

Classificação da fibrilação atrial - 2008

Dr. Andrés R. Pérez Riera

O conceito que nos seguimos no Brasil é o emanado do consenso da Diretriz de fibrilação atrial. ([Martinelli Filho M. et al. Arquivos Brasileiros de Cardiologia vol.81 suppl.6 São Paulo Nov. 2003](#)) que passo a transcrever

Durante os últimos anos, numerosos tipos de classificação foram sugeridos:

- 1) Etiológica (primária ou secundária); cuja importância se deve, especificamente, às clássicas apresentações "idiopática" e "reumática"
- 2) Por sua manifestação clínica: Sintomatológica: sintomática ou silenciosa
- 3) Por sua resposta ventricular: alta, adequada ou baixa taxa;
- 4) Pelo aspecto eletrocardiográfico:
 - Fina
 - Grosseira
- 5) Pelo aspecto eletrofisiológica (Ex. Konings tipo I, II e III) ([Konings KT, et al High-density mapping of electrically induced atrial fibrillation in humans. Circulation. 1994 Apr;89\(4\):1665-1680](#)).
- 6) Segundo seu modo de início (adrenérgica ou vagal-dependente)
- 7) De acordo com a resposta à ablação por RF
- 8) Pelo padrão temporal. A versão atual foi proposta por Camm ([Camm AJ, Levy S, Saksena S, Wyse DG. Don't you agree or not](#)

what part of the problem don't you understand? J Intervent Card Electrophysiol 2000; 4: 559-560.) que

excluiu o subgrupo "aguda" e estabeleceu os seguintes critérios:

a) FA inicial: Primeira detecção, sintomática ou não, da arritmia, desde que a duração seja superior a 30s (forma sustentada). Neste critério incluem-se, ainda, casos de FA com início desconhecido e história clínica de primeiro episódio.

b) FA crônica: em que se documenta a recorrência da arritmia, podendo se apresentar de três formas distintas:

1) Paroxística: episódios com duração de até 7 dias. Geralmente autolimitados e freqüentemente reverterem espontaneamente a ritmo sinusal.

2) Persistente: episódios com duração superior a 7 dias. Neste caso, a interrupção da FA geralmente exige cardioversão elétrica e/ou farmacológica.

O limite de 7 dias, embora arbitrário, define um período no qual a reversão espontânea é pouco provável e a reversão farmacológica raramente ocorre. É importante salientar que essa pode ser a primeira apresentação clínica da arritmia ou pode ser precedida por episódios recorrentes, tornando difícil, muitas vezes, o diagnóstico diferencial com a FA inicial;

3) Permanente: casos em que a arritmia está documentada há algum tempo e que a cardioversão, farmacológica ou elétrica, é ineficaz na reversão a ritmo sinusal. Incluem-se também, nessa apresentação: I- casos de recorrência de FA até 24h pós-cardioversão elétrica (CVE) otimizada; II-FA de longa duração, em que a CVE está contra-indicada ou não é aceita pelo paciente, o que alguns preferem denominar FA permanente "decidida".

O papel da estimulação cardíaca artificial na terapêutica e prevenção da FA está relacionado à regularização do ritmo e ao controle da freqüência cardíaca. Na FA permanente com baixa freqüência ventricular adquirida ou induzida (por fármacos ou ablação), a estimulação ventricular convencional ou multissítio

(insuficiência cardíaca refratária) provoca regularização do intervalo R-R e da frequência cardíaca (Wood MA, Brown-Mahoney C, Kay GN, Ellenbogen KA. Clinical outcomes after ablation and pacing therapy for atrial fibrillation: a metanalysis. Circulation 2000; 101: 1138-44.)

Na FA recorrente (paroxística ou persistente), associada ou não à disfunção do Nó sinusal, a estimulação atrial convencional ou multissítio tem demonstrando evidências de redução de recorrência e da instalação da forma

clínica permanente (Default P, Saksena S, Prakash A et al _ Long-term outcome of patients with drug refractory atrial flutter and atrial fibrillation after single and dual-site right atrial pacing for arrhythmia prevention. J Am Coll Cardiol 1998; 32: 1900-1908.) Além disso, serve de suporte para o uso

de antiarrítmicos com maior segurança, por correção da bradicardia. Também foram desenvolvidos algoritmos específicos para a prevenção da FA recorrente como: overpace, que possibilita a estimulação atrial constante, elevando a frequência sempre que for detectada uma ativação atrial espontânea, overdrive, que permite inibir taquiarritmias atriais por estimulação em alta frequência e a regulação da frequência ventricular, que ajusta o intervalo

de estimulação ventricular de acordo com o ciclo espontâneo pregresso, eliminando variações rápidas do intervalo RR.

Ademais, vários recursos diagnósticos incorporados aos marcapassos convencionais ou com a finalidade específica de otimizar o diagnóstico e a terapêutica dos pacientes com FA podem ser utilizados como alternativas de programação. Assim, podem ser disponibilizados:

- 1) Sensores para adaptação de frequência de estimulação, que corrigem a insuficiência cronotrópica
- 2) Mudança automática de modo, que permite a identificação automática da FA
- 3) Mudança automática para modo VVI e rate smoothing, que impede as oscilações bruscas de frequência ocasionadas pelas arritmias atriais transitórias
- 4) Registro e armazenamento do ECG intracavitário, ou histogramas de frequência cardíaca atrial;

5) Transmissão remota de eventos por telefonia celular, que podem auxiliar no controle das recorrências e na otimização de antiarrítmicos.

Recomendações para o uso de marcapasso cardíaco artificial permanente

Classe I

- 1) FA permanente com resposta ventricular elevada, em pacientes submetidos à ablação da junção AV- tipo de estimulação: MP VVI-R (NE=A);
- 2) FA paroxística refratária, com resposta ventricular elevada, em pacientes submetidos à ablação da junção AV- tipo de estimulação: MP DDD-R com mudança automática de modo (NE=A);
- 3) FA permanente com bradiarritmia persistente ou intermitente, que agrava ou pode ser reconhecida como causa de insuficiência cardíaca - tipo de estimulação: VVI-R ou VVI-R com ressincronização (NE=B);

Classe II a

- 1) FA paroxística, associada à disfunção sinusal adquirida ou induzida por drogas necessárias e insubstituíveis - tipo de estimulação: MP DDD-R com mudança automática de modo e overpace (NE=B);
- 2) 2) FA permanente com BAV em pacientes com cardiomiopatia dilatada e ICC classe III e IV NYHA refratária ao tratamento clínico, BRE (QRS > 130ms); DDFVE > 55mm e FE < 35% - tipo de estimulação: MP VVI-R com ressincronização ventricular (NE=B);
- 3) FA recorrente (paroxística e persistente) com BAV, em pacientes com cardiomiopatia dilatada e ICC classe III e IV NYHA refratária ao tratamento clínico, BRE (QRS > 130ms), DDFVE > 55mm e FE < 35% - tipo de estimulação: MP DDD-R com ressincronização ventricular e mudança automática de modo (NE=B).

Classe II b

- 1) FA paroxística refratária a tratamento clínico, sem outra

alternativa terapêutica, com relação direta e documentada de bradicardia precedendo os episódios de arritmia - tipo de estimulação: com condução AV normal: MP AAI-R com overpace. Com condução AV comprometida: MP DDD-R com mudança automática de modo e overpace (NE=C)

2) FA paroxística em pacientes com distúrbios da condução interatrial ou intra-atrial - tipo de estimulação: MP DDD-R com ressincronização atrial: biatrial ou bifocal atrial direita (NE=C).