

**Caros colegas**

**Minha pergunta é dirigida a todos os participante do fórum.**

**Qual a conduta a ser adotada em paciente que desenvolve fibrilação ventricular durante trombólise?**

**Este paciente é desfibrilado com sucesso, revertendo a ritmo sinusal. Devemos indicar amiodarona e por quanto tempo?**

**Deemos medica-lo a longo prazo com beta-bloquador e amiodarona ou de forma convencional(como paciente pos IAM sem arritmia ventricular)?**

**Dr. Yuriy Kosolapov**

**Hospital de urgencias nº 2,  
Ciudad de Novosibirsk, Russia.**

---

*Prezado Yuriy,*

*Sua pergunta é interessante e em outro aspecto: como prevenir arritmias letais durante a trombólise?*

*Este tipo de arritmias desenvolvem-se como resultado de uma trombólise bem-sucedida e os fatores que influenciam sobre este processo são os seguintes:*

- 1. O tempo entre a oclusão da artéria culpada e o começo da trombólise;*
- 2. O tamanho do foco isquêmico;*
- 3. O tempo até a reperfusão da artéria culpada.Â*

*Todo isto influencia sobre o gradiente das substância pró-arritmogênicas, que migram desde a zona do infarto à zona periinfarto. Este tema desenvolve-se na minha apresentação neste Simpósio.*

*Atenciosamente,*

*Yabluchansky Mykola (Nickolay)*

*Head and Professor of Internal Diseases Dept. of School of Fundamental  
Medicine Kharkiv V.N. Karazin' National University, Chief editor of medical  
newspaper Medicus Amicus, +38(067)5049851 mobile, [mydoctorlife@gmail.com](mailto:mydoctorlife@gmail.com)  
[my@medicusamicus.com](mailto:my@medicusamicus.com) [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com)*

---

*Caros colegas do fórum*

*Os pacientes estejam infartando e se decide reperfundir utilizando trombolítico, se ocorre FV uma das possibilidades é que a mesma seja secundária à reperfusão da mesma; se na evolução durante o monitoramento não apresenta novo evento, o paciente deve ser tratado como paciente convencional com a terapia com beta-bloqueadores pós reperfusão.*

*Querencio Orlando*

*Jefe del servicio de Emergencias  
Instituto de Cardiologia Corrientes – Argentina*

---

*Caros colegas,*

*Eu apenas indicaria amiodarona para este paciente, se ele não respondesse à desfibrilação elétrica inicial; no entanto, considerando que ele tenha respondido à desfibrilação e que tenha sido revertido para ritmo sinusal, eu checaria a possibilidade de*

administrar cautelosamente beta-bloqueadores (excluindo contra-indicações e de acordo com a classificação de Killip-Kimball).

Dr. Sergio David Rivera Varas

---

Caros amigos

Há alguns anos em um projeto experimental em cães fazíamos ligadura da artéria descendente anterior e FV sempre aparecia com a isquemia aguda. Quando soltávamos a ligadura o ritmo mais freqüente que surgia era RIVA e após isso EV polimórficas freqüentes.

No inicio dos estudos clínicos com trombolíticos se pensava que o RIVA era arritmia exclusivamente de reperfusão. Logo se demonstrou que em artéria ocluída tanto quanto em desobstruída poderia aparecer este ritmo. A FV primária não implica pior prognostico, ainda que haja publicação sugerindo que em IAM anterior FV tem pior prognostico que em IAM inferior.

O tratamento subsequente é o mesmo do tratamento do IAM sem complicações.  
Excelente simpósio e interessantes perguntas.

Oscar Pellizon

---

Caro Dr. Oscar Pellizon

Gostaria de chamar sua atenção para o fato de que em cães existem importantes anastomoses entre arteria descendente posterior(DP) e anterior(DA). Por isso, para provocar isquemia verdadeira teria que ligar a arteria DA em 2 locais. Em minha apresentação cito os fatores que influem na reperfusão e nossos trabalhos a esse respeito.

Saludos cordiales,  
Dr. Nikolay Yabluchanski

---

Estou de acordo com o Dr. Querencio Orlando

A probabilidade de FV durante trombólise aumenta, portanto, deve se realizar a prevenção desta com beta-bloqueadores. A incidência de arritmias ventriculares aumenta nos casos de trombose tardia, IAM extenso e reperfusão com sucesso.  
Tudo isto é explicado em minha apresentação no simpósio.

