

Fibrilação Atrial

Autores e Afiliação:

José Fernandes Neto, Henrique Turin Moreira, Carlos Henrique Miranda; Divisão de Emergência Clínicas do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Área:

Unidade de Emergência / Subárea: Clínica Médica

Objetivos:

Diagnóstico e manejo da fibrilação atrial na sala de urgência.

Data da última alteração: segunda, 18 de julho de 2016

Data de validade da versão: quarta, 18 de julho de 2018

Definição / Quadro Clínico:

Fibrilação atrial é uma arritmia supraventricular caracterizada por atividade elétrica atrial desorganizada, secundária a múltiplos focos de despolarização atrial. Dentre manifestações clínicas da fibrilação atrial, destacam-se pela gravidade os quadros de tromboembolismo e de instabilidade hemodinâmica.

Diagnóstico:

O diagnóstico de fibrilação atrial é realizado pela identificação eletrocardiográfica de intervalos R-R totalmente irregulares associadamente à ausência de qualquer atividade elétrica atrial organizada. A fibrilação atrial pode ser classificada de acordo com a sua apresentação clínica em (1) inicial ou primeiro diagnóstico, (2) paroxística, (3) persistente ou (4) permanente (figura 1).

Exames Complementares:

A realização de eletrocardiograma de 12 derivações é mandatória. Demais exames complementares devem ser solicitados baseados no quadro clínico do paciente.

Tratamento:

O manejo inicial da fibrilação atrial é determinado pelas condições hemodinâmicas do paciente (fluxograma 1). Na presença de instabilidade hemodinâmica, deve-se realizar cardioversão elétrica imediata. Na ausência de instabilidade hemodinâmica, deve-se avaliar a necessidade de (1) anticoagulação, (2) controle da frequência cardíaca, (3) cardioversão para ritmo sinusal.

1. Controle da frequência cardíaca:

1.1 Fibrilação atrial associada à taquicardia estável hemodinamicamente:

1.1.1 Avaliar a presença fatores moduladores que possam estar proporcionando aumento da frequência cardíaca (frio, dor, hipoxemia, desidratação, febre, resposta inflamatória, medicações cronotrópicas positivas, tireotoxicose) e removê-los.

1.1.2 Considerar a introdução de droga cronotrópica negativa com objetivo de manter a frequência cardíaca em repouso abaixo de 100 bpm. Betabloqueadores (BB) e antagonistas de canal de cálcio não-dihidropiridínicos (ACCND) são os mais eficientes para o controle da frequência cardíaca. Digitálicos apresentam-se como segunda escolha. Amiodarona deve ser reservada para os casos em que existam contraindicações às outras classes citadas ou insucesso com o uso das mesmas. A decisão sobre qual classe de medicação utilizar deve contemplar os riscos da utilização da medicação frente a eventuais patologias de base (vide grupos especiais abaixo).

1.1.3 Grupos especiais:

a) Fibrilação atrial associada à pré-excitação ventricular: Amiodarona é a medicação de escolha. Contraindicado uso de drogas antiarrítmicas com ação preponderante sobre o nó atrioventricular (BB, ACCND, digitálicos e adenosina).

b) Fração de ejeção do ventrículo esquerdo deprimida e/ou insuficiência cardíaca (IC): BB pode ser iniciado em pacientes sem clínica de insuficiência cardíaca descompensada. Digitálicos podem ser utilizados. Amiodarona é opção caso BB e digitálicos sejam contraindicados. ACCND são contraindicados.

c) Doença pulmonar obstrutiva crônica: ACCND é a classe de escolha. BB cardioseletivo pode ser iniciado com cautela em pacientes sem sinais de hiper-reatividade brônquica.

1.2 FA associada à bradicardia estável hemodinamicamente: Suspender/reduzir medicações cronotrópicas. Considerar investigação etiológica e avaliar necessidade de marcapasso cardíaco.

2. Anticoagulação

A decisão sobre o uso de anticoagulantes deve ser levar em consideração os escores de risco de tromboembolismo e escores de risco de sangramento, além da avaliação do risco de quedas e da possibilidade de uso correto da medicação e de seguimento clínico adequado (fluxograma 2).

Anexos:

Tabela 1. Escore de risco de tromboembolismo (CHADSVASC)

CHA2DS2VASc

		Pontos
C (Congestive Heart Failure/LV dysfunction)	Insuficiência cardíaca/Disfunção sistólica do ventrículo esquerdo	1
H (Hypertension)	HAS	2
A (Age)	Idade ≥ 75 anos	1
D (Diabetes Mellitus)	Diabetes mellitus	1
S (Stroke)	AVC/AIT/Tromboembolismo Sistêmico	2
V (Vascular Disease)	Doença vascular (IAM, doença arterial periférica, ateroma aórtico)	1
A (Age)	Idade ≥ 65 e < 75 anos	1
Sc (Sex category)	Gênero Feminino	1

