

Episódio Único de Fibrilação Atrial Determina Algum Cuidado Especial na Orientação de Exercício?

Dr. Luiz Eduardo Camanho

Presidente do Departamento de Arritmia da SOCERJ

A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais comum na prática clínica, e caracteriza-se pela perda da capacidade de contração atrial (perda da sístole atrial). Ao eletrocardiograma, manifesta-se pela ausência de onda P, irregularidade do intervalo RR e ondulação da linha de base (Figura 1). O nódulo átrio-ventricular (NAV) não participa do circuito e, desta forma, serve apenas como um modulador da resposta ventricular.

A incidência da FA aumenta significativamente com o avançar da idade, tornando-se mais evidente com o envelhecimento da população. Presente em 1% da população geral, atinge 10% dos octagenários¹.

Apesar de frequentemente associada a outras doenças cardíacas, como a doença arterial coronária, valvulopatias e outras cardiopatias em sentido amplo, a FA comumente acomete corações estruturalmente normais, podendo esta forma de "FA idiopática" representar 20-30% dos pacientes.

Os maiores fatores de risco associados são: idade avançada, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia estrutural, diabetes mellitus e doença tireoidiana².

Vários estudos na literatura já relataram uma maior incidência de FA em atletas, quando comparada à população em geral^{3,4}, e uma meta-análise de 2009 confirmou que esta associação⁵.

Os potenciais mecanismos propostos para esta associação seriam⁶: desbalanço autonômico, com tônus vagal aumentado e subsequente alterações do período refratário atrial e dispersão da refratariedade atrial ("FA vagal", descrita em 1994)⁷; aumento atrial esquerdo com subsequente fibrose atrial.

Recentemente, um estudo sobre o assunto, descreveu que após treinamentos prolongados (maratona), a ocorrência de distúrbios



Figura 1. Fibrilação atrial (vale ressaltar que o diagnóstico eletrocardiográfico deve ser preferencialmente realizado nas derivações do plano inferior – D2, D3 e aVF).

transitórios de condução intra-atrial, inflamação aguda e aumento da tensão parietal, seriam mecanismos relacionados à gênese da FA nesta população, ressaltando a importância do remodelamento atrial e do processo inflamatório⁸.

continua >

DEPOIS DE CONSULTAR MILHARES DE MÉDICOS,
NOS CONVENCEMOS DE QUE ESTÁ TUDO BEM.

UNIMED-RIO. O MAIOR ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DE MÉDICOS COOPERADOS.

Fonte: Pesquisa Datafolha – Cooperados.



LIGUE 0800 025 5522

> continuação **Episódio Único de Fibrilação Atrial Determina Algum Cuidado Especial na Orientação de Exercício?**

As opções terapêuticas são várias: descondicionamento físico, drogas antiarrítmicas e ablação por cateter. A crescente segurança e eficácia do procedimento invasivo fizeram com que em algumas situações especiais (atletas, jovens, corações normais), a ablação por cateter da FA possa ser considerada como terapia de primeira linha^{9,10}, em função dos efeitos colaterais que o tratamento antiarrítmico pode causar nestes indivíduos.

Apesar da incidência aumentada em atletas, a FA não parece ter impacto clínico em indivíduos não atletas e que fazem atividade física regular. As diretrizes recomendam a realização de no mínimo 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física intensa por semana¹¹.

Uma recente meta-análise envolvendo 95.526 indivíduos com este perfil foram avaliados¹². Os resultados obtidos não demonstraram uma associação estatisticamente significativa entre atividade física regular e incidência aumentada de FA. Os autores enfatizam inclusive, que a atividade física no indivíduo não atleta, auxilia na redução de peso e no controle da pressão arterial e diabetes, todos fatores de risco já bem estabelecidos para ocorrência de FA.

Desta forma, a ocorrência de episódio único de FA não deve ser motivo para desencorajar a prática de exercícios físicos regulares. Além de não haver restrições, não há nenhum cuidado ou orientação específica a ser dada a estes indivíduos. O incentivo à atividade física e o combate aos fatores de risco já tão bem estabelecidos, serão sempre as melhores recomendações a serem disponibilizadas pela classe médica.

Referências Bibliográficas:

1. Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM. Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. *N Engl J Med.* 1982;306:1018-1022.
2. Benjamin EJ, Wolf PA, D'Agostino RB, Silbershatz H, Kannel WB, Levy D. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 1998;98:946-952.
3. Baldesberger S, Bauersfeld U, Candinas R, Seifert B, Zuber M, Ritter M, Jenni R, Oechslin E, Luthi P, Scharf C, Marti B, Attenhofer Jost CH. Sinus node disease and arrhythmias in the long-term follow-up of former professional cyclists. *Eur Heart J.* 2008;29:71-78.
4. Molina L, Mont L, Marrugat J, Berrueto A, Brugada J, Bruguera J, Rebato C, Elosua R. Long-term endurance sport practice increases the incidence of lone atrial fibrillation in men: a follow-up study. *Europace.* 2008;10:618-623.
5. Abdulla J, Nielsen JR. Is the risk of atrial fibrillation higher in athletes than in the general population? A systematic review and meta-analysis. *Europace.* 2009;11:1156-1159.
6. Mont L, Elosua R, Brugada J. Endurance sport practice as a risk factor for atrial fibrillation and atrial flutter. *Europace.* 2009;11:11-17.
7. Coumel P. Paroxysmal atrial fibrillation: a disorder of autonomic tone? *Eur Heart J.* 1994;15:9-16.
8. Wilhelm M, Zueger T, De Marchi S, Rimoldi SF, Brugger N. Inflammation and atrial remodeling after a mountain marathon. *Scand J Med Sci Sports.* 2012 Dec 18.
9. Jeff S. Healey, MD, MSc, Ratika Parkash, MD, MSc, Tim Pollak, MD, Teresa Tsang, MD, Paul Dorian, MD, FRCPC, and the CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society Atrial Fibrillation Guidelines 2010: Etiology and Initial Investigations. *Canadian Journal of Cardiology* 27 (2011) 31-37.
10. Calkins H, Kuck K, Cappato R. 2012 HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: Recommendations for Patient Selection, Procedural Techniques, Patient Management and Follow-up, Definitions, Endpoints, and Research Trial Design. *Heart Rhythm* Vol 9, No. 4, April 2012.
11. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. To the secretary of health and human services. Part a: executive summary. *Nutr Rev.* 2009;67:114-120.
12. Peter Ofman, Owais Khawaja, Catherine R. Rahilly-Tierney. Regular Physical Activity and Risk of Atrial Fibrillation. A Systematic Review and Meta-analysis. *Circ Arrhythm Electrophysiol.* 2013;6:252-256.



Instituto Nacional de Cardiologia
Serviço de Ergometria



II Curso teórico-prático de Introdução ao Teste Cardiopulmonar de Exercício na Cardiologia

Informações e inscrições impreterivelmente **até 29 de agosto** na Fundador -
<http://fundacor.com.br/novosite/pg3/presencial/> ou ☎ (21) 2265-5331



inbramed

As melhores opções
e referências levam
o nosso nome.



inbrasport

shepa

Rua Santos Dumont, 1766
Porto Alegre / RS - Fone/Fax 51 3013 1333
inbrasport@inbrasport.com.br
www.inbrasport.com.br