

## O que há de novo?

# Vernacalanto (Brinavess<sup>®</sup>, Merck Sharp & Dohme) para cardioversão em fibrilação atrial aguda

Fibrilação atrial aguda (FAA) é atividade atrial rápida, irregular e caótica, com duração inferior a 48 horas, que aumenta o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de insuficiência cardíaca. A condição se resolve espontaneamente no prazo de 24 a 48 horas, em mais de 50% das pessoas; contudo, muitas delas necessitam de intervenções para controlar a frequência cardíaca ou restaurar o ritmo sinusal. Pessoas com fibrilação atrial (FA), hemodinamicamente instáveis, devem receber cardioversão elétrica.<sup>1</sup>

Em pacientes com FA, hemodinamicamente estáveis, sem fator precipitante agudo (por exemplo, ingestão de álcool) e passíveis de reversão espontânea, prioriza-se controlar o ritmo cardíaco.<sup>2</sup> Nesses casos, recomenda-se tratamento antitrombótico com heparina, antes da cardioversão.<sup>1</sup> Cardioversão farmacológica intravenosa (com flecainida ou amiodarona) é especialmente empregada em pacientes com FAA e cardioversão elétrica para FA prolongada.<sup>2</sup>

Ainda não foi demonstrada diferença significativa entre controle da frequência cardíaca *versus* controle do ritmo cardíaco, em pacientes com FA, para os desfechos mortalidade e AVC.<sup>3</sup>

Vernacalanto é um novo antiarrítmico, que inibe seletivamente as correntes repolarizantes de sódio e potássio atrial. Este fármaco é empregado para promover rápida cardioversão em pacientes com fibrilação atrial de início recente,<sup>4</sup> sendo limitada sua eficácia para conversão de FA com duração superior a 7 dias.<sup>3</sup> Em ensaios clínicos fase III, vernacalanto foi mais eficaz que placebo para promover cardioversão em pacientes com FA, especialmente com duração de até 7 dias.<sup>2</sup> Em um ensaio clínico controlado aleatório (n = 254), duplo cego, vernacalanto foi mais eficaz que amiodarona para promover cardioversão em 90 minutos (52% *versus* 5%), em pacientes com FAA. Contudo, desfechos mais relevantes, como redução de tromboembolismo, AVC, ataque isquêmico ou

mortalidade, não foram devidamente avaliados. Foram excluídos pacientes com insuficiência cardíaca descompensada ou síndromes coronarianas, cardiomiopatia hipertrófica, história de arritmias ventriculares ou intervalo QTc basal superior a 440 milissegundos, e cerca de 72% dos pacientes eram hipertensos.<sup>5</sup> O uso de vernacalanto associou-se a eventos adversos graves, incluindo hipotensão, bloqueio atrio-ventricular completo, bradicardia sinusal, parestesia e morte.<sup>2,5</sup>

O vernacalanto é empregado em pacientes com FA não submetidos à cirurgia (até sete dias após início da FA), ou em pacientes submetidos à cirurgia (até três dias após início da FA).<sup>4</sup> Seu uso é contraindicado em pacientes com hipotensão, insuficiência cardíaca grave, doenças cardíacas valvares significantes, prolongamento do intervalo QTc e bradicardia.<sup>3</sup>

O uso de vernacalanto requer cautela em razão do risco de efeitos adversos como flúter atrial, hipotensão, especialmente em pacientes com doenças cardíacas ou comorbidades excluídas nos estudos.

### Referências

1. Lip GYH, Tse HF, Lane DA, Apostolakis S. Atrial fibrillation. *The Lancet* 2012; 379: 648-661. Clinical Evidence 2011 [citado em 03 Jul 2012]; 02:210.
2. University of Birmingham. National Institute for Health Research. National Horizon Scanning Centre (NHSC). Vernacalant (IV) (Brinavess) for the treatment of recent onset atrial fibrillation. May 2010. [citado em 03 Jul 2012]; Disponível em: <http://www.nhsc-healthhorizons.org.uk/topics/vernacalant-kynapid-for-atrial-fibrillation-recen/>.
3. Klasco RK (Ed): Martindale: The Complete Drug Reference. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA. [citado em 02 Jul 2012]; Disponível em: <http://www.thomsonhc.com/>.
4. Camm AJ, Capucci A, Hohnloser S, et al. A Randomized Active-Controlled Study Comparing the Efficacy and Safety of Vernacalant to Amiodarone in Recent-Onset Atrial Fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology* 2011; 57(3): 314-321. [citado em 02 Jul 2012] Disponível em: <http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1144058>.