

## **Resumos do Simpósio de Barcelona sobre FA realizado em 24-25 de março de 2006 em Barcelona, Espanha - Parte 3**

### **DIRETRIZES DO NICE PARA FIBRILAÇÃO ATRIAL**

A. John Camm

*St. George's University of London, Londres, Reino Unido*

O NICE (Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica<sup>1</sup>) é uma organização independente responsável pelo fornecimento de diretrizes nacionais sobre a promoção de boa saúde e a prevenção e o tratamento de doenças. As diretrizes do NICE são desenvolvidas utilizando a experiência da NHS e da grande comunidade clínica dedicada aos cuidados com a saúde, incluindo o pessoal da NHS, profissionais clínicos, pacientes e estagiários, indústria e o mundo acadêmico. As diretrizes clínicas são recomendações dadas pelo NICE sobre o tratamento e os cuidados apropriados de pessoas com doenças e condições específicas dentro da NHS. Elas baseiam-se nas melhores evidências disponíveis.

A informação das diretrizes clínicas para fibrilação atrial, apresentada neste resumo, foi obtida da segunda consulta datada na web em 16 de janeiro de 2006. As diretrizes oferecem orientação baseada em evidência para o diagnóstico e o controle de FA, de ocorrência emergencial, primária, pós-operatória e secundária. Elas também dão recomendações para a consulta de serviços especializados. As principais recomendações nas diretrizes são:

- Em pacientes com falta de ar/dispnéia, palpitações, síncope/tontura ou desconforto torácico deve-se realizar palpação manual para determinar a presença de um pulso irregular que possa indicar FA subjacente.
- Um ECG deve ser realizado em todos os pacientes, sintomáticos ou não, nos quais há suspeita de um diagnóstico de FA baseado na detecção de um pulso irregular.
- Em pacientes com FA, uma ecocardiografia trans-torácica (TTE) deve ser realizada naqueles em que um ecocardiograma básico é importante para o controle de longo prazo.
- Em pacientes com FA, uma ecocardiografia trans-esofágica (TOE) deve ser realizada naqueles onde a TTE demonstra uma anormalidade, naqueles

onde a TTE é tecnicamente difícil e naqueles considerados para cardioversão orientada por TOE.

- Em pacientes com suspeita de FA paroxística, não detectada pelo ECG padrão, um monitoramento com Holter de 24 horas deve ser utilizado naqueles com episódios sintomáticos isolados em menos de 24 horas e naqueles com episódios menos freqüentes, um ECG gravador de eventos.
- Em pacientes com FA sem instabilidade hemodinâmica, nos quais uma cardioversão é indicada dentro das 48 horas do onset, deve-se realizar uma cardioversão farmacológica ou elétrica.
- Em pacientes com FA persistente, para os quais optou-se pela realização de uma cardioversão farmacológica utilizando um agente antiarrítmico intravenoso, na ausência de doença cardíaca estrutural, a droga de escolha deve ser uma droga de classe 1c (como a flecainida) e na presença de doença cardíaca estrutural, a droga de escolha deve ser a amiodarona.
- Em pacientes com FA submetidos à cardioversão elétrica eletiva, para os quais há uma grande preocupação a respeito de uma restauração bem sucedida do ritmo sinusal (como uma falha em cardioversão anterior ou recorrência precoce de FA), amiodarona ou sotalol concomitante deve ser administrada por, pelo menos, quatro semanas antes da cardioversão.
- Em pacientes com FA persistente, uma terapia anti-trombótica apropriada deve ser administrada independente da estratégia de tratamento adotada, se controle da freqüência ou controle do ritmo. Uma estratégia de controle de freqüência deve ser a opção inicial nos seguintes pacientes com FA persistente: mais de 65 anos, com doença em artéria coronária, com contra-indicações para drogas antiarrítmicas, inapto para cardioversão, sem insuficiência cardíaca congestiva.
- Pacientes inaptos para uma cardioversão incluem aqueles com contra-indicações para anticoagulação, doença cardíaca estrutural (por exemplo, átrio esquerdo grande > 5,5 cm, estenose mitral) que impede a manutenção de longo prazo do ritmo sinusal, uma grande duração de FA (normalmente > 12 meses), várias tentativas falhas de cardioversão e/ou recidivas, mesmo com a utilização concomitante de drogas antiarrítmicas ou abordagens não farmacológicas, uma causa pro-

<sup>1</sup> National Institute for Health and Clinical Excellence.

gressiva, mas reversível de fibrilação atrial (por exemplo, tirotoxicose).

