CAPÍTULO 85

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ABLAÇÃO POR REENTRADA NODAL EM LACTANTE COM SÍNDROME DE WOLFF PARKINSON WHITE

[DOI 10.4322/978-65-995353-2-1.c85](https://doi.org/10.4322/978-65-995353-2-1.c85)

Lourenço VP ¹, Moreira AC ²

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul

² Hospital Santa Cruz

Resumo: O mecanismo arritmogênico mais comum encontrado na prática clínica é a reentrada, podendo ocorrer em indivíduos previamente hígidos, como também em certas patologias. A síndrome de Wolff Parkinson White envolve os mecanismos de via acessória que provocam uma pré-excitação ventricular associado as taquiarritmias recorrentes. **Objetivos:** Relatar a experiência do estudante de graduação em enfermagem durante o estágio extracurricular no setor de hemodinâmica no procedimento de ablação em uma lactante de 34 anos com síndrome de Wolff Parkinson White. **Público alvo:** Estudantes da graduação em enfermagem. **Descrição das ações desenvolvidas:** M.J, lactante, 34 anos, diagnosticada com taquicardia por reentrada nodal. Compareceu para procedimento eletivo de ablação. Procedimento ocorrido no serviço de hemodinâmica do Hospital Santa Cruz na cidade de Santa Cruz do Sul no Estado do Rio Grande do Sul, no mês de junho de 2021. A entrevista para coleta de dados de enfermagem foi realizada segundo parecer normativo nº001/2015/cofen sendo atividade privativa do enfermeiro, em seguida a equipe de enfermagem conduziu a paciente para sala de procedimento, onde foi realizada ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência através de artéria radial direita em via acessória póstero-septal direita, realizado com sucesso. Procedimento sem intercorrências, com tempo total de 25 minutos. **Considerações finais.** O estágio extracurricular contribui para o pensamento crítico e na construção do conhecimento do estudante de graduação. A síndrome de Wolff- Parkinson White é a mais frequente das síndromes de pré-excitação cardíaca, podendo apresentar as formas sintomáticas e assintomáticas, sendo o diagnóstico precoce importante ferramenta para prevenir seu pior desfecho, a morte súbita.

Palavras-chave: Ablação, circuito arritmogênico, taquicardia por reentrada nodal, wolff parkinson white

Área Temática: Ciências da vida

E-mail do autor principal: vinipl15369@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O mecanismo arritmogênico mais comum encontrado na prática clínica é a reentrada, podendo ocorrer em indivíduos previamente hígidos, como também em certas patologias. A síndrome de Wolff Parkinson White envolve os mecanismos de via acessória que provocam uma pré-excitação ventricular associado as taquiarritmias recorrentes.

As células cardíacas ou miócitos são altamente especializadas, responsável tanto pelos impulsos elétricos, quanto pela contração mecânica. Alguns miócitos apresentam automaticidade, que é a capacidade das células receberem despolarização diastólica espontânea e iniciar impulso elétrico na ausência de estímulos externos. Em humanos, as arritmias cardíacas são altamente prevalentes em todas as faixas etárias e podem ocorrer tanto no contexto da doença cardíaca subjacente quanto em corações estruturalmente normais.

Embora as apresentações clínicas das arritmias sejam diversas, nas células elas compartilham propriedades eletrofisiológicas comuns. Os três principais mecanismos de arritmias cardíacas são alterações no automatismo, atividade desencadeada e reentrada (SANDERS, 2005).

Durante a atividade elétrica normal o ciclo cardíaco começa no nó sinoatrial e continua a se propagar até que todo o coração seja ativado, quando todas as fibras foram despolarizadas e estão em fase completamente refratária, o impulso é extinto. Se um grupo isolado de fibras não for despolarizado na fase inicial, essas fibras permanecem excitadas até que o impulso seja extinto. Nesse contexto essas fibras podem atuar como elo de excitação de áreas previamente despolarizadas, mas que se recuperaram da despolarização inicial. (SOMOTO, 2008). Esse tipo de mecanismo é conhecido por vários nomes como reentrada, movimento circular, ou taquicardia recíproca.

A reentrada foi dividida em dois grupos, reentrada anatômica ou clássica, em que o circuito é determinado por estruturas anatômicas, e, reentrada funcional caracterizadas por falta de limites anatômicos. Ambas as formas podem coexistir e compartilhar mecanismos biofísicos comuns. (MILLER, 2009).

O relato a seguir é um relato de experiência vivenciado por um acadêmico do curso de graduação em enfermagem de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, em um hospital universitário no serviço de hemodinâmica, onde uma mulher por codinome M.J, lactante, 34 anos, diagnosticada com taquicardia por reentrada nodal submeteu-se a um procedimento de ablação realizado no mês de junho do ano de 2021.

