



Fibrilação atrial

Resumo de diretriz NHG M79 (segunda revisão parcial, agosto 2013)

grupo de estudos NHG-fibrilação atrial

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Definições
- Diagnóstico
 - Anamnese
 - Exame físico
 - Exames complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Informação
 - Medicação
 - Acompanhamento
 - Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Definições

Fibrilação atrial: arritmia cardíaca em que o ritmo é completamente irregular e geralmente acelerado.

- *Primeiro evento de fibrilação atrial:* se a condição não foi estabelecida anteriormente no paciente.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- *Fibrilação atrial paroxística (FAP)*: eventos repetidos de fibrilação atrial que não persistem durante mais de sete dias.
- *Fibrilação atrial persistente*: a condição existe há mais de sete dias.
- *Fibrilação atrial permanente*: a condição existe há mais de sete dias, a arritmia é aceita (e tolerada) pelo paciente e o médico.

Diagnóstico

Examinar o ritmo cardíaco na falta de ar, diminuição da tolerância ao exercício físico, palpitações, tonturas ou sensação de desmaio, colapso, sinais de insuficiência cardíaca, ataque isquêmico transitório (AIT) ou acidente vascular cerebral (AVC). Notar o ritmo cardíaco durante a medição da pressão arterial.

Anamnese

Perguntar sobre sintomas que podem fazer parte da fibrilação atrial:

- palpitações: desde quando, contínua ou em ataques? Se em ataques: frequência, por quanto tempo e quando;
- tonturas, desmaios;
- queda na tolerância ao exercício, dispnéia.

Verifique a existência de condições subjacentes e comorbidade significativa:

- evidências para a angina pectoris ou insuficiência cardíaca;
- distúrbio cardíaco valvular, diabetes mellitus, hipertensão, DPOC, hipertireoidismo, AIT ou AVC, infarto do miocárdio no histórico, morte súbita cardíaca no histórico familiar.

Discutir fatores desencadeadores da fibrilação arterial como:

- febre, sinais de anemia ou hipertireoidismo;
- stress, esforço físico ou refeições pesadas;
- intoxicações: café, álcool, drogas (estimulantes);
- medicamentos, especialmente beta-simpaticomiméticos, levotiroxina, corticosteróides.

Verificar sintomas sugestivos de complicações tromboembólicas, tais como um AIT ou AVC.

Exame físico

- Pressão arterial (manual).

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Auscultação do ritmo cardíaco e frequência, contar os batimentos cardíacos durante um mínimo de 30 segundos; se em repouso abaixo de 90 batimentos/minuto, repetir após leve esforço; prestar atenção à ausculta de sopros.
- Esteja alerta para qualquer sinal de insuficiência cardíaca.

Expansão do exame físico dependendo de demanda: indicações anamnéticas de causas subjacentes, fatores desencadeadores ou complicações tromboembólicas.

Exames complementares

- Eletrocardiograma (ECG) em suspeita de fibrilação atrial; em FAP, se possível, durante um ataque.
- Registro de Holter em suspeita de FAP com ataques frequentes.
- Registrador de Eventos¹, em suspeita de FAP com eventos pouco frequentes.
- Exames laboratoriais: TSH, hemoglobina e glicemia; creatinina (TFG) e potássio, no início do tratamento com digoxina. Determine BNP ou NT-proBNP² somente em suspeita de insuficiência cardíaca .
- Ecocardiografia em suspeita de anomalia em válvula cardíaca ou insuficiência cardíaca.

Avaliação

- Estabelecer o diagnóstico de fibrilação atrial com base nos resultados do ECG, holter ou registrador de eventos¹ e definir tipo de fibrilação atrial (ver definições).
- Determinar a existência de comorbidade relevante para o tratamento, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, (possível) insuficiência cardíaca, doença vascular (coronária ou periférica), (histórico de) AVC ou AIT, doença cardíaca valvular, insuficiência renal, ou hipertireoidismo.

Conduta

Informação

A conduta é focada em pacientes > 65 anos.

- Explicação sobre a moléstia e o curso esperado.
- Discutir fatores desencadeadores.
- Explicar que a medicação para redução da frequência cardíaca é de grande utilidade.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Ressaltar a importância da medicação antitrombótica em FAP e em fibrilação atrial com duração acima de 48 horas.
- Explique os sintomas de AVC, AIT e tromboembolismo periférico e instrua o paciente a entrar imediatamente em contato com o médico caso estes sintomas ocorram.
- Discuta em FAP com frequentes ataques sintomáticos as possibilidades para redução da frequência de ataques.

