

FIBRILHAÇÃO AURICULAR INFORMAÇÃO AOS DOENTES

Ajuda aos Doentes com Arritmias

Promovendo uma melhor compreensão,
diagnóstico, tratamento e qualidade de vida para
as pessoas com arritmias cardíacas



www.portugal.arrythmia-europe.eu

Caridade Registrada n. 1107496 ©2007



A “**Aliança Arritmica**” (A-A) é uma coligação de instituições de beneficência, associações de doentes, doentes individuais, acompanhantes, associações médicas e de outros profissionais de saúde.

Mantendo a sua independência, estes grupos trabalham em conjunto sob a alçada da A-A na promoção de um diagnóstico e tratamento atempado e eficaz das arritmias.

A A-A sustenta e promove as aspirações e os objectivos dos grupos individuais.

Introdução

A fibrilhação auricular (AF) é a perturbação do ritmo cardíaco mais frequentemente encontrada pelos clínicos. Afecta cerca de 100.000 pessoas em Portugal. Pode afectar adultos de qualquer idade, mas a sua frequência aumenta com a idade. No grupo acima dos 75 anos, afecta cerca de 10% da população. A fibrilhação auricular não é uma arritmia que ponha directamente a vida em perigo, mas pode causar problemas e requer muitas vezes tratamento.

O coração durante o seu ritmo normal (“ritmo sinusal”)

O coração é uma bomba muscular, que impulsiona sangue rico em oxigénio para todo o corpo. Divide-se em duas câmaras superiores ou “aurículas”, que recolhem o sangue que retorna pelas grandes veias, e duas câmaras inferiores ou “ventrículos”, que bombeiam o sangue através da aorta (a artéria principal) e os pulmões. Normalmente, o coração bate de forma regular e organizada com uma frequência de 60-100 batimentos por minuto. Isto acontece porque o coração é controlado pelo “nódulo sinusal”, um agregado de células especializadas, localizado na aurícula, que gera impulsos eléctricos. O nódulo sinusal é por vezes referido como o “pacemaker” natural do coração.

Estes impulsos eléctricos espalham-se pelas aurículas e posteriormente pelos ventrículos através de um cabo condutor (o “nódulo aurículo-ventricular” ou “nódulo AV”). O nódulo sinusal determina a frequência do coração de acordo com as necessidades do organismo. É o que sucede por exemplo durante o exercício, observando-se uma aceleração da frequência cardíaca. Quando o coração está a bater de forma normal dizemos que está em “ritmo sinusal” ou “ritmo sinusal normal”.

O que é a fibrilhação auricular?

A fibrilhação auricular ou FA ocorre quando se desenvolve uma actividade eléctrica caótica nas câmaras superiores ou aurículas, inibindo completamente o nódulo sinusal. Daqui resulta que a aurícula deixa de se contrair de forma organizada e bombeia de forma menos eficiente. O nódulo AV consegue impedir que alguns desses impulsos extremamente rápidos cheguem aos ventrículos, mas estes batem de forma irregular e geralmente rápida.

O que é que causa a fibrilhação auricular?

A causa da FA não é ainda totalmente compreendida, mas desenvolve-se muitas vezes em doentes com doenças cardíacas comuns como elevação da pressão arterial, doença coronária, doença das válvulas cardíacas. Pode associar-se a alterações do funcionamento da glândula tiróide, ingestão exagerada de álcool e infecções pulmonares. Em muitas pessoas com FA não se encontra uma causa, sendo designada por “FA isolada”.

Quais são os sintomas da fibrilhação auricular?

Os sintomas mais frequentes são:

- Palpitações(percepçãodosbatimentoscardíacos), quepodemserrápidas
- Cansaço
- Falta de ar
- Tonturas
- Dor torácica

Algumas pessoas com FA não referem sintomas sendo a situação descoberta numa consulta médica de rotina.

Há diferentes tipos de fibrilhação auricular?

A FA pode ser descrita como paroxística, persistente e permanente. Paroxística significa que a FA ocorre em curtos episódios, voltando o coração ao ritmo normal espontaneamente. Estes episódios de FA podem durar segundos, minutos, horas ou mesmo dias. A FA persistente significa que o coração se mantém em FA até à utilização de alguma forma de tratamento correctivo. A FA permanente significa que o tratamento para corrigir a arritmia falha ou que não foi tentado (por várias razões).

Quais são os riscos da fibrilhação auricular?

