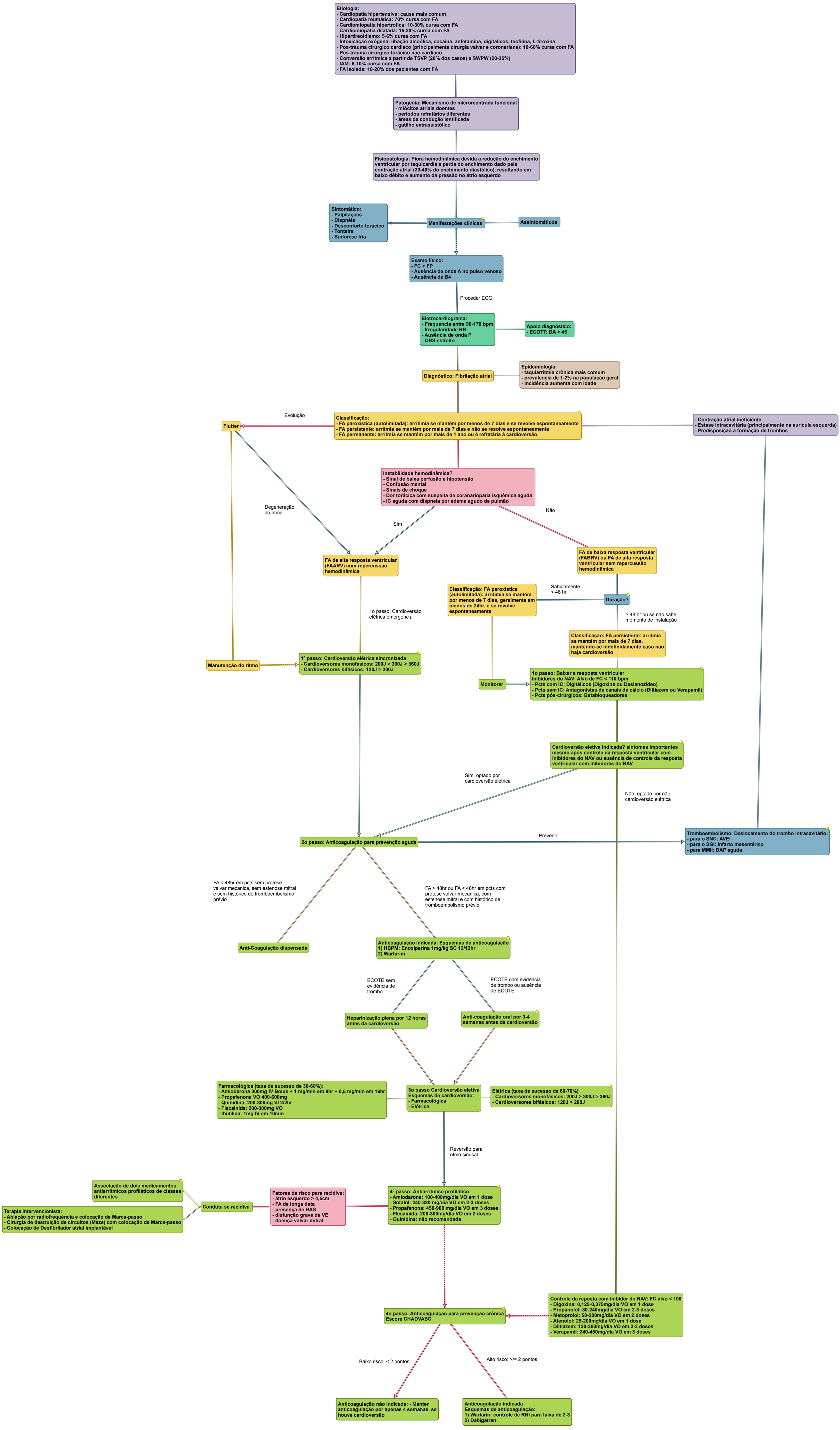
Etiologia:
- Cardiopatia hipertensiva: causa mais comum
- Cardiopatia reumática: 70% cursa com FA
- Cardiomiopatia hipertrofica: 10-30% cursa com FA
- Cardiomiopatia dilatada: 15-20% cursa com FA
- Hipertireoidismo: 5-6% cursa com FA
- Intoxicação exógena: libação alcoólica, cocaina, anfetamina, digitalicos, teofilina, L-tiroxina
- Pos-trauma cirurgico cardiaco (principalmente cirurgia valvar e coronariana): 10-60% cursa com FA
- Pos-trauma cirurgico torácico não cardíaco
- Conversão arritmica a partir de TSVP (20% dos casos) e SWPW (20-35%)
- IAM: 6-10% cursa com FA
- FA isolada: 10-20% dos pacientes com FÃ
Patogenia: Mecanismo de microreentrada funcional
- miócitos atriais doentes
- períodos refratários diferentes
- áreas de condução lentificada
- gatilho extrassistólico
Fisiopatologia: Piora hemodinâmica devida a redução do enchimento ventricular por taquicardia e perda do enchimento dado pela contração atrial (20-40% do enchimento diastólico), resultando em baixo débito e aumento da pressão no átrio esquerdo
Sintomático:
- Palpitações
- Dispnéia
- Desconforto torácico
- Tonteira
- Sudorese fria
Manifestações clínicas
Assintomáticos
Exame físico:
- FC > FP
- Ausência de onda A no pulso venoso
- Ausência de B4
Proceder ECG
Eletrocardiograma:
- Frequencia entre 90-170 bpm
- Irregularidade RR
- Ausência de onda P
- QRS estreito
Apoio diagnóstico:
- ECOTT: DA > 45
Diagnóstico: Fibrilação atrial
Epidemiologia:
- taquiarritmia crônica mais comum
- prevalencia de 1-2% na população geral
- Incidência aumenta com idade
Evolução
Flutter
Classificação:
- FA paroxistica (autolimitada): arritimia se mantém por menos de 7 dias e se revolve espontaneamente
- FA persistente: arritmia se mantém por mais de 7 dias e não se resolve espontaneamente
- FA permanente: arritmia se mantém por mais de 1 ano ou é refratária à cardioversão
- Contração atrial ineficiente
- Estase intracavitária (principalmente na aurícula esquerda)
- Predisposição à formação de trombos
Instabilidade hemodinâmica?