- Em pacientes com FA permanente, que necessitam de tratamento para controle da frequência, beta-bloqueadores ou antagonistas de cálcio limitadores da frequência devem ser administrados como mono-terapia inicial em todos os pacientes.
- A digoxina somente deve ser considerada como mono-terapia em pacientes sedentários.
- Em pacientes com FA assintomática, a trombofilaxia deve ser administrada como para FA sintomática, FA persistente, FA permanente e FA paroxística.
- Em pacientes com FA recentemente diagnosticada, nos quais uma terapia anti-trombótica é indicada, tal tratamento deve ser iniciado com a mínima demora após o controle apropriado de co-morbidades.
- Em pacientes com FA que necessitam de anticoagulação de longo prazo, o auto-monitoramento deve ser considerado, se da preferência do paciente.
- A indicação para uma intervenção específica adicional (por exemplo, isolamento de veia pulmonar, terapia com marcapasso, cirurgia para arritmia, ablação com cateter da junção átrio-ventricular ou desfibriladores atriais) deve ser considerada para pacientes nos quais a terapia farmacológica falhou, somente com FA, e para pacientes com evidência no ECG de um distúrbio eletrofisiológico subjacente (por exemplo, síndrome de Wolf-Parkinson-White).

**Favor observar que as palavras exatas das diretrizes têm sido utilizadas em muitas ocasiões.**

#### **NOVAS DIRETRIZES DA ESC: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA FA: DROGAS ANTIARRÍTMICAS**

Juan Tamargo.

*Departamento de Farmacologia, Escola de Medicina, Universidad Complutense, 28040 Madrid, Espanha.*

A terapia farmacológica continua sendo o principal suporte do tratamento de longo prazo da FA. Os objetivos da terapia de FA relacionam-se com a própria arritmia e com a prevenção de complicações tromboembólicas. Existem duas estratégias principais para o tratamento farmacológico de longo prazo da FA: restaurar e manter o ritmo sinusal com AADs de classe I e III (“controle do ritmo”) ou permitir que a FA persista, assegurando que a frequência ventricular está controlada com drogas de bloqueio do nódulo átrio-ventricular (“controle da frequência”).

As metas de restauração e manutenção do ritmo sinusal incluem alívio dos sintomas, melhora da capacidade de fazer exercícios e da função hemodinâmica, prevenção de embolia e o evitar

de uma cardiomiopatia induzida por taquicardia. A opção por certas drogas para a manutenção do ritmo sinusal deve ser individualizada e baseada no tipo de FA, severidade dos sintomas, início dentro ou fora do hospital, co-morbidades associadas, perfil dos efeitos colaterais da droga escolhida e preferências do paciente. Como nenhum dos agentes disponíveis parece ser universalmente superior, a opção pela droga depende normalmente de seus efeitos colaterais. Assim, uma análise cuidadosa dos benefícios e riscos relativos de uma abordagem agressiva para manter o ritmo sinusal versus a estratégia de controle da frequência e prevenção tromboembólica deve ser feita antes do início da terapia. As Diretrizes da ACC/AHA/ESC para o controle de pacientes com FA fornecem algoritmos farmacológicos para manter o ritmo sinusal em tais pacientes. Além disso, uma vez que a manutenção do ritmo sinusal leva em consideração o substrato arritmogênico subjacente, as Diretrizes também fornecem recomendações para o controle de FA e, em pacientes com infarto agudo do miocárdio, doença coronária, insuficiência cardíaca, doença cardíaca hipertensiva, síndrome de Wolf-Parkinson-White (WPW), gravidez, hipertiroidismo, cardiomiopatia hipertrófica e doenças pulmonares, assim como recomendações para a prevenção e o controle de FA pós-operatória. Se a terapia com drogas antiarrítmicas orais deve ser iniciada nos pacientes dentro ou fora do hospital continua em debate, dependendo dos sintomas do paciente, da presença de doença cardíaca estrutural e do tipo de droga.