Yabluchansky Mykola (Nickolay)

Head and Professor of Internal Diseases Dept. of School of Fundamental  
Medicine Kharkiv V.N. Karazin' National University, Chief editor of  
medical

newspaper Medicus Amicus, +38(067)5049851 mobile,  
mydoctorlife@gmail.com  
my@medicusamicus.com www.medicusamicus.com

---

Resposta ao Dr. Kosolapov e ao Dr. Orlando

Estimados colegas:

A incidência de fibrilação ventricular (FV) primária em pacientes internados na Unidade Coronária com SCA tem diminuído significativamente (2-3%) pelas novas terapias aplicadas,

porém é maior no pacientes mais comprometidos (Killip 1: menor 1%, Killip 3-3 menor 4%). A fibrilação ventricular no contexto de IAM nas primeiras 6 horas desde o início dos sintomas, revertida com sucesso para o ritmo sinusal, tem bom prognóstico e é tratada de maneira convencional. Somente a fibrilação ventricular que ocorre durante o infarto anterior tem implicância prognóstica negativa posteriormente (Schwartz et al, AJC1985).

Quando a FV é recorrente (desordem arritmica), indicamos amiodarona endovenosa (dose de ataque de 300 mg seguida de dose de manutenção de 1.200 mg por dia por 3-4 dias).

Não há evidências que a FV seja uma arritmia por reperfusão, mas provavelmente é uma arritmia não relacionada com reperfusão e indica-se um tratamento rápido de reperfusão (trombólise ou angioplastia). Os dados do estudo TIMI fase II (Berger PB et al JACC 1993;22:1773-1779) apontam que a FV se associa com oclusão da artéria coronária culpada. Temos observado (Fiol et al AJC 1993) que uma vez que o paciente está no hospital, a FV ocorre especialmente na presença de:

- Supradesnivelamento ST maior a 10 mm.
- FC basal elevada (Adgey et al BHJ 1982) (na ausência de qualquer contra-indicação evidente, deve-se corrigir com beta-bloqueadores).
- Hipotensão.
- Persistência da dor.
- Fenômeno de R em T antes da reperfusão.

Estamos de acordo com os comentários do Dr. Pellizon e do Dr. Yabluchansky.

Atenciosamente,

Drs. A. Bayes de Luna, M Fiol y A Carrillo

---

Caro colega

Pacientes com episodio de FV durante trombolise e retornam em ritmo sinusal após desfibrilação não necessitam de antiarritmico intravenoso. Eu optaria por iniciar alta dose de beta-bloqueadores e antiagregantes plaquetarios e considerar estratégia invasiva precoce. TV ou FV 24 horas após trombolise com sucesso deveria levar a estudo eletrofisiologico invasivo

Cordialmente

Kaan Okyay

---

Estou de acordo com o Dr. Kaan Okyay.

Apenas tenho um comentário sobre o uso de beta-bloqueadores: sua utilização depende da situação clínica e, tal vez, não sejam necessários. Na minha apresentação no Simpósio foi comentado sobre as causas e as profilaxias da FV e outras arritmias ventriculares.

Yabluchansky Mykola (Nickolay)

---

Resposta ao Dr. Kaan Okyay

Em nossa experiência TV sustentada em vigência de IAM pode ser considerada marcador de perfusão miocárdica inadequada pos trombolise. Assim, tratamento de revascularização mais agressivo deveria ser feito antes de estudo eletrofisiologico. Em análise multivariada as

variáveis relacionadas a TVS foram CKMB(pico)>300 UI/L(OR 5.9;95% CI 1.7-21), Distúrbios de condução intraventricular agudos (OR 9.02;95% CI 1.7-48) e isquemia imediatamente antes da TV (OR 19.64;95% CI 5,3-73). A presença de IAM imediatamente antes da TVS foi significativa apenas em análise univariada.

Nossos resultados estão de acordo com outros autores:

Newby KH et al *Circulation* 1998;98:2567;

Huikuri HV et al *Heart* 1996;75:17-22;

Bhaskaran A *Clin Cardiol* 1995;18:480-483;

Wolfe L et al *Circulation* 1991;84:1543-1551;

Mont L et al *JACC* 1996;28; 1670-1676.

Cordialmente

Dr. A Carrillo, M Fiol e Bayes de Luna