- Sinal de baixa perfusão e hipotensão
- Confusão mental
- Sinais de choque
- Dor torácica com suspeita de coranariopatia isquêmica aguda
- IC aguda com dispneia por edema agudo de pulmão
Degeneração do ritmo
Sim
Não
FA de alta resposta ventricular (FAARV) com repercussão hemodinâmica
FA de baixa resposta ventricular (FABRV) ou FA de alta resposta ventricular sem repercussão hemodinâmica
Classificação: FA paroxistica (autolimitada): arritimia se mantém por menos de 7 dias, geralmente em menos de 24hr, e se revolve espontaneamente
Sabidamente < 48 hr
Duração?
> 48 hr ou se não sabe momento de instalação
1o passo: Cardioversão elétrica emergencia
Classificação: FA persistente: arritmia se mantém por mais de 7 dias, mantendo-se indefinidamente caso não haja cardioversão
Manutenção do ritmo
1º passo: Cardioversão elétrica sincronizada
- Cardioversores monofásicos: 200J > 300J > 360J
- Cardioversores bifásicos: 120J > 200J
Monitorar
1o passo: Baixar a resposta ventricular
Inibidores do NAV: Alvo de FC < 110 bpm
- Pcts com IC: Digitálicos (Digoxina ou Deslanozídeo)
- Pcts sem IC: Antagonistas de canais de cálcio (Diltiazem ou Verapamil)
- Pcts pós-cirúrgicos: Betabloqueadores
Cardioversão eletiva indicada? sintomas importantes mesmo após controle da resposta ventricular com inibidores do NAV ou ausência de controle da resposta ventricular com inibidores do NAV
Sim, optado por cardioversão elétrica
Não, optado por não cardioversão elétrica
2o passo: Anticoagulação para prevenção aguda
Prevenir
Tromboembolismo: Deslocamento do trombo intracavitário:
- para o SNC: AVEi
- para o SGI: Infarto mesentérico
- para MMII: DAP aguda
FA < 48hr em pcts sem prótese valvar mecanica, sem estenose mitral e sem histórico de tromboembolismo prévio
FA > 48hr ou FA < 48hr em pcts com prótese valvar mecanica, com estenose mitral e com histórico de tromboembolismo prévio
Anti-Coagulação dispensada
Anticoagulação indicada: Esquemas de anticoagulação
1) HBPM: Enoxiparina 1mg/kg SC 12/12hr
2) Warfarim
ECOTE sem evidência de trombo
ECOTE com evidência de trombo ou ausência de ECOTE
Heparinização plena por 12 horas antes da cardioversão
Anti-coagulação oral por 3-4 semanas antes da cardioversão
Farmacológica (taxa de sucesso de 30-60%):
- Amiodarona 300mg IV Bolus + 1 mg/min em 8hr + 0,5 mg/min em 16hr
- Propafenona VO 400-600mg
- Quinidina: 200-300mg VI 2/2hr
- Flecainida: 200-300mg VO
- Ibutilida: 1mg IV em 10min
3o passo Cardioversão eletiva
Esquemas de cardioversão:
- Farmacológica
- Elétrica
Elétrica (taxa de sucesso de 60-70%)
- Cardioversores monofásicos: 200J > 300J > 360J
- Cardioversores bifásicos: 120J > 200J
Reversão para ritmo sinusal
Associação de dois medicamentos antiarrítmicos profiláticos de classes diferentes
Terapia intervencionista:
- Ablação por radiofrequência e colocação de Marca-passo
- Cirurgia de destruição de circuitos (Maze) com colocação de Marca-passo
- Colocação de Desfibrilador atrial implantável
Conduta se recidiva
Fatores de risco para recidiva:
- átrio esquerdo > 4,5cm
- FA de longa data
- presença de HAS
- disfunção grave de VE
- doença valvar mitral
4º passo: Antiarrítmico profilático
- Amiodarona: 100-400mg/dia VO em 1 dose
- Sotalol: 240-320 mg/dia VO em 2-3 doses
- Propafenona: 450-900 mg/dia VO em 3 doses
- Flecainida: 200-300mg/dia VO em 2 doses
- Quinidina: não recomendada
Controle da reposta com inibidor do NAV: FC alvo < 100
- Digoxina: 0,125-0,375mg/dia VO em 1 dose
- Propanolol: 80-240mg/dia VO em 2-3 doses
- Metoprolol: 50-200mg/dia VO em 2 doses
- Atenolol: 25-200mg/dia VO em 1 dose
- Diltiazem: 120-360mg/dia VO em 2-3 doses
- Verapamil: 240-480mg/dia VO em 3 doses
4o passo: Anticoagulação para prevenção crônica
Escore CHADVASC
Baixo risco: < 2 pontos
Alto risco: >/= 2 pontos
Anticoagulação não indicada: - Manter anticoagulação por apenas 4 semanas, se houve cardioversão
Anticoagulação indicada
Esquemas de anticoagulação:
1) Warfarin: controle de RNI para faixa de 2-3
2) Dabigatran