O controle da frequência pode ser a primeira abordagem terapêutica na maioria dos pacientes com FA hemodinamicamente estável. Esta estratégia reduz os sintomas de insuficiência cardíaca, e os efeitos colaterais e riscos pró-arrítmicos da terapia antiarrítmica. A escolha de um agente farmacológico depende da urgência da situação clínica, da necessidade de controlar a frequência cardíaca durante as atividades diárias ou exercícios moderados, de doença cardíaca subjacente e da tolerância à droga. As desvantagens incluem a perda de contração atrial e a persistência da FA de maneira que uma remodelagem atrial pode levar à FA permanente.

O tratamento de FA com agentes bloqueadores do canal de íons permanece sub-ótimo, em face de sua eficácia limitada e do risco de indução de pró-arritmia ventricular. Na tentativa de lograr a eficácia relativamente pobre e os efeitos colaterais das drogas disponíveis para manutenção do ritmo sinusal, o interesse tem-se voltado para os bloqueadores seletivos dos canais de íons atriais, drogas que bloqueiam vários canais de íons e, particularmente, para as drogas não antiarrítmicas, como as que interferem no sistema renina-angiotensina (inibidores da enzima conversora de angiotensina, antagonistas do receptor de angiotensina), beta

bloqueadores e estatinas, que modificam o processo de remodelagem, base do desenvolvimento de FA em diferentes estados de doença.

### **NOVAS DIRETRIZES DA ESC PARA FA: ANTICOAGULAÇÃO**

Gregory Y.H. Lip, MD FRCP FESC FACC.

*Haemostasis Thrombosis and Vascular Biology Unit, University Department of Medicine, City Hospital, Birmingham, Reino Unido.*

Os resultados de vários estudos grandes de anticoagulação em FA, controlados, com placebo, mostram uma redução acentuada dos eventos trombo-embólicos. Uma meta-análise recente destes estudos mostrou uma redução relativa dos riscos na frequência de derrame de 68% (IC 95% - 48% - 72%). Uma meta-análise dos principais estudos de aspirina controlada com placebo mostrou uma redução menos acentuada de 22% (IC 95% - 2% - 38%), atingindo apenas a significância estatística. Além disso, a meta-análise de estudos comparando diretamente a varfarina com a aspirina mostrou que a varfarina reduziu o risco de derrame em 36% (IC 95% - 15% - 52%) em relação à aspirina. Adicionalmente, a terapia com varfarina reduziu a mortalidade por qualquer causa em FA.

Pacientes com FA paroxística parecem ter o mesmo risco de complicações trombo-embólicas que os pacientes com FA sustentada. Permanece algo incerto se este risco depende ou não da duração e da frequência de paroxismos. Assim, todos os pacientes com FA paroxística devem ser controlados de acordo com a mesma estratificação de riscos e os mesmos critérios de tratamento trombo-profilático que os com FA sustentada.

O risco de complicações hemorrágicas com anticoagulação varia de paciente para paciente. Muitos fatores podem influenciar adversamente o risco de hemorragia a uma frequência mais alta: um INR maior que 3,0, controle insuficiente do INR, hipertensão não controlada e mais de 75 anos são fatores clinicamente importantes na consideração da terapia com varfarina em FA.

### **Anticoagulação em pacientes com FA apresentado derrame agudo**

Diretrizes anteriores de consenso geral da ACCP estabelecem que antes de começar qualquer agente anti-trombótico, uma TC ou IRM deve ser realizada para confirmar a ausência de hemorragia intra-cranial e para avaliar o tamanho de qualquer infarto cerebral. Em pacientes com FA sem nenhuma evidência de hemorragia e infarto pequeno (ou nenhuma evidência de infarto), a administração de varfarina (INR 2-3) pode ser iniciada, desde que o paciente seja normotenso. Em pacientes com FA

com grandes áreas de infarto cerebral, o início da terapia com varfarina deve ser retardado por duas semanas em face do risco potencial de transformação hemorrágica. A presença de hemorragia intracraniana é uma contra-indicação absoluta para o uso imediato e futuro de anticoagulação para prevenção de derrame em FA.

### **Anticoagulação em FA aguda**

Apesar de não haver nenhum estudo randomizado tratando especificamente desta questão, existe evidência que a cardioversão pode ser realizada com segurança sem anticoagulação se houver arritmia presente por menos de 48 horas.

### **Principais Referências:**

- Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1999; 131(7):492-501.
- Lip GYH, Boos CJ. Antithrombotic treatment in atrial fibrillation. *Heart* 2006; 92(2):155-61.
- Lip GYH, Edwards SJ. Stroke prevention with aspirin, warfarin and ximelagatran in patients with non-valvular atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Thromb Res.* 2005 Sep 28; doi:10.1016/j.thromres.2005.08.007.
- Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Go AS, Halperin JL, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest.* 2004 Sep;126(3 Suppl):429S-456S.

