

FIBRILAÇÃO ATRIAL SUSTENTADA E SUAS CONSEQUÊNCIAS EM LONGO PRAZO

ATRIAL FIBRILLATION SUSTAINED AND ITS CONSEQUENCES IN THE LONG TERM

ANDRÉIA ROMÃO¹, ADRIANO PRETO¹, FABIULA BUZATTO MANTOVAN BERTINI¹, FÁBIO LOMBARDI^{1*}, ENIO TEIXEIRA MOLINA FILHO², JEFFERSON FISCHER³, RICARDO DE MARCHI⁴, TALITA DEMENEZES⁵

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade Ingá; 2. Médico intensivista no Hospital Metropolitano, especialista em Clínica Médica, especialista em Urgência e Emergência; 3. Médico intensivista no Hospital Metropolitano, especialista em Clínica Médica, especialista em Urgência e Emergência; 4. Professor de Cardiologia, especialista em cardiologia pela SBC, Mestrando em Ciências da Saúde UEM. Professor de Cardiologia da Faculdade Ingá; 5. Médica Infectologista no Hospital Metropolitano, especialista em Clínica Médica.

* Rua Lércio Costa, 492, Centro, São João do Ivaí, Paraná, Brasil. CEP: 86930-000. fabio.lombardi.2402@hotmail.com

Recebido em 23/12/2014. Aceito para publicação em 15/01/2015

RESUMO

A fibrilação atrial é uma alteração do ritmo cardíaco que pode causar sintomas como palpitações, fadiga e dispneia. A FA é a principal causa de AVC na terceira idade, com grande impacto na qualidade de vida. A FA se associa ao AVC e os estudos demonstram que a possibilidade é de cinco a sete vezes maior comparado a população sem FA. A FA pode ser tratada com medicação, cardioversão, procedimento de ablação por cateter ou ablação cirúrgica. Este artigo tem como finalidade a realização de uma revisão bibliográfica sobre as consequências da FA a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Consequências, expectativa, fibrilação atrial, medicamento, tratamento.

ABSTRACT

Atrial fibrillation is an abnormal heart rhythm that can cause symptoms such as palpitations, fatigue, and dyspnea. Atrial fibrillation is the leading cause of stroke in the elderly, with great impact on quality of life. Atrial fibrillation is associated with strokes and studies demonstrate that the possibility is five to seven times higher than the population without AF. AF can be treated with medication, cardioversion, ablation procedure catheter or surgical ablation. This article is intended to carry out a literature review on the long-term consequences of the FA.

KEYWORDS: Consequences, expectation, atrial fibrillation, drug, treatment.

1. INTRODUÇÃO

A 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. Essa desorganização elétrica é tamanha que inibe o nó sinusal enquanto a FA persistir. Ao eletrocardiograma, a ausência de despolarição atrial organizada reflete-se com a substituição das ondas P, características do ritmo sinusal, por um tremor de alta frequência da linha de base do eletrocardiograma que varia em sua forma e amplitude. A FA é a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. Sua prevalência aumenta com a idade e frequentemente está associada a doenças estruturais cardíacas, trazendo prejuízos hemodinâmicos e complicações tromboembólicas com grandes implicações econômicas e na morbi-mortalidade da população¹.

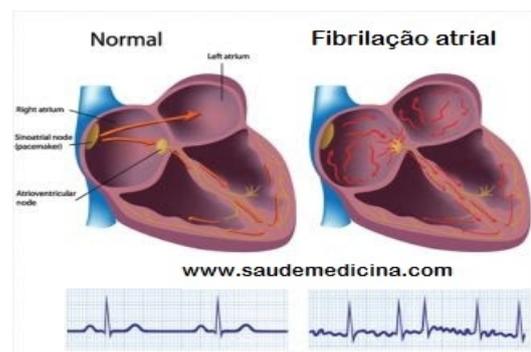


Figura 1. Diferença entre ritmo normal e Fibrilação atrial. Fonte: Saúde medicina. Disponível em: www.saudemedicina.com. Acesso em Nov. de 2014.

A fibrilação atrial é a arritmia supraventricular que mais se relaciona com eventos morbidos, temos que ter em mente que eventos adversos podem ocorrer como acidentes tromboembólicos e insuficiência cardíaca o que pode aumentar a mortalidade em diversas cardiopa-

tias. Diversos estudos foram realizados, entretanto o estudo Framingham demonstrou que a incidência de infartos cerebrais é cinco vezes maior em portadores de FA².

Por ser a arritmia mais comum, é importante que fique claro que um terço das hospitalizações ocorre por esse ritmo cardíaco. Por isso é importante que no momento do diagnóstico de FA o médico possa saber diferenciar em que tipo de arritmia está se deparando, pois a terapia medicamentosa ou não medicamentosa dependerá do diagnóstico correto. A conduta correta frente a essa arritmia é importante para evitar complicações³.

