

Fibrilação atrial no idoso

A fibrilação atrial (FA) é uma das arritmias mais freqüentes nos pacientes idosos e, segundo o Estudo de Framingham, sua incidência foi de 0,2/1.000 pacientes entre 30 e 39 anos de idade e de 39/1000 pacientes entre 80 e 89 anos. O “Cardiovascular Health Study”, também utilizando-se de monitorização ambulatorial de 5.200 indivíduos com mais de 65 anos de idade, demonstrou fibrilação atrial em 4,8% das mulheres e em 6,2% dos homens. E da mesma forma este estudo demonstrou que a fibrilação atrial foi mais comum entre os idosos com doença cardíaca manifesta (9,1%) do que aqueles em que a doença cardíaca não era aparente (4,6%), ou sem doença cardíaca (1,6%). Os preditores independentes de fibrilação atrial no idoso foram: insuficiência cardíaca congestiva, valvulopatia, acidente vascular cerebral, aumento átrio esquerdo, disfunção mitral e aórtica e hipertensão sistêmica tardia.

E classificada em paroxística (autolimitada, reversão em 70% dos casos em 48h), persistente (não reverte até o 7º dia, necessitando de cardioversão para restaurar ritmos sinusal) e a permanente ou crônica, quando não é possível restaurar o ritmo sinusal, após cardioversão química ou elétrica.

A conduta tomada frente a um paciente com FA depende de vários fatores, dois como a doença subjacente, a duração e a freqüência dos episódios de fibrilação atrial, a freqüência ventricular, intensidade dos sintomas e grau de comprometimento hemodinâmico.

A cardioversão elétrica é recomendada sempre que a FA se acompanhar de hipotensão, angina ou insuficiência ventricular esquerda, com edema agudo de pulmão, bem como em casos de síndrome de wolff-Parkinson –white com alta resposta ventricular. Caso for assintomático, especialmente se suspeitamos de FA crônica e boa freqüência ventricular, podem não necessitar de qualquer terapia dirigida a restauração do ritmo sinusal, tanto elétrica como química, podendo ser apenas considerados candidatos à anticoagulação. Já em casos de paroxismos muito freqüentes e autolimitados, pode-se promover apenas o controle da freqüência ventricular para alívio sintomático, já que a reversão é esperada dentro de algumas horas.

Com relação a anticoagulação recomenda-se em pacientes com FA de duração desconhecida ou superior a 48 horas, 3 semanas antes e 4 semanas após a cardioversão. Uma alternativa é o eco transesofágico para determinar a presença de trombo, se ausente, receber heparina endovenosa, cardioversão e anticoagulação por 4 semanas.

Nos pacientes com FA crônica com doença valvar, passado de acidente cerebrovascular e ataque isquêmico transitório, insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção $\leq 25\%$, hipertensão arterial sistêmica, idade superior a 75 anos são considerados candidatos a anticoagulação com com Warfarin, os demais pacientes são considerados de baixo risco para acidente vascular cerebral, considera-se então a anticoagulação somente com aspirina. Pacientes com diabete melito considerar aspirina ou Warfarin.

A discussão sobre FA e sua abordagem, novas drogas antiarritmias e sua prescrição, foi tratada na “mesa redonda” na sala 3, terça-feira.

Bibliografia:

1. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WD, Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. Arch Intern Med 1987; 147:1561-4 .
2. Furberg CD, Psaty BM, Manolio TA, et al Prevalence of atrial fibrillation in the elderly subjects (the Cardiovascular Health Study). Am J Cardiol 1994;74:236-41.
3. Prystonsky EN. Inpatient versus out patients initiation of antiarrhythmic drug therapy for patients with supraventricular tachycardia. Clin Cardiol 1994;17(II):7-10.
4. Manning WI, Silverman DI, Neyghley CS, et al. Transesophageal echocardiography facilitated early cardioversion from atrial fibrillation using shortterm anticoagulation: final result of a prospective 4.5-Year Study. J Am Coll Cardiol 1995;25:1354-61.
5. Stern S, Althorn D, Severson W. UPDATE on Anticoagulation Treatment. JAMA 2000; vol 283, n 22, 2901-03.