O risco principal associado à FA é a possibilidade de ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC). Isto ocorre porque a aurícula está a fibrilhar não se contraindo de forma coordenada. Como resultado, o sangue fica estagnado na aurícula não circulando pelo coração de forma fluida. Daqui resulta que as células sanguíneas se agreguem umas às outras formando um coágulo, o qual se pode deslocar até ao cérebro, resultando um AVC (uma embolia).

O facto de se ter uma frequência cardíaca descontrolada durante longos períodos (semanas ou meses) pode lesar o coração, pelo que deve verificar com o seu médico se a sua frequência cardíaca está devidamente controlada. Em casos extremos, em geral quando a frequência é muito rápida ou se a arritmia ocorre num coração já doente, a FA pode conduzir a uma insuficiência cardíaca, o que significa que o coração fica enfraquecido em resultado do ritmo cardíaco rápido. À medida que o coração vai perdendo força, o sangue acumula-se nos pulmões, afectando o padrão respiratório normal.

A FA associa-se também a um ligeiro aumento do risco de morte, se bem que em grau muito pequeno, não sendo a FA considerada só por si uma doença fatal. Não está totalmente esclarecida a razão da associação da FA com um aumento da mortalidade.

Testes / Investigações (explicados com maior detalhe num prospecto separado)

Em primeiro lugar, é importante comprovar que tem actualmente FA. Isto é confirmado pela realização dum traçado da actividade cardíaca designado por electrocardiograma (ECG). O ECG pode consistir num registo realizado em tempo real, ou numa monitorização contínua, durante 24 ou mais horas, tentando detectar episódios de FA. Poderá ser necessário realizar um ecocardiograma (um scan) destinado a avaliar a estrutura e a função global do coração.

Tratamento da fibrilhação auricular

O tratamento da FA cai genericamente em duas áreas: a prevenção da formação de coágulos sanguíneos (e portanto do AVC) e o controlo do próprio ritmo. Se estiverem presentes outros problemas, eles poderão requerer tratamento específico.

Prevenção dos acidentes vasculares cerebrais

Para reduzir o risco da formação de coágulos sanguíneos poderão ser recomendadas drogas como a Aspirina ou a Varfarina. A Aspirina é fácil de tomar e raramente causa efeitos colaterais.

A Varfarina é um poderoso agente anticoagulante sanguíneo, mas é difícil de tomar, pois as doses diárias deverão ser ajustadas por um teste sanguíneo designado por INR (International Normalized Ratio). Estas análises são inicialmente realizadas com intervalo de poucos dias e mais tarde, quando a o tratamento estiver estabelecido e o INR estável,

todas as 4 a 8 semanas. Se a dose da Varfarina for demasiado baixa, o sangue pode não ser suficientemente fluído para prevenir um coágulo.

Se a dose for demasiado elevada, o sangue será demasiado fluído e podem ocorrer problemas hemorrágicos. Apesar das desvantagens da Varfarina, comprovou-se que ela é extremamente eficaz na prevenção de AVC sobretudo em doentes de maior risco (por ex. com mais de 70 anos ou com outros problemas cardíacos ou circulatórios).

A escolha entre a Aspirina e a Varfarina depende das circunstâncias individuais de cada pessoa. Estão à disposição dos médicos recomendações nacionais e internacionais que definem o melhor tratamento a ser utilizado.

Tratamento do ritmo

O tratamento do ritmo cardíaco na FA depende da existência ou não de sintomas e do facto da FA ser paroxística, persistente ou permanente.

Fibrilhação auricular persistente

Se a sua FA for sintomática ou se ela tiver sido diagnosticada pela primeira vez, poderá ser-lhe recomendado um tratamento eléctrico para restaurar o ritmo sinusal normal. Este procedimento é designado por cardioversão eléctrica, que habitualmente é efectuada num hospital em regime ambulatorio. Será dada uma sedação profunda ou uma anestesia de curta duração (5 a 10 minutos), após o que se aplicará um choque eléctrico através do tórax, por meio de um aparelho designado por desfibrilhador. No sentido de aumentar a probabilidade de manter o coração num ritmo normal, poderá ser-lhe receitado durante algum tempo após o procedimento um medicamento estabilizador do ritmo cardíaco, como por exemplo a Amiodarona ou o Sotalol. Todas as pessoas que fazem uma cardioversão precisam de tomar Varfarina durante pelo menos um mês antes do tratamento e vários meses depois.