Os fatores de risco para o desenvolvimento da FA, que podem prejudicar o paciente também devem ser levados em consideração por isso é importante o controle adequado da hipertensão, diabetes e estar diagnosticando quanto à presença de valvulopatias, não esquecendo que a idade também entra como fator de risco sendo maior em indivíduos de mais idade. Isso é importante porque o risco de eventos complicadores é o dobro em pessoas com ritmo sinusal, visto a importância de se evitar a mortalidade e consequentemente aumentar a expectativa de vida desses pacientes³.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Para esta revisão de literatura foram utilizados bancos de dados online como LILACS, BIREME, SCIELO e MEDLINE. Foram selecionados artigos científicos que abordavam o tema proposto e cuja publicação fosse a partir do ano de 1995 até 2014, e também realizadas pesquisas em livros, como fonte de informações técnicas.

3. DESENVOLVIMENTO

A Fibrilação Atrial é um ritmo anormal e irregular, por meio do qual os sinais elétricos são gerados caoticamente através das câmaras superiores do coração. Sendo considerada uma anormalidade do ritmo do coração que resulta frequentemente em batimentos rápidos e irregulares.

Podemos observar que a Fibrilação Atrial é a arritmia mais comum na prática clínica, responsável por um grande número de hospitalizações, segundo publicação Arquivos Brasileiro de Cardiologia (Diretrizes das indicações da ecocardiografia 2010), “Estima-se que 2,2 milhões na América do Norte e 4,5 milhões na União Europeia têm FA persistente ou paroxística. O risco de desenvolver FA é de um para cada 4 indivíduos a partir dos 40 anos de idade, o que corresponde a cerca de 25% naqueles com 55 anos”.

Nas diretrizes brasileiras de FA, (2009)³, enfatiza-se o fato da FA ser a arritmia cardíaca sustentada mais fre-

quente, e que sua prevalência aumenta com a idade seus riscos a longo prazo, além do grande número de internações, “(...)”, sua prevalência aumenta com a idade e frequentemente está associada a doenças estruturais cardíacas, trazendo prejuízos hemodinâmicos e complicações tromboembólicas com grandes implicações econômicas e na morbimortalidade da população. Estima-se que a FA seja responsável por 33% de todas as internações por arritmias.” (...)”³.

Esses dados são importantes, pois o avanço tecnológico da medicina permite um avanço na expectativa de vida, aumentando a prevalência de cardiopatias crônicas na população, justificando o aumento de internações hospitalares por FA, elevando os custos da saúde pública³.

Ainda segundo as Diretrizes de FA, (2009)³, “Estima-se que no Brasil existem em torno de 1,5 milhões de pacientes com FA e que essa população se correlacione com a pirâmide etária”³.

“A prevalência de FA na população geral é estimada entre 0,4% e 1%, aumentando substancialmente com a idade”³.

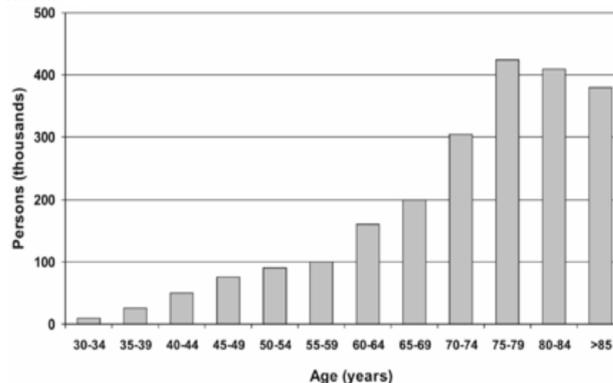


Figura 2. Prevalência de FA de acordo com a faixa etária. **Fonte:** Scielo - Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial³. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf. Acesso em out. 2014.

Portanto, analisar a faixa etária mais acometida é importante para se priorizar o tratamento e se evitar as complicações em longo prazo, por isso nas Diretrizes de FA, (2009)³, cita as suas respectivas idades e qual idade de maior prevalência, como podemos observar: “Na figura 2, observa-se que a prevalência de FA em pacientes com menos de 60 anos é inferior a 0,1%, ao passo que nos acima dos 80 anos sua prevalência é de 8%. A média de idade dos pacientes com FA é de 75 anos sendo que 70% da população com FA está na faixa etária dos 65 aos 85 anos”³.

