidos por quatro mecanismos:

- 1) Perda do componente atrial do enchimento ventricular.
- 2) Frequência cardíaca rápida aumenta a demanda e diminui a perfusão coronariana, pela diminuição do tempo de enchimento ventricular.
- 3) A resposta ventricular acelerada diminui ambos a contração do coração e o relaxamento ventricular.
- 4) A estase do sangue nos átrios predispõe a formação de trombos cavitários, podendo desencadear embolias pulmonares e sistêmicas.

A fibrilação atrial se associa à piora da insuficiência cardíaca e do prognóstico a longo prazo.

À luz da fisiopatologia exposta, são essenciais na abordagem terapêutica o controle da frequência cardíaca e a prevenção dos eventos tromboembólicos.

O agente mais utilizado para reduzir a frequência era o digital, porém a redução da condução AV é pouco efetiva no exercício. Os betabloqueadores são os mais utilizados por serem eficazes tanto no repouso quanto no exercício e podem ser associados ao digital para melhor resultado.

Menos utilizados são os bloqueadores de canal de cálcio diltiazem e verapamil, porque podem reduzir a fração de ejeção (efeito inotrópico negativo) e piorar a insuficiência cardíaca. Outra alternativa útil é a amiodarona, cujos efeitos colaterais são importantes principalmente no uso prolongado. Se a farmacologia falhar, pode-se tentar a ablação do nó AV por radiofrequência. Todo o esforço deve visar a redução da frequência cardíaca para 80 ou 90/min em repouso e de 110 a 130/min no exercício moderado.

Quanto à anticoagulação, deveria ser instituída em todos os pacientes com insuficiência cardíaca e fibrilação atrial, independentemente de que tenha havido reversão ao ritmo sinusal, por causa da alta probabilidade da recorrência silenciosa de FA e seu risco embolígeno. Em resumo:

- a) Indicações da anticoagulação: valvopatia mitral com fibrilação atrial recorrente ou crônica, miocardiopatia dilatada com FA recorrente ou crônica, cardioversão eletiva

em valvopatia reumática, próteses valvulares, átrio esquerdo dilatado ou antecedentes de eventos embólicos, cardiopatia isquêmica ou hipertensiva com antecedentes de eventos embólicos relacionados à FA, evidência de trombo no AE em exame ecocardiográfico ou ecocardiograma transesofágico.

- b) Controvérsias: FA crônica em pacientes idosos, FA relacionada à tireotoxicose.

- c) Não indicada nos episódios isolados de fibrilação atrial.

- d) Contraindicações relativas:

- Dificuldade de controlar tempo de protrombina,
- Demência associada,
- Neoplasias malignas,
- Antecedentes de eventos hemorrágicos,
- hipertensão arterial não controlada.

Finalmente, a resposta à questão: deveriam ser os pacientes em FA e com insuficiência cardíaca ser convertidos e mantidos em ritmo sinusal?

Foram analisados cerca de cinco mil pacientes em quatro estudos mais importantes.

Eis os resultados:

A conversão farmacológica ou elétrica mostrou evoluções semelhantes a longo prazo.

A maioria dos pacientes teve recidiva da fibrilação a curto prazo, a menos que mantivessem uso de anti-arrítmicos das classes I e III da classificação de Vaughan Williams. No entanto, os da classe I (quinidina, procaína, disopirâmida, propafenona, mexiletina, entre outros) têm ação cardiodepressora e efeitos pró-arritmogênicos que aumentam o risco de morte. Os da classe III (sotalol, amiodarona) podem manter o ritmo sinusal, mas têm muitos efeitos colaterais. Quanto à anticoagulação, a maioria dos pacientes que tiveram eventos tromboembólicos não estava em uso de anticoagulantes nem recebia drogas em doses terapêuticas.

A motivação para esta breve revisão da fibrilação atrial foi a utilização rotineira da anticoagulação, para algumas escolas obrigatória. Como visto acima, há que se respeitar as contraindicações e controvérsias; nem sempre podemos utilizar este recurso terapêutico com segurança.

Temos conhecimento e experiência pessoal de eventos hemorrágicos graves, particularmente entre idosos, cuja atividade protrombínica, após uso prolongado do fármaco, não consegue ser normalizada na sua suspensão, apesar de doses generosas da fitomenadiona. Neste grupo populacional, quando bem indicada a anticoagulação não deve ser prolongada por mais de poucas semanas.

É nossa opinião.