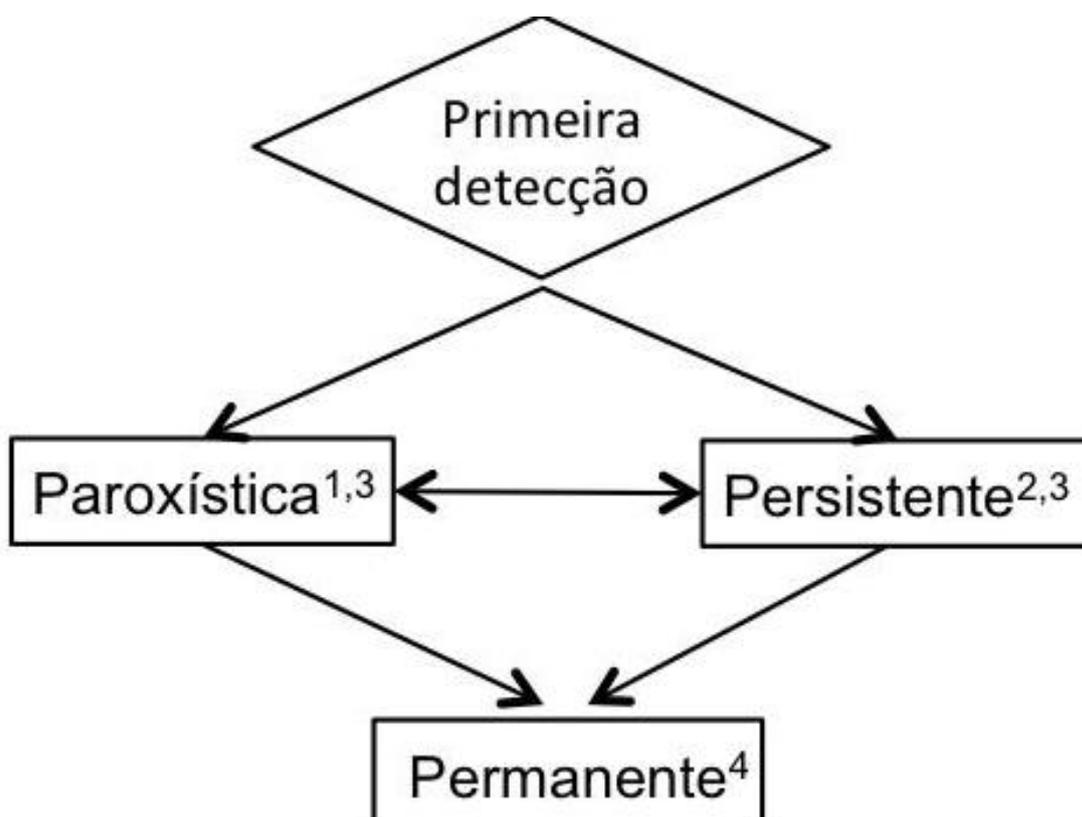
Tabela 2. Escore de risco de sangramento (HASBLED)

HASBLED

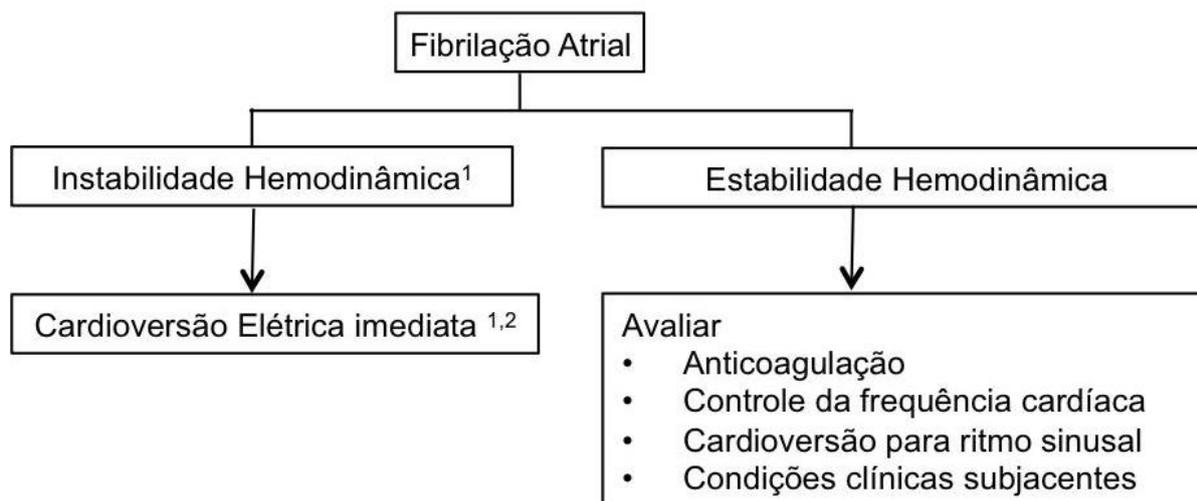
		Pontos
H (Hypertension)	PA sistólica >160 mmHg	1
A (Abnormal renal/liver function)	Função renal/hepática alterada (1 ponto cada)	1 ou 2
S (Stroke)	AVC	1
B (Bleeding)	Predisposição à sangramento	1
L (Labile INR's)	INR lábil	1
E (Elderly; age > 75 years)	Idade > 75 anos	1
D (Drugs and Alcohol)	Medicamentos (Aspirina, AINES) e etilismo	1 ou 2