Além de citar a idade como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de FA, não podemos esquecer que existem outras causas que podem ser de grande valia para o desenvolvimento de FA, no estudo Framingham, citado pelas Diretrizes de FA, (2009)³, observa-se que: “Existem diferentes fatores de risco para a ocorrência de

FA, o desenvolvimento de FA ocorre com o aumento da idade e com a ocorrência de diabetes, hipertensão e valvulopatias²³.

Além do estudo Framingham, as Diretrizes de FA, (2009)³, cita os principais fatores de risco para o desenvolvimento de FA, o que nos dá maior respaldo quanto os principais fatores determinantes que podem acometer os indivíduos, e consequentemente virem a desenvolver essa arritmia cardíaca, como podemos observar: Condições específicas associadas com FA incluem doença valvular cardíaca (mais comumente afecções da valva mitral), IC, doença arterial coronariana e hipertensão arterial sistêmica, particularmente quando associada à hipertrofia ventricular esquerda³.

Além disso, a FA (2009)³ pode estar associada à cardiomiopatia hipertrófica, miocardiopatia dilatada, miocardiopatia por depósito de glicogênio (p.e. mutação do PRKAG2), cardiopatias congênitas, especialmente nos adultos com defeito do septo interatrial. Etiologias potenciais incluem ainda cardiomiopatias restritivas (p.e. amiloidose, endomiocardiofibrose e hemocromatose), tumores cardíacos e pericardite constrictiva. Outras doenças cardíacas, tais como prolapso da válvula mitral com ou sem regurgitação associada, calcificação do anel mitral, cor pulmonale e dilatação idiopática do átrio direito, têm sido associadas à maior incidência de FA, assim como a síndrome de apneia do sono.

Sendo assim, em recente diretriz, a classificação da FA representou um consenso para torná-la simplificada e com relevância clínica, pois é necessária se conhecer o tipo de FA, pois a conduta a ser tomada dependerá do tipo de arritmia diagnosticada, como podemos observar na citação do Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2009: “Se a arritmia termina espontaneamente, a FA é designada *paroxística*; quando sustentada além de 7 dias, é considerada *persistente*; e de maior duração, quando a cardioversão falhou ou não foi tentada, torna-se *permanente*”²³.



Figura 3. Classificação da Fibrilação Atrial. (Adaptado das diretrizes AHA/ACC/ESC). Fonte: Scielo - Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial². Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf. Acesso em out. 2014.

Arquivo Brasileiro de Cardiologia, (2010)², cita-se essas complicações:

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 severidade da cardiopatia. Em estudos clínicos envolvendo pacientes com insuficiência cardíaca, a FA é importante fator de risco independente de mortalidade e morbidade. Por outro lado, a insuficiência cardíaca pode levar ao aparecimento de FA, agravando, e piorando o prognóstico do paciente.

No estudo de Framingham, citado pelas Diretrizes de FA (2009)³: “durante seguimento de 38 anos, 20,6% dos pacientes que desenvolveram FA foram incluídos no estudo com o diagnóstico de insuficiência cardíaca (IC), enquanto que entre aqueles que não desenvolveram FA apenas 3,2% tinham IC no momento da inclusão. Para pacientes indicados para tratamento de IC, a incidência de FA foi de 5% a 10% em 2 a 3 anos”.

Fica claro que a FA pode apresentar-se com consequências hemodinâmicas das mais variadas, desde palpitações até fenômenos tromboembólicos que podem repercutir negativamente na vida do indivíduo.

Por isso a importância de se conhecer as complicações da FA, mas é preciso também que se tenha conhecimento de que forma essa arritmia pode se apresentar e quais os sinais e sintomas os pacientes irão referir no momento da consulta, por isso a importância do diagnóstico correto, como é citado pelas Diretrizes de FA (2009)³: A primeira apresentação de um episódio de FA pode ser uma complicação embólica ou exacerbação de IC, mas a maioria se queixa de palpitações, dor torácica, dispnéia, fadiga, tontura ou síncope.

Alguns indivíduos referem poliúria no início dos episódios ou por ocasião do término, provavelmente em decorrência da liberação do peptídeo natriurético atrial. Episódios de FA prolongados, com frequência ventricular elevada, podem provocar dilatação ventricular medida por taquicardia (taquicardiomiopatia), especialmente naqueles pacientes que não percebem a arritmia. Síncope é de ocorrência incomum e geralmente ocorre secundariamente à bradicardia pós-reversão da arritmia, após a cardioversão, particularmente em pacientes com doença do nó sinusal, ou ainda em decorrência de frequência ventricular elevada em pacientes com cardiomiopatia hipertrófica, estenose valvular aórtica ou uma via acessória atrioventricular (Wolff-Parkinson-White). Em pacientes com estenose mitral grave, a FA pode se manifestar como edema agudo de pulmão³.