Fibrilhação auricular paroxística

Não existe um método único para tratar a FA, visto que todas as pessoas são diferentes e respondem de modo diverso ao tratamento. O seu médico discutirá consigo os tratamentos disponíveis, mas as opções principais são as que a seguir se descrevem.

Nenhum tratamento

Nalguns casos, por exemplo se os episódios de FA forem pouco frequentes e de curta duração, pode não valer a pena tomar medicação. A razão é a de que os potenciais efeitos colaterais das drogas podem ultrapassar os seus benefícios.

Tratamentos com fármacos

A finalidade do tratamento é a redução da frequência e/ou da severidade da FA com a utilização de medicamentos designados por antiarrítmicos. Há várias drogas disponíveis para tratar os episódios de FA. Uma delas, a Flecainida, é bastante eficaz na redução da severidade e frequência dos episódios, mas só pode ser utilizada em doentes sem doença coronária. É utilizada sobretudo em doentes jovens, embora não esteja contraindicada nos mais idosos desde que se tenha excluído doença cardíaca subjacente. A Flecainida é em geral administrada em duas tomas diárias. A Propafenona é um medicamento similar mas administra-se três vezes por dia. Nalguns doentes com episódios mantidos pouco frequentes de FA, a Flecainida ou a Propafenona podem ser dadas numa única dose no início do ataque. Este método é designado por “pílula no bolso”. Contudo ele só é seguro se os doentes tiverem sido cuidadosamente seleccionados e treinados na utilização deste tratamento, devendo praticá-lo inicialmente em meio hospitalar. Outro grupo de medicamentos que pode ser muito eficaz no controlo dos sintomas da FA são os Bloqueadores-beta. Um deles, o Sotalol (dado em duas ou três tomas diárias) é um tipo especial de Bloqueador-beta, que possui em simultâneo propriedades estabilizadoras do ritmo quando utilizado em doses mais elevadas.

A outra droga muito utilizada é a Amiodarona, que é administrada numa fase inicial numa dose elevada em duas ou três tomas diárias, seguida de uma dose de manutenção regular uma vez por dia. É um fármaco potente e eficaz, que poderá resultar bem no seu caso. São contudo necessários testes sanguíneos semestrais para vigiar a ocorrência de algum efeito colateral, que poderá ser de diversos tipos. Por exemplo, há um pequeno risco da droga poder afectar os seus pulmões, olhos, tiroideia ou outros órgãos. O medicamento torná-lo-á também mais sensível á luz solar. Se lhe prescreverem Amiodarona, terá de usar um creme solar de alta protecção e de cobrir a sua pele nos dias com mais sol. Antes de iniciar esta droga o seu médico/enfermeira, discutirá consigo os seus riscos potenciais. Poderá ter experimentado no passado vários medicamentos que foram incapazes de o fazer sentir-se melhor. É importante lembrar-lhe que há vários outros tipos de fármacos disponíveis, e poderá levar tempo até se encontrar o melhor tratamento para o seu caso (uma droga isolada ou uma associação).

Tratamentos não farmacológicos

Nalgumas pessoas os episódios de FA são severos e frequentes, afectando a sua qualidade de vida. Se o tratamento com drogas não resultar ou causar efeitos colaterais desagradáveis, pode ser necessário propor-lhe uma solução diferente. Esta poderá envolver a implantação de um pacemaker permanente e/ou outros tratamentos subsequentes, dependendo da melhoria dos seus sintomas.

Ablação do nódulo AV

Alguns tipos de FA respondem ao tratamento com um pacemaker especial que poderá ajudar a manter ou regular o ritmo cardíaco. Se a implantação isolada de um pacemaker não conseguir melhorar os seus sintomas, poderá ter indicação para uma ablação por cateter. Uma das formas de tratamento ablativo é designada por ablação do nódulo AV. É realizada sob anestesia local ou sedação profunda, envolvendo a introdução de fios metálicos finos através de um veia da sua virilha direita. Um

dos fios é aquecido na sua extremidade permitindo a destruição (ablação) do tecido alvo, neste caso o nódulo AV. Isto significa que as câmaras superiores (aurículas) são electricamente desconectadas das inferiores (ventrículos). Uma vez realizado este procedimento ficará dependente de um pacemaker que aplica impulsos nas câmaras inferiores do seu coração (ventrículos). O procedimento é irreversível.