2 METODOLOGIA

Procedimento ocorrido no serviço de hemodinâmica do Hospital Santa Cruz na cidade de Santa Cruz do Sul no Estado do Rio Grande do Sul, no mês de junho de 2021. A entrevista para coleta de dados de enfermagem foi realizada segundo parecer normativo nº001/2015/cofen como atividade privativa do enfermeiro. A equipe de enfermagem conduziu a paciente para sala de procedimento para realização ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência através de artéria radial direita em via acessória póstero-septal direita.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

M.J, lactante, 34 anos, diagnosticada com taquicardia por reentrada nodal. Compareceu para procedimento eletivo de ablação. Procedimento ocorrido no serviço de hemodinâmica do Hospital Santa Cruz na cidade de Santa Cruz do Sul no Estado do Rio Grande do Sul, no mês de junho de 2021.

A entrevista para coleta de dados de enfermagem foi realizada segundo parecer normativo nº001/2015/cofen sendo atividade privativa do enfermeiro, em seguida a equipe de enfermagem conduziu a paciente para sala de procedimento, onde foi realizada ablação de circuito arritmogênico por cateter de radiofrequência através de artéria radial direita em via acessória póstero-septal direita, realizado com sucesso. Procedimento sem intercorrências, com tempo total de 25 minutos.

A ablação é o tratamento definitivo para tratar as arritmias cardíacas, trata-se de uma microcoagulação feita com energia de radiofrequência, aplicada com cateteres especiais nos focos das arritmias, que são mapeadas pelo estudo eletrofisiológico. Um computador faz os ajustes da quantidade de energia aplicada no coração para que a temperatura sentida na ponta do cateter seja constante e não ultrapasse os limites da segurança.

A maior parte das arritmias são curadas através da ablação. Como a ablação compreende um estudo eletrofisiológico, alguns medicamentos devem ser suspensos antes do procedimento, e recomenda-se jejum de 6 horas. O preparo é feito através de tricotomia nas regiões inguinais e torácica, exame pré-operatório básico de sangue e eletrocardiograma, além de instalação de

terapia endovenosa pré e pós procedimento. Destaca-se o alto índice de sucesso no procedimento, pós operatório confortável, indolor com apenas um curativo e com menores possibilidades de complicações. Segundo dados atuais de acordo com o tipo de arritmia e o local tratado, apenas de 2% a 5% a arritmia poderá voltar após a ablação.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

. O estágio extracurricular contribui para o pensamento crítico e na construção do conhecimento do estudante de graduação. A síndrome de Wolff- Parkinson White é a mais frequente das síndromes de pré-excitação cardíaca, que pode apresentar formas sintomáticas e assintomáticas. O diagnóstico precoce é importante ferramenta para prevenir seu pior desfecho, a morte súbita. A maioria dos pacientes sente cominação de taquicardia até o segundo e o terceiro mês após o procedimento conhecida como síndrome pós-ablação não devendo causar preocupação e costuma desaparecer naturalmente.

REFERÊNCIAS

Sanders P, Berenfeld O, Hocini M, Jaïs P, Vaidyanathan R, Hsu LF, et-al. A análise espectral identifica locais de atividade de alta frequência mantendo a fibrilação atrial em humanos. *Circulação*. 112 (2005), pp. 789-797.

Centurio OA, Shimizu A, Somoto S, Konoe A. Mecanismos para a gênese da fibrilação atrial paroxística na síndrome de Wolff-Parkinson-White: vulnerabilidade do músculo atrial intrínseco vs. propriedades eletrofisiológicas da via acessória. *Europace*, 10 (2008), pp. 294-302.

Peters NS, Coromilas J, Severs NJ, Wit AL. A distribuição da junção de lacuna da conexina 43 perturbada se correlaciona com a localização dos circuitos de reentrada na zona de fronteira epicárdica da cicatrização de infartos caninos que causam taquicardia ventricular. *Circulação*, 95 (1997), pp. 988-996.

Arq Bras Cardiol. Junho de 2020; 114 (6): 1015-1026.

Calkins H, Hindricks G, Cappato R, Kim YH, Saad EB, Aguinaga L, et al. 2017. Declaração de consenso de especialistas HRS / EHRA / ECAS / APHRS / SOLAECE sobre cateter e ablação cirúrgica de fibrilação atrial. *Ritmo do coração*. 2017; 14 (10): e275-e444.

Heidbuchel H, Wittkamp FH, Vano E, Ernst S, Schilling R, Picano E, et al. Maneiras práticas de reduzir a dose de radiação para pacientes e funcionários durante implantações de dispositivos e procedimentos eletrofisiológicos. *Europace*. 2014; 16 (7): 946-64.

Lickfett L, Mahesh M, Vasamreddy C, Bradley D, Jayam V, Eldadah Z, et al. Exposição à radiação durante a ablação por cateter de fibrilação atrial. *Circulação*. 2004; 110 (19): 3003-10.

Perisinakis K, Damilakis J, Theocharopoulos N, Manios E, Vardas P, Gourtsoyiannis N. Avaliação precisa da dose de radiação efetiva do paciente e risco de detrimento associado de procedimentos de ablação por cateter de radiofrequência. *Circulação*. 2001; 104 (1): 58-62.

Quesada A, Cózar R, Anguera I; em representação dos colaboradores do Registro Español de Ablación con Catéter. *Rev Esp Cardiol*. Dezembro de 2020; 73 (12): 1049-1060.

Kwak J. Anesthesia for electrophysiology studies and catheter ablations. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth*. 2013 Sep;17(3):195-202.