Conhecer as apresentações clínicas é importante, pois além das complicações apresentadas podemos observar que outros autores também enfatizam as complicações da FA não tratada, sendo que no estudo realizado por

SANTOS *et al.* (2013)⁴ ele enfatiza que: “As principais complicações relacionadas com a FA são a insuficiência cardíaca e o tromboembolismo sistêmico, que compromete a circulação cerebral na grande maioria dos casos (> 70%), constituindo uma importante causa de invalidez – com comprometimento acentuado da qualidade de vida – e, dependendo da gravidade, de morte de alguns pacientes”.

“A FA é assim uma causa importante de AVC, sendo este a segunda principal causa de morte a nível mundial, e a principal causa de incapacidade neurológica dependente de cuidados de reabilitação”⁴.

Observando os fatores de riscos e os sinais e sintomas sugestivos para se desenvolver e manter uma FAC, as complicações são grandes para esses pacientes que se mantém por grande tempo sem terapia adequada, a importância do escore de CHADS se deve a essa pontuação, que nos permite intervir de forma eficiente evitando complicações futuras.

Diante disso Santos (2013)⁴, destaca que: o escore de CHADS2 é um método de avaliação do risco cardiovascular, cuja utilidade assenta na predição de eventos cerebrovasculares através de um sistema de pontuação que integra um conjunto de fatores de risco individualizados. O escore de CHADS2 é assim um sistema de pontuação em que se atribui um ponto por qualquer das seguintes condições: C – insuficiência cardíaca congestiva; H – hipertensão arterial; A – idade \geq 75 anos; D – diabetes melito; S – AVC prévio ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT), que recebe 2 pontos. Quanto maior o número de pontos detectado num determinado paciente, maior a probabilidade de haver uma complicação tromboembólica. Um escore de dois ou mais implica um risco aumentado de eventos cerebrovasculares, aconselhando o recurso à terapia anticoagulante, salvo se contraindicada. Neste particular, tem havido concordância quanto à adoção de varfarina quando o risco de AVC é alto, e de aspirina quando o risco de AVC é baixo, pelo que o recurso ao escore de CHADS2 poderá constituir um importante instrumento de estratificação de risco de AVC, através do qual se poderá adequar a terapia ao paciente, numa base individual⁴.

No estudo, realizado por Santos *et al.* (2013)⁴, podemos destacar a importância do escore CHADS para se evitar eventos tromboembólicos e AVC, “em suma, verifica-se que a FA é um problema prevalente e crescente, que aumenta significativamente o risco de AVC e que, por sua vez, a pontuação CHADS2 é um bom indicador do risco de AVC”.

“Dentre os problemas relacionados à presença da FA, três assumem maior importância: 1) ritmo irregular com frequência cardíaca elevada; 2) diminuição do tempo de enchimento ventricular, comconsequente distúrbio hemodinâmico e provável regurgitação valvar; 3) ocorrência de trombose atrial com risco elevado de fenômenos

tromboembólicos”⁵.

“A relação de causa e efeito entre fibrilação atrial (FA) e acidente cerebrovascular (AVC) é estreita e representa um problema de saúde pública crescente”⁶.

O controle da frequência cardíaca a níveis aceitáveis em presença de FA não diminui o risco de episódios tromboembólicos. Segundo FISHER, citado por Jatene *et al.* (1995)⁵, “cerca de 33% de todos os episódios de tromboembolismo estão relacionados com a presença de FA e, destes, 60% podem levar a sequelas definitivas ou morte”.

Diversos estudos mostram que a FA tem um risco maior para que se ocorra complicações como por exemplo o acidente vascular encefálico que é uma complicação severa e grave, isso se deve a “lentificação” do fluxo sanguíneo nos átrios o que induz a formação de trombos. Entretanto o uso de anticoagulantes que é a base do tratamento da FA, contribui de forma significativa para a redução de tais eventos. No estudo realizado por Vanheusden, (2006)⁷, ele destaca a importância do uso de anticoagulantes:

O uso de anticoagulantes é geralmente indicado para pacientes com fibrilação atrial, independente da fibrilação atrial ser paroxística, persistente ou permanente. A indicação de varfarina como droga anticoagulante para os pacientes com alto e moderado risco para acidente vascular encefálico, por exemplo, requer dose periodicamente ajustada e controlada pelo exame de sangue Tempo de Protrombina (TP). O valor do tempo de protrombina é referido com o INR (*International Normalized Rate*) que é uma taxa universal e tem que estar entre 2,0-3,0. Sem uso de anticoagulante, o valor normal é de 1,0. No caso de pacientes com um baixo risco de acidente vascular encefálico, o tratamento profilático pode ser feito com aspirina 325 mg por dia, com o qual a preocupação e o controle passam a ser focados na irritação da mucosa gástrica.