Figura 1. Classificação da fibrilação atrial de acordo com sua forma de apresentação

1. Resolução espontânea em menos de 7 dias.
2. Duração maior que 7 dias, com expectativa de cardioversão eficaz.
3. Pode haver recorrência



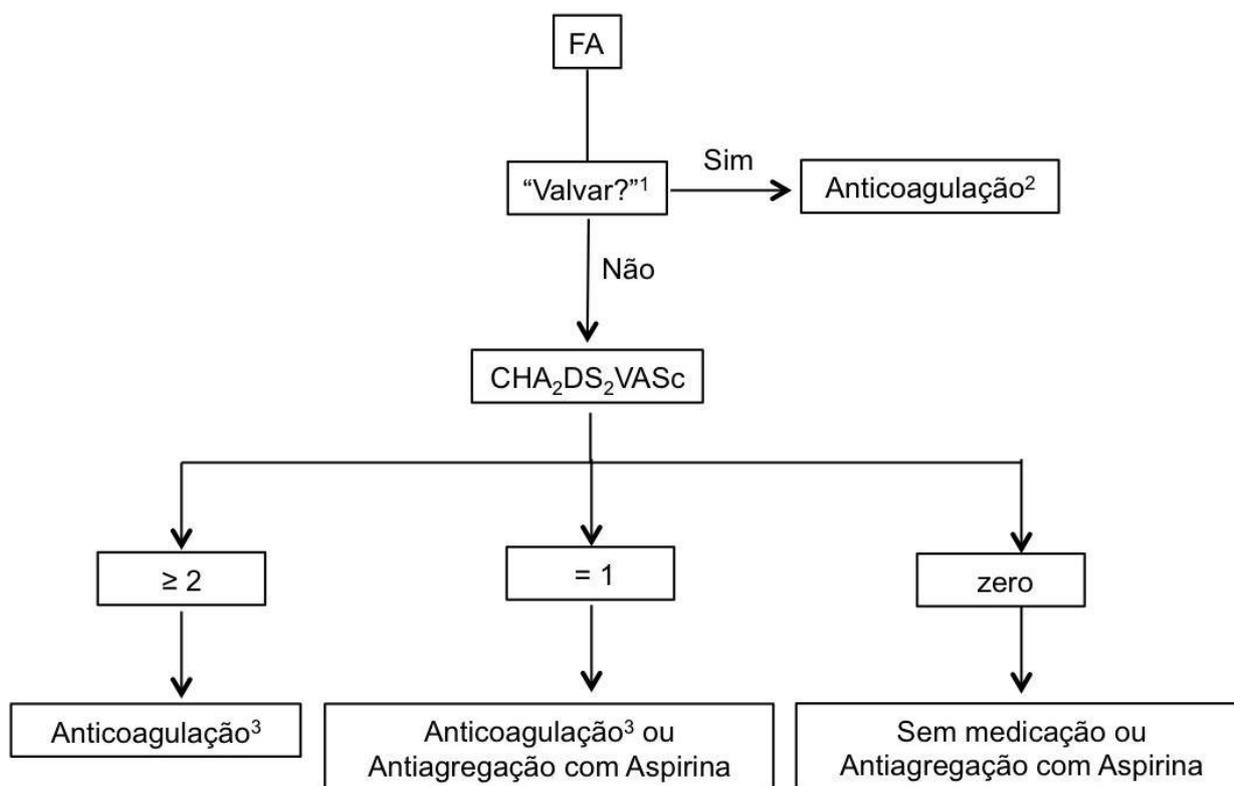
Fluxograma 1. Manejo inicial da fibrilação atrial de acordo com as condições hemodinâmicas do paciente



¹ É essencial determinar se os sinais e sintomas de instabilidade se devem ou não à alteração da FC.

² Cardioversão elétrica iniciada com 200J monofásicos ou 100J bifásicos.

Fluxograma 2. Decisão sobre anticoagulação



¹ Associada à valvopatia significativa ou prótese valvar cardíaca.

² Utilizar Antagonistas da Vitamina K. Os novos anticoagulantes orais (inibidores diretos da trombina, inibidores do fator Xa) não devem ser utilizados.

³ Antagonistas da Vitamina K ou novos anticoagulantes orais podem ser utilizados.

Fluxograma 3. Avaliação do risco de tromboembolismo antes de cardioversão eletiva para ritmo sinusal