### **NOVAS DIRETRIZES E RECOMENDAÇÕES PARA FIBRILAÇÃO ATRIAL (ACC/AHA/ESC): TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO**

J. Y. Le Heuzey.

*Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, França.*

A primeira versão de diretrizes sobre a fibrilação atrial foi elaborada por um pessoal da ACC/AHA com um pessoal da ESC, em conjunto (Fuster V., Ryden L. et al, *Circulation* 2001; 104: 2118-50). A atualização destas diretrizes será publicada em breve. Todas as terapias não farmacológicas foram levadas em consideração: abordagens não farmacológicas para prevenção de trombo-embolia, ablação cirúrgica, ablação com cateter, estimulação e desfibrilação atrial interna.

Em relação à estimulação, a conclusão do capítulo dedicado a esta técnica é a seguinte: "Em resumo, a estimulação com base atrial está associada com um risco mais baixo de FA e derrame que a estimulação com base ventricular, em pacientes que necessitam de marcapassos para bradiarritmias, mas

o valor da estimulação como uma terapia primária para prevenção de FA recorrente não foi provado”.

O lugar e o papel da ablação com cateter na estratégia de manutenção do ritmo sinusal mudaram completamente desde a primeira versão das diretrizes. Na primeira versão (figura 1), as opções não farmacológicas eram apenas consideradas em pacientes sem doença cardíaca após falhas sucessivas da flecainida, da propafenona ou do sotalol, seguida da amiodarona ou da dofetilida. Na nova versão (o algoritmo final ainda está sob revisão), o lugar da ablação com cateter do tecido de veia pulmonar mudou completamente (figura 2). Em pacientes sem doença cardíaca subjacente, a ablação com cateter pode ser considerada como uma alternativa à amiodarona ou à dofetilida após a falha da flecainida, da propafenona ou do sotalol. Para pacientes com doença cardíaca subjacente, o algoritmo difere de acordo com a patologia: na insuficiência cardíaca, a ablação com cateter pode ser proposta após falha da amiodarona ou da dofetilida. Em pacientes com doença coronária, a ablação com cateter é considerada como uma alternativa à amiodarona após a falha da dofetilida ou do sotalol. Finalmente, em pacientes hipertensos, se houver uma hipertrofia ventricular esquerda, a ablação com cateter é proposta após falha da amiodarona. Em pacientes com hipertensão, mas sem hipertrofia ventricular esquerda, a ablação com cateter é uma alternativa à amiodarona ou à dofetilida após falha da flecainida, da propafenona ou do sotalol.

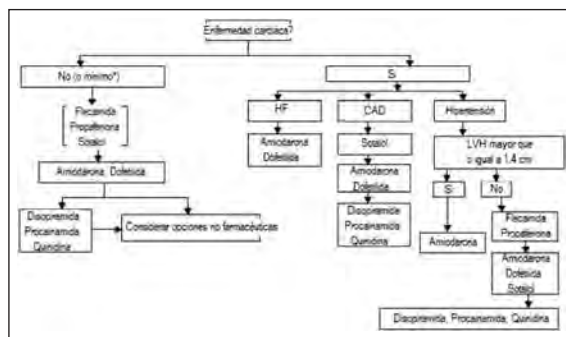


Figura 1 - Diretrizes da ACC/AHA/ESC. Circulation 2001; 104: 2118-50.

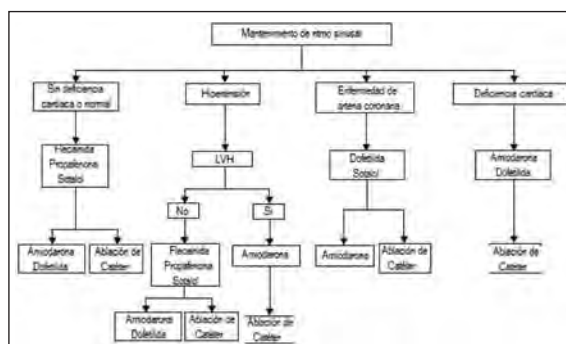


Figura 2 - Versão proposta das diretrizes para FA (ainda em revisão).