Em outro estudo realizado por Cabral *et al.* (2004)⁶, ele cita a importância dos pacientes serem anticoagulados, pois ele cita que a FA além de ser prevalente eleva em cinco a quinze vezes o risco de AVC: “Numerosas séries randomizadas e controladas com varfarina têm demonstrado conclusivamente que a anticoagulação permanente pode reduzir AVC aproximadamente 68% ao ano em FA não valvular e muito mais em FA valvular”.

Apesar da importância da anticoagulação para o sucesso do tratamento da FA, Cabral *et al.* (2004)⁶, cita outro estudo realizado no MEDLINE, que a adesão ao tratamento proposto ainda é baixa, o que sugere insucesso quanto ao tratamento proposto, como ele mesmo cita:

Apesar das evidências da eficácia da anticoagulação na prevenção de AVC em pacientes com FA, vários inquéritos comunitários têm evidenciado baixa absorção desta conduta e a FA persiste como principal causa de

AVC cardio-embólico. Em uma revisão de 32 anos no MEDLINE, somente 15% a 44% dos pacientes com FA sem contraindicação receberam a prescrição de varfarina. Inúmeras explicações são sugeridas para o subuso de varfarina: a relutância de clínicos gerais em iniciar e monitorar o tratamento, as dificuldades práticas em anticoagular idosos restritos ao domicílio, dúvidas sobre a real eficácia das grandes séries na prática clínica diária.

Segundo o estudo e publicações de vários autores, vemos a importância do uso da anticoagulação nos pacientes com FA sustentada ou permanente, entretanto, vemos que a adesão a essa forma terapêutica, ainda é pouco comum. Um dos fatores para a não adesão a essa forma de tratamento que pode inclusive evitar eventos tromboembólicos se deve ao fato da falta de controle ao paciente e às vezes a demora para se retornar ao especialista. As complicações provenientes desse fato podem ser determinantes na vida do indivíduo. No estudo realizado por Sand *et al.* (2013)⁸, esse problema pode ser amenizado pela orientação bem feita, elucidando ao paciente sobre sua doença e suas possíveis complicações como podemos observar: “(...), pacientes bem orientados, podem aderir à terapia de forma adequada independente de seu nível sociocultural “(...)”.

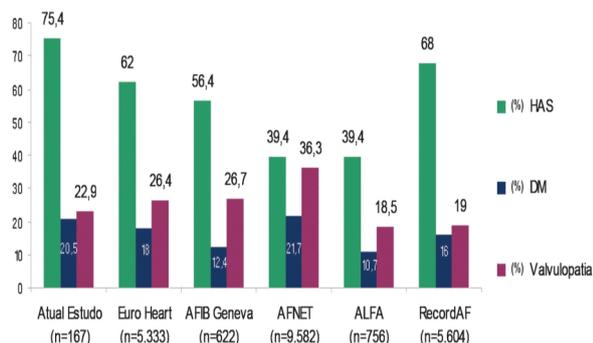


Figura 4. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM) e valvopatia entre os diferentes estudos. Fonte: Scielo - Estudo Transversal das Estratégias de Tratamento Clínico na Fibrilação Atrial⁴. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X201200030001&lang=pt Acesso em Nov. de 2014.

A anticoagulação é a base do tratamento da FA, entretanto existem várias drogas antiarrítmicas disponíveis no mercado para que se possa restabelecer o ritmo sinusal, com o intuito de se controlar a frequência cardíaca e reduzir os riscos tromboembólicos. Vanheusden *et al.* (2013)⁷, sugere que o controle da frequência cardíaca constitui a terapia inicial para pacientes com FA: “o controle da frequência pode ser a terapia de escolha para pacientes com fibrilação atrial com faixa etária elevada. Para reduzir o risco de taquicardiomiopatia, a medicação deveria estar ajustada para controlar a frequência cardíaca entre 60-80 bpm em repouso e 90-115 bpm em atividade”.

Entretanto em outro estudo realizado por Oliveira *et*

al. (2012)⁹, ele cita que os fatores de risco para o desenvolvimento de FA como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, disfunção ventricular, e valvopatias podem contribuir para o encontro de resultados díspares relacionados ao emprego das estratégias de tratamento. Sendo que ele cita que precisamos saber tratar essas comorbidades para se obter o sucesso no tratamento da FA: “É de senso comum que a falha em se controlar essas doenças constitui-se em dificuldade na manutenção do ritmo sinusal”.