Medicação

Redução da frequência ventricular

Em frequência ventricular em repouso >110 batimentos/minuto ou sintomático durante esforço físico.

sem falha cardíaca	<i>primeira opção:</i> betabloqueador	metoprolol com liberação prolongada 50-200 mg	Eventualmente acrescentar digoxina
	<i>segunda opção:</i> antagonista dos canais de cálcio	verapamil ou diltiazem 120-360 mg (em angina pectoris preferencialmente diltiazem)	
(talvez) falha cardíaca	digoxina: primeiro dia 0,75 mg, seguido de 1x/dia 0,25 mg; em risco de intoxicação elevado (idade > 70 anos, função renal reduzida, peso <55 kg): primeiro dia 3x 0,125 mg, seguido de 1x/dia. 0,125 mg; em mais de um fator de risco para intoxicação ou idade >85 anos: primeiro dia 3x 0,125 mg, seguido de 1x/dia 0,0625 mg		

- Aumentar dose gradualmente, conduzido pela frequência ventricular.
- Reduzir a dose de digoxina ao combinar com um antagonista do cálcio.

Tratamento antitrombótico

- Recomendar anticoagulantes orais para todas as mulheres >65 anos e todos os homens >75 anos.
- Discutir em caso de homens com idade entre 65 a 75 anos sem comorbidade cardiovascular (raro) que os benefícios da medicação antitrombótica não superam as desvantagens.
- Recomendar ácido acetilsalicílico (80 mg por dia) em contra-indicação para o uso de anticoagulantes orais.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

*Explicar efeitos adversos de anticoagulantes orais e prescrever, conforme necessário, proteção gástrica.

Anticoagulantes orais:

Prescrever de preferência um derivado da cumarina (femprocumon ou acenocumarol, INR entre 2 e 3). Considere a auto-monitorização do INR em pacientes que encontrem dificuldades no controle pelo *trombosedienst*³.

Dosagens iniciais de derivados de cumarina

	acenocumarol 1 mg		Fenprocumon 3 mg	
	≤ 70 anos	contra-indicação ou >70 anos	≤ 70 anos	contra-indicação ou >70 anos
primeiro dia	6 mg	4 mg	12 mg	6 mg
segundo dia	4 mg	2 mg	6 mg	3 mg
terceiro dia	2 mg	1 mg	3 mg	1,5 mg

Considere novo anticoagulante oral (NACO; ex: apixaban, dabigatran, rivaroxaban) apenas se todas as condições seguintes estiverem presentes:

- idade <80 anos (arbitrariamente);
- relativamente pouca comorbidade;
- função renal (TFG > 50 ml/min);
- boa aderência à terapia.

NACOs são absolutamente contra-indicados em:

- pacientes com uma prótese de válvula cardíaca mecânica;
- pacientes com estenose de válvula mitral reumática.

NACO atualmente são reembolsados apenas se prescritos por um especialista⁴.

Acompanhamento

- Repetir consulta em paciente acima de 65 anos e um primeiro ataque, dois dias após o início dos sintomas. Averiguar queixas e verificar o ritmo e a frequência ventricular. Comece se necessário medicação para redução de frequência antitrombótica.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

- Acompanhar paciente durante a fase de ajuste da medicação de controle da frequência ventricular até o objetivo do tratamento ser atingido. Esteja alerta aos sinais de insuficiência cardíaca.
- O paciente numa condição estável deve ser controlado anualmente. Verificar o ritmo cardíaco e sinais de insuficiência cardíaca. Identificar os fatores de risco que determinam a indicação de tratamento antitrombótico e adaptar a política antitrombótica conforme necessário.
- Em usuários de digoxina determinar anualmente creatinina e potássio séricos.

Encaminhamento

- Encaminhamento urgente com ambulância:
 - paciente hemodinamicamente instável;
 - angina pectoris instável.
- Consulta telefônica direta com o cardiologista em paciente jovem (<65 anos) com fibrilação atrial existente há menos de 48 horas. A cardioversão é em muitos desses casos bem sucedidas e pode ocorrer sem anticoagulação.
- Considere a consulta direta com o cardiologista, pela mesma razão, em pacientes > 65 anos, menos de 48 horas com fibrilação atrial e muitas queixas.

Outras indicações para encaminhamento:

- idade < 65 anos e acima de 48 horas fibrilação atrial;
- escolha de NACO como medicação antitrombótica;
- frequência ventricular < 50/min sem medicação de redução de frequência;
- sintomas persistentes apesar de frequência ventricular adequada;
- redução insuficiente da frequência ventricular mesmo com o uso de digoxina e betabloqueador e (suspeita de) insuficiência cardíaca;
- redução insuficiente no ritmo ventricular, apesar da utilização de duas drogas de redução de frequência;
- suspeita anormalidade da válvula do coração e/ou insuficiência cardíaca;
- presença da síndrome de Wolff-Parkinson-White ou morte cardíaca súbita na família;
- FAP, se o paciente desejar terapia para reduzir a frequência de ataques.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.

Notas do tradutor

Event recorder: alguns exemplos disponíveis na Holanda: Card Guard CG-6106 recorder®, Merlin®, IR100®, BT3100®, BT3300®, Cardioclip® e Reveal®.

Peptídeo natriurético do tipo B

Serviço nacional laboratorial que controla INR e prescreve o derivado de cumarina em pacientes que usam a medicação por períodos prolongados.

Situação atual na Holanda, onde a grande maioria dos medicamentos prescritos são pagos pelo convênio médico.

Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.