O seu pacemaker permanente regulará a contracção das câmaras inferiores ou ventrículos, mantendo-as com uma pulsação regular. A FA não é curada, mas ao realizarem este procedimento, muitos doentes ficam livres das suas palpitações. É importante que outros sintomas como a fadiga ou a dificuldade em respirar podem não melhorar com esta forma de tratamento.

A ablação por cateter pode nalguns hospitais ser realizada em regime ambulatorio, não sendo necessário passar a noite no hospital.

Se aceitar este tratamento, o seu cardiologista explicar-lhe-á com mais pormenor o procedimento na altura que ele achar mais adequada. Ser-lhe-ão explicados os riscos e benefícios deste tratamento de modo a pode fazer uma escolha informada.

Ablação da aurícula esquerda

Também designada por ablação circunferencial da aurícula esquerda ou isolamento das veias pulmonares (IVP). Não está indicada em todos os doentes com FA, mas poderá ser considerada se os sintomas não respondem a outras formas de tratamento.

Neste caso procede-se á ablação de áreas no interior da aurícula esquerda, impedindo o início dos episódios de FA. Em anos recentes verificou-se que a FA podia originar-se a partir de áreas à

volta das veias pulmonares (vasos sanguíneos por ligam os pulmões ao coração), as quais se situam na aurícula esquerda (cavidade superior).

A técnica consiste na introdução de um fio metálico na aurícula esquerda do coração. Para isso tem de se introduzir o fio metálico através de uma veia da virilha, fazendo-o passar pelo lado direito do coração, de modo a atravessar um pequeno orifício criado no músculo que separa a cavidade superior direita da esquerda. Uma vez o fio posicionado, fazem-se pequenas queimaduras à volta das veias pulmonares.

Este tipo de ablação está apenas disponível nalguns centros especializados, sendo em geral recomendado quando já foram tentados os outros tratamentos. Para realizar este tratamento exige-se uma grande colaboração por parte do doente. Assim, o procedimento poderá demorar várias horas e terá de passar pelo menos uma noite no hospital. Por outro lado, o doente que fizer ablação da aurícula esquerda terá de tomar Varfarina pelo menos durante alguns meses após o procedimento. Alguns doentes necessitarão de continuar as suas drogas antiarrítmicas durante vários meses e não é raro que sintam episódios de FA durante alguns meses após o procedimento enquanto as coisas estabilizam.

A vantagem de realizar este procedimento é que a maioria dos doentes apresenta uma melhoria dramática dos seus sintomas ficando alguns completamente curados da FA. Se o seu cardiologista lhe recomendar este tipo de ablação, ele/ela dar-lhe á informação mais detalhada acerca dos benefícios e riscos de modo a que possa dar o seu consentimento informado.

Fibrilhação auricular permanente

Alguns indivíduos estão sempre em FA, porque todas as tentativas de restaurar o ritmo sinusal falharam ou porque a FA causa poucos sintomas. Isto é aceitável desde que lhe seja dada uma medicação correcta, em primeiro lugar para prevenção do AVC (Aspirina ou Varfarina) e secundariamente para controlo da frequência cardíaca (Digoxina ou Bloqueadores-beta).

Comitê Executivo

Dr Daniel Bonhorst Prof Pedro Adragão Dr Carlos Morais

Presidente Britânico - Prof A John Camm and Dr Daniel Bonhurst

Dr Phillip Batin	Dr Michael Gammage	Mrs Trudie Lobban
Mr Chris Brown	Mr Steve Gray	Ms Nicola Meldrum
Mr Pierre Chauvineau	Mrs Angela Griffiths	Prof John Morgan
Dr Derek Connelly	Mr Robert Hall	Mrs Jayne Mudd
Dr Campbell Cowan	Dr Guy Haywood	Dr Francis Murgatroyd
Dr Neil Davidson	Mrs Anne Jolly	Dr Richard Schilling
Dr Wyn Davies	Mrs Sue Jones	Dr Graham Stuart
Mr Nigel Farrell	Dr Gerry Kaye	Mrs Jenny Tagney
Dr Adam Fitzpatrick	Dr Nick Linker	Mr Paul Turner

Curadores - Mr Chris Brown, Dr Derek Connelly, Mr Nigel Farrell, Dr Adam Fitzpatrick, Mrs Trudie Lobban

Patronos - Prof Hein J J Wellens, Prof Silvia G Priori, W B Beaumont, OBE