Diversos estudos mostraram a dificuldade em se controlar essas doenças e o controle do ritmo sinusal. Conforme podemos perceber pelo gráfico, não adianta iniciar o tratamento com anticoagulantes ou se controlar a frequência cardíaca, ou até mesmo reverter o ritmo de FA para ritmo sinusal, se não houver um controle adequado da doença de base, pois a probabilidade de se recorrer a FA é grande e as vezes de forma fatal. “(...)”, a manutenção a médio e longo prazo em ritmo sinusal é geralmente difícil, com recorrências frequentes, às vezes de forma irreversível. “(...)”⁵.

Vários são os tratamentos propostos para se reverter a FA, o grande avanço na área da medicina sobre as novas tecnologias, abriram os caminhos para as mais variadas opções de tratamento da fibrilação atrial. Ainda no estudo realizado por Vanheusden *et al.* (2013)⁷, ele nos mostra como esse tratamento pode ser dividido e realizado: “O tratamento da fibrilação atrial pode ser dividido em três grandes objetivos. O primeiro é o restabelecimento do ritmo sinusal e manutenção desse ritmo. O segundo é o controle da frequência e o terceiro é a redução das complicações tromboembólicas. Para atingir esses objetivos, o tratamento da fibrilação atrial pode ser farmacológico ou não farmacológico”.

Para realização do tratamento farmacológico vale a pena ressaltar que isso depende da apresentação clínica de cada paciente e da resposta frente aos fármacos utilizados, pois como foi citado a grande maioria dos pacientes deverão ser anticoagulados, para que a reversão possa ser efetiva, ou dependendo da clínica do paciente o mesmo deve ser mantido em FA pelo resto da vida, sendo que seu tratamento será baseado no controle da frequência cardíaca e uso de anticoagulantes.

Entretanto alguns medicamentos não antiarrítmicos podem contribuir para se reduzir as recorrências de FA, como podemos observar nas Diretrizes de FA, (2009)³: os inibidores de enzima de conversão da angiotensina, como o captopril ou enalapril, além dos bloqueadores dos receptores de angiotensina, como a irbesartana e valsartana, empregados conjuntamente aos antiarrítmicos, parecem reduzir as recorrências de FA aumentando também, o período de manutenção do ritmo sinusal. Esses agentes estariam indicados em pacientes com hipertensão arterial sistêmica e IC principalmente, pois o surgimento da FA nessa classe de pacientes estaria associa-

da a maior presença de fibrose atrial.

“As estatinas podem ser empregadas em casos selecionados de pacientes com FA secundária a processos inflamatórios. Um estudo recente demonstrou que a atorvastatina reduziu o número de episódios de FA³.

“(…)” Com relação à inflamação, o uso de corticosteroides também pode estar associado à diminuição da recorrência de FA“(…)”³.

“Os diuréticos devem ser empregados em pacientes com IC associada à FA. Vários estudos, experimentais e clínicos, dão suporte para a maior vulnerabilidade atrial para essa arritmia quando há hipervolemia causando distensão da parede atrial. A espironolactona, do mesmo modo, está indicada nesses pacientes como fármaco coadjuvante à terapêutica para a IC”³.

As terapias medicamentosas apresentam eventos pró-arrítmicos e conseqüentemente risco de morte súbita, vários estudos demonstraram que a terapia não farmacológica parece ser uma opção que pode contribuir para o tratamento da FA.

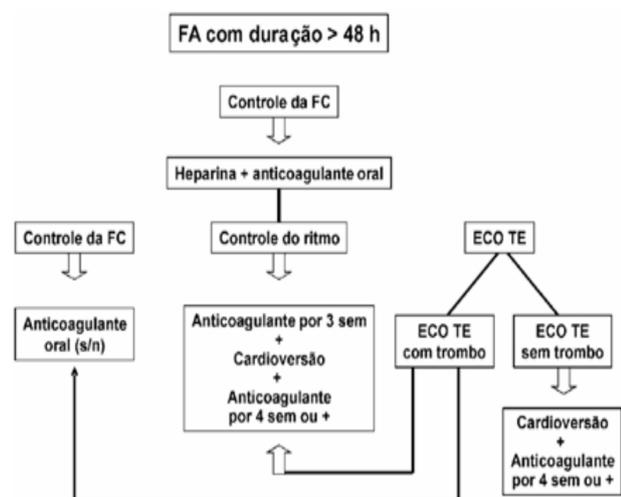


Figura 5. Algoritmo para cardioversão da FA com duração superior a 48 horas. ECO TE – Ecocardiograma transesofágico, cardioversão medicamentosa ou elétrica. **Fonte:** Scielo - Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial⁵. Disponível em:

http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_fa_92supl01.pdf.

Acesso em nov. 2014.

Para Vanheusden *et al.* (2006)⁷, “A terapia não farmacológica é uma opção que tem despertado bastante interesse. No momento, existe a opção de cardioversão elétrica, ablação por radiofrequência, estimulação atrial profilática e cirurgia”.

