SAFE

STROKE ALLIANCE FOR EUROPE

Fibrilhação Auricular

A fibrilhação auricular (FA) é um conhecido fator de risco independente de acidente vascular cerebral (AVC). É a arritmia cardíaca mais frequente e caracteriza-se por um batimento cardíaco irregular e muitas vezes rápido. A FA está fortemente associada à idade, afetando 4% das pessoas com mais de 60 anos e 8% das com mais de 80 anos. Aproximadamente 25% dos indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos irão desenvolver FA durante a sua vida. De acordo com o Relatório sobre o Peso do AVC, o número de doentes com FA na Europa deverá aumentar de 8,8 milhões em 2010 para 17,9 milhões em 2060.

Durante a FA, as duas câmaras superiores do coração (aurículas) batem irregularmente e não estão coordenadas com o batimento das duas câmaras cardíacas inferiores (os ventrículos). Isto pode conduzir à formação de coágulos

sanguíneos no coração que poderão circular para os vasos sanguíneos no cérebro e causar uma obstrução do fluxo sanguíneo e um AVC. Cerca de 20–30% de todos os AVC são causados por FA. O risco de sofrer um AVC por ter FA aumenta com a idade avançada, o género feminino, a pressão arterial alta, a diabetes, a insuficiência cardíaca, a doença arterial coronária, a doença arterial periférica, a doença valvular cardíaca e a história anterior de acidente isquémico transitório e de AVC.
A FA está associada a uma morbidade e mortalidade aumentadas (um risco 1,5 a 1,9 vezes maior de morrer) devido à forte associação entre a FA e os eventos tromboembólicos, especialmente o AVC.

A FA diagnostica-se com um eletrocardiograma (ECG) que mostra o ritmo cardíaco e a sua frequência. É importante saber que algumas pessoas com FA não sentem nenhum sintoma e não têm conhecimento do seu problema até este ser descoberto durante um exame físico. Outras pessoas poderão ter os seguintes sintomas: palpitações cardíacas, falta de ar, dor torácica, fadiga, fraqueza generalizada, tonturas e confusão.

Existem quatro tipos de FA:

– FA paroxística, que ocorre ocasionalmente, dura vários minutos a horas, até um máximo de 7 dias, e não requer tratamento medicamentoso para a fazer parar
– FA persistente, que dura mais de 7 dias, não para espontaneamente e requer tratamento medicamentoso ou intervenção elétrica (cardioversão) para parar;
– FA persistente de longa duração, que dura mais de 12 meses, quer por não ter sido tentada uma cardioversão ou por uma tentativa ter falhado
– FA permanente, que significa que o ritmo cardíaco está permanentemente danificado e requer tratamento medicamentoso a longo prazo

Em 10-15% dos casos de FA, a doença acontece sem comorbilidades. Contudo, a FA está muitas vezes associada a outras doenças cardiovasculares, como pressão arterial alta, enfarte do miocárdio, doença arterial coronária, válvulas cardíacas anormais, disfunção do pacemaker natural do coração e cirurgia cardíaca prévia. Outros fatores de risco incluem perturbação metabólica, disfunção da glândula da tiroide, diabetes, função renal reduzida, tabagismo, alcoolismo, consumo excessivo de cafeína, algumas medicações, doenças pulmonares (pneumonia), cirrose, apneia do sono e stresse. A idade avançada, a obesidade e a história familiar podem aumentar o risco de desenvolver FA.

O tratamento da FA inclui medicamentos para controlar o ritmo cardíaco e outras intervenções para tentar alterar o sistema elétrico do coração. O risco de AVC por causa de uma FA que dura mais de 24 horas é um grande motivo de preocupação e normalmente é gerido através da prescrição de um anticoagulante (varfarina, dabigatrano, rivaroxabano, apixabano ou edoxabano). Os anticoagulantes podem reduzir muito o risco de AVC causado por trombos sanguíneos. Os novos anticoagulantes orais (NOAC) (apixabano, dabigatrano, edoxabano e rivaroxabano) são preferíveis aos antagonistas da vitamina K (varfarina, sintrom), mas não são recomendados para doentes com válvulas cardíacas mecânicas ou estenose mitral moderada a grave. A aspirina já não é recomendada para o tratamento da FA.

A prevenção da FA consiste em manter um estilo de vida saudável, o que inclui uma dieta saudável, atividade física (pelo menos 30 minutos/dia), peso corporal adequado, não fumar, redução do consumo de cafeína e bebidas alcoólicas e evitar stresse.

Referências bibliográficas:

1. [Guideline] January CT, Wann LS, Alpert JS, et al, for the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. J Am Coll Cardiol. 2014 Dec 2. 64 (21):e1-76
2. Ferrari R, Bertini M, Blomstrom-Lundqvist C, et al. An update on atrial fibrillation in 2014: from pathophysiology to treatment. Int J Cardiol. 2016 Jan 15. 203:22-9.
3. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al, for the Writing Group Members, American Heart Association Statistics Committee., et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics–2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2016 Jan 26. 133 (4):447-54.
4. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal 37(38):2893-962
5. Lloyd-Jones DM, Wang TJ, Leip EP, et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation. 2004 Aug 31.

110 (9):1042-6.
6. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke. 1991 Aug. 22 (8):983-8.
7. www.safestroke.eu

Desenvolvido por

A SAFE detém controlo editorial total sobre o conteúdo deste website.

Com o apoio de um financiamento de educação da

Hiperligações

- Termos de Uso
- Política de Privacidade
- Política de Cookies
- Contacto

- Facebook
- X
- RSS