A cardioversão elétrica é uma das opções que mais tem se mostrado efetiva para reestabelecer o ritmo sinusal. Com a cardioversão, as células atriais são depolarizadas e o nó sinusal pode estimular os átrios novamente. Para se realizar tal procedimento⁷ cita-se que: em caso de cardioversão elétrica ou farmacológica, o paciente é anticoagulado por 3 semanas antes da cardioversão, caso a fibrilação atrial já esteja presente há mais de 48 horas,

pois neste caso o risco da existência de trombos é maior. Após a cardioversão, o paciente deve permanecer anticoagulado durante 3 a 4 semanas, até o pleno restabelecimento da função contrátil do átrio.

Além do uso de anticoagulantes, desfibrilação elétrica no tratamento da FA existem outras técnicas que colaboram para a melhora do quadro clínico e melhor prognóstico ao paciente como, por exemplo, a técnica do labirinto com aplicação de radiofrequência e ultrassom transoperatórios.

Para Brick *et al.* (1999)¹⁰, “vários trabalhos mostram que em pacientes com fibrilação atrial crônica e doença valvar a combinação do reparo da valva com a realização da técnica do labirinto, idealizada por COX, permite o retorno ao ritmo sinusal”.

“Hoje se reconhece a importância da fibrilação atrial como fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC). Foram desenvolvidas e validadas novas abordagens diagnósticas e terapêuticas efetivas, tais como a ablação e a modificação da condução atrioventricular, com uso do marcapasso”¹¹.

O procedimento de ablação se mostrou eficaz para o retorno do ritmo sinusal e menos chances de complicações em pacientes com FAC. Diante disso Brick *et al.* (2001)¹¹, destacam que: na tentativa de correção da fibrilação atrial crônica, outros autores demonstraram que o simples reparo cirúrgico da valva, ou mesmo sua troca, não garante o retorno ao ritmo sinusal. Está demonstrado que, em pacientes com fibrilação atrial crônica e doença valvar, a combinação do reparo da valva com a realização da técnica do labirinto, idealizada por COX *et al.*, permite o retorno ao ritmo sinusal. Embora de eficiência comprovada, na “técnica do labirinto”, como geralmente empregada, utiliza-se a dissecação, com abertura da parede atrial, seguida de sutura, o que eleva o tempo de circulação extracorpórea (CEC) e aumenta a chance de complicações no pós-operatório. Para superar estes inconvenientes, os autores idealizaram esta nova abordagem, com aplicação do ultrassom, de maneira a formar linhas de lesões, que determinassem a compartimentação dos átrios esquerdo e direito, com menos tempo cirúrgico e de circulação extracorpórea e conseqüente reflexo nas complicações pós-operatórias.

Como destacado por Brick *et al.* (1999)¹⁰, essa técnica deve ser reservada para casos específicos de FAC, apesar do procedimento não apresentar muitas agressões em curto espaço de tempo e sem complicações no pós-operatório imediato, tal procedimento requer técnica acurada na utilização de radiofrequência ou ultrassom.

Em outro estudo realizado por Vanheusden *et al.* (2006)⁷, a cirurgia do labirinto que visa à manutenção do ritmo sinusal e mantém a condução atrioventricular além de restaurar a contração atrial, deve ser indicada para pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca por outras causas (como a troca de válvula mitral).

Outro procedimento que poderá ser realizado para tentar se reverter à arritmia é a técnica citada Vanheusden *et al.* (2006)⁷, que consiste na ablação por radiofrequência que pode ser feita para controle da frequência ou para reversão a um ritmo sinusal, sendo que para o controle da frequência, é feita a ablação do nódulo atrioventricular, provocando-se um bloqueio atrioventricular total intensional e o paciente é submetido à estimulação cardíaca permanente. Os pacientes que fazem este procedimento ficam em fibrilação atrial e precisam de anticoagulação crônica.

Apesar das várias sugestões de diversos autores o tratamento da FA ainda é um desafio grande para área da cardiologia, requerendo avaliação individualizada e específica para cada caso, o que requer conhecimento acerca dessa arritmia. Os diversos tratamentos propostos, por diversos autores pesquisados, nos dá um parâmetro de que forma pode-se evitar as complicações a longo prazo da FAC e como tais condições podem ser determinantes na qualidade de vida do paciente.

4. CONCLUSÃO

Por meio da realização desse trabalho pode-se concluir que a Fibrilação atrial sustentada pode trazer consequências danosas em longo prazo para o paciente, segundo Diretrizes de Fibrilação Atrial de 2014 a FA não tratada pode repercutir negativamente na qualidade de vida do indivíduo. Pois além de sua prevalência aumentar com a idade frequentemente a FA está associada a doenças estruturais cardíacas, ou doenças crônicas que de alguma forma pode contribuir para FA, trazendo prejuízos hemodinâmicos e complicações tromboembólicas com grandes implicações econômicas e na morbi-mortalidade da população.

Através do estudo em diversos artigos a qualidade de vida desses pacientes com FA fica consideravelmente comprometida, quando comparado com indivíduos da mesma faixa etária e sem FA. Sendo assim ficou claro que a manutenção do ritmo sinusal se associa com a melhora da qualidade de vida e da capacidade física.

Segundo a literatura pertinente ficou claro que a terapia farmacológica ou não farmacológica dependerá da patologia associada e alteração hemodinâmica do paciente sendo o tratamento individualizado em cada caso. Entretanto a terapia deve ser instituída o quanto antes para se evitar as complicações provenientes da FA não controlada e sustentada, que deve ser feito através de um acompanhamento com profissional especializado em consultas menos espaçadas, além de orientações acerca de suas dúvidas e inquietações para que a adesão possa ser aderida de forma satisfatória e eficiente, sendo que a presença do profissional médico e apoio da família são fatores de extrema importância para o sucesso do tratamento.

Diversos artigos mostram que ainda se tem muita cautela por parte dos cardiologistas em se receitar anti-coagulantes devido ao fato do controle do tempo de protrombina e pelo grande espaçamento entre as consultas, o que torna o tratamento inadequado. Ficando comprovado que o uso de anticoagulantes é de grande valia para se evitar eventos tromboembólicos em pacientes com FA sustentada.

A FA deve ser tratada de forma diferenciada e sobre um olhar holístico ao paciente, pois vários são os aspectos determinantes para o sucesso do tratamento, sendo que o profissional que se deparar com essa arritmia deve esclarecer todas as dúvidas e inquietações do paciente, para que o objetivo proposto seja alcançado, e a FA não seja um ônus para o paciente e seus familiares, pois infelizmente a saúde pública ainda não dispõe de meios para acompanhar esses pacientes de perto, por falta de profissionais cardiologistas em número adequado, trazendo repercussões danosas ao paciente, comprometendo sua qualidade de vida e às vezes diminuindo sua expectativa de vida com desfechos fatais.

REFERÊNCIAS

- [1] Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. 2009; 92(supl.1).
- [2] Junior JFG, Pontes JCDV, Gomes OM, Duarte JJ, Gardenal N, Dias AMAS, Benfatti RA, Silva GVR. Tratamento cirúrgico da fibrilação atrial crônica com eletrocáterio convencional em cirurgia valvar mitral. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008; 23(3).
- [3] Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Diretrizes das indicações da ecocardiografia. 2010; 93(supl.3).
- [4] Santos C, Pereira T, Conde J. O Escore de CHADS2 na Predição de Eventos Cerebrovasculares - Uma Metanálise. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(5).
- [5] Jatene MB, Sosa E, Jatene FB, Tarasoutchi F, Monteiro AC, Salerno PR, Souza LCB, PachónMateos JC, Jatene AD. Evolução tardia da operação de Cox para fibrilação atrial em valvopatia mitral. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1995; 10(1).
- [6] Cabral NL, Volpato D, Ogata RS, Ramirez T, Moro C, Gouveia S. Fibrilação Atrial crônica, AVC e anticoagulação. Sub-uso de warfarina? *Arq Neuropsiquiatria.* 2004; 62(4).
- [7] Vanheusden LMS, Santoro DC. Assistência de Enfermagem a paciente com fibrilação atrial. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2006; 10(1).
- [8] Sand CRVD, Leiria TLL, Kalil RAK. Avaliação do Conhecimento dos Cardiologistas sobre Diretrizes do Tratamento da Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 101(2).
- [9] Oliveira LO, Mallmann FB, Botelho FMN, Paul LC, Gianotto M, Biase R, Silva NJC, Luize CM, Nogueira FL, Carvalho RS, Paola AAV, Cirenza C. Estudo Transversal das Estratégias de Tratamento Clínico na Fibrilação Atrial. *Arq Bras Cardiol.* 2012; 98(3).
- [10] Brick AV, Seixas T, Peres A, Vieira Jr, JJ, Mattos JV, Mesquita A, Barreto Filho JR. Reversão da fibrilação

atrial crônica pela técnica do labirinto com aplicação de radiofrequência e ultra-som transoperatórios. Rev Bras Cir Cardiovasc. 1999; 14(4).

- [11] Brick AV, Seixas T, Portilho C, Peres AK, Vieira Jr JJ, Neto RM, Araújo JM. Tratamento intra-operatório da fibrilação atrial crônica com ultra-som. Rev Bras Cir Cardiovasc.2